



Technische Universität München

Klinikum rechts der Isar

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

(Direktor: Prof. Dr. Johann Förstl)

**Der Stellenwert der Kunsttherapie in der stationär-psychiatrischen
Behandlung aus Sicht der Patienten und Kunsttherapeuten.
Ein Vergleich von schizophrenen und affektiv erkrankten Patienten.**

Johanna Stefanie Eberl

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität
München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Josef Bäuml
2. Prof. Dr. Johann Förstl

Die Dissertation wurde am 18.05.2016 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 14.06.2017 angenommen.

Gewidmet meinen Eltern.

In Liebe und Dankbarkeit.

"Forschung Künstlerischer Therapien gleicht einem Kristall, der Licht und Wärme durchfluten lässt und so neue Weltperspektiven eröffnet."
(Eckhard Weyman¹)

¹ zitiert aus [47]

Inhaltsverzeichnis:

	Abkürzungsverzeichnis	7
1.	EINLEITUNG	8
1.1	Begriffsdefinition: Kunsttherapie	8
1.2	Geschichte der Kunsttherapie	9
1.3	Theoretische Grundlagen der Kunsttherapie	15
1.4	Die Kunsttherapie an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar	21
1.5	Das Problem der Forschung in der Kunsttherapie und mögliche Lösungsansätze	22
1.6	Der Stand der Forschung in der Kunsttherapie und Begründung der aktuellen Untersuchung	25
1.7	Fragestellungen und Hypothesen	28
1.8	Abhängige und unabhängige Variablen	31
2.	MATERIAL UND METHODEN	32
2.1	Entwicklung eigener Fragebögen und deren Verwendung	32
2.1.1	FKK (Fragebogen zu Kunst und Kreativität)	33
2.1.2	FKT (Fragebogen zur Kunsttherapie)	34
2.1.3	TNKT (Fragebogen zur Teilnahme der Patienten an der Kunsttherapie)	37
2.1.4	Fremdbeurteilung durch die behandelnden Ärzte	38
2.2	Etablierte Untersuchungsinstrumente und ihre Anwendung	40
2.2.1	ZUF-8	40
2.2.2	Birchwood Insight Scale	41
2.2.3	Beck Cognitive Insight Scale	42
2.2.4	MARS (Medication Adherence Rating Scale)	43
2.3	Ablauf der Studie	44
2.4	Ein- und Ausschlusskriterien	47
2.5	Beschreibung des Patientenkollektivs	47
2.5.1	Geschlecht und Alter	47
2.5.2	Soziobiografische Basisdaten	48

2.5.3	Bildungshintergrund	49
2.5.4	Krankheitsvorgeschichte und Diagnose	50
2.5.5	Medikation und Nebenwirkungen	52
2.6	Methodenkritische Aspekte	56
2.6.1	Entwicklung eigener Fragebögen	56
2.6.2	Messung der Krankheitseinsicht	56
2.6.3	Messung der Compliance	58
2.6.4	Ablauf der Studie	60
2.7	Umgang mit fehlenden Werten	62
2.8	Statistische Methoden	63
2.8.1	Eingabe der Daten in SPSS	63
2.8.2	Faktorenanalyse und Prüfung der internen Konsistenz	63
2.8.3	Überprüfung der Normalverteilung	64
2.8.4	Chi-Quadrat-Test	64
2.8.5	Exakter Test nach Fisher	65
2.8.6	McNemar-Test	65
2.8.7	Pearson Produkt-Moment-Korrelation und Spearman-Rangkorrelation	65
2.8.8	Mittelwertvergleich für unverbundene Stichproben: t-Test, Mann-Whitney-U-Test und Kruskal-Wallis-Test	66
2.8.9	Mittelwertvergleich für verbundene Stichproben: t-Test, Wilcoxon-Test	67
2.8.10	Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA)	67
3.	ERGEBNISDARSTELLUNG	69
3.1	Deskriptivstatistische Auswertung der selbst entwickelten Fragebögen	69
3.1.1	Ergebnisse des FKK (Fragebogen zu Kunst und Kreativität)	69
3.1.2	Ergebnisse des FKT (Fragebogen zur Kunsttherapie)	72
3.1.2.1	Zufriedenheit mit der Kunsttherapie Kunsttherapie-Zufriedenheits-Score (KT-Zuf-Score)	73 75
3.1.2.2	Der Stellenwert der Kunsttherapie nach Meinung der Patienten	76
3.1.2.3	Hilfreiche Aspekte der Kunsttherapie	76
3.1.2.4	Auswirkungen der Kunsttherapie	77

3.1.2.5	Die Meinung der Patienten zur Kunsttherapie	79
3.1.2.6	Empfindungen während der Kunsttherapie	80
3.1.2.7	Einfluss der Kunsttherapie auf die Symptomatik	81
3.1.2.8	Beeinträchtigung der Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie durch die Medikation	83
3.1.2.9	Erleichterung des stationären Aufenthaltes durch die Kunsttherapie	85
3.1.2.10	Beurteilung der übrigen Therapie- und Beschäftigungsangebote	87
3.1.3	Ergebnisse des TNKT (Fragebogen zur Teilnahme an der Kunsttherapie)	89
3.1.3.1	Die Bewertung der Mitarbeit während der Kunsttherapie	89
3.1.3.2	Auswirkungen der Kunsttherapie auf den Patienten	91
3.1.4	Ergebnisse des Fremdratings durch die behandelnden Ärzte	93
3.1.4.1	CGI	93
3.1.4.2	Compliance	93
3.1.4.3	Krankheitseinsicht	94
3.1.4.4	Extrapyramidalmotorische Störungen	95
3.1.4.5	Spätdyskinesien	95
3.1.4.6	Vegetative Nebenwirkungen	95
3.1.4.7	Gewichtszunahme innerhalb der letzten zwei Wochen	96
3.2	Ergebnisse der Faktorenanalyse	98
3.3	Ergebnisse der Hypothesentests	99
3.3.1	Fragestellung 1: Kreative Vorerfahrungen	99
3.3.2	Fragestellung 2: Einflussfaktor Kreativität	102
3.3.3	Fragestellung 3: Übereinstimmung zwischen Profitieren aus Sicht der Patienten und Profit aus Sicht der Kunsttherapeutin	107
3.3.4	Fragestellung 4: Zusammenhang zwischen globaler Behandlungszufriedenheit und Kunsttherapie-Zufriedenheit	108
3.3.5	Fragestellung 5: Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen	111
3.3.6	Fragestellung 6: Geschlechterunterschiede	118
3.3.7	Fragestellung 7: Bildungshintergrund	124
3.3.8	Fragestellung 8: Krankheitseinsicht	133
3.3.8.1	Cognitive Insight Scale (Beck et al.)	133
3.3.8.2	Insight Scale (Birchwood et al.)	137
3.3.8.3	Beurteilung der Krankheitseinsicht durch die behandelnden Ärzte	142

3.3.8.4	Korrelation der drei Messinstrumente zur Krankheitseinsicht	144
3.3.8.5	Subgruppenvergleich: Geschlecht	144
3.3.8.6	Subgruppenvergleich: Diagnose	146
3.3.8.7	Subgruppenvergleich: Schulbildung	151
3.3.9	Fragestellung 9: Zusammenhang zwischen Kunsttherapie- Compliance und genereller Therapie-Compliance	166
	Vergleich von Erst- und wiederholt Erkrankten	171
4.	DISKUSSION	172
4.1	Ergebnisdiskussion	172
4.1.1	Das Problem der "Kreativitätsforschung" und die Beurteilung der Kreativität in dieser Untersuchung	172
4.1.2	Das Interesse der Patienten an kreativer Betätigung	176
4.1.3	Die Meinung der Patienten zur Kunsttherapie: Stellenwert, hilfreiche Aspekte, Auswirkungen	178
4.1.4	Die Auswirkungen der Kunsttherapie aus Sicht des Patienten	180
4.1.5	Allgemeine Aspekte der Forschung zur "Patientenzufriedenheit", sowie Beurteilung der Behandlungs- und Kunsttherapiezufriedenheit in dieser Untersuchung	183
4.1.6	Die Beurteilung des Profitierens von der Kunsttherapie aus Sicht der Kunsttherapeutinnen	186
4.1.7	Ein Vergleich der Kunsttherapie mit den übrigen Therapie- und Beschäftigungsangeboten	191
4.1.8	Die Beurteilung der Krankheitseinsicht und ihre Bedeutung im Kontext der Kunsttherapie	194
4.1.9	Die Beurteilung von Behandlungs- und Kunsttherapie-Compliance: ein Vergleich	198
4.2	Ausblick auf weitere Forschung	200
5.	Zusammenfassung	201

Danksagung	206
Verzeichnisse	207
Literaturverzeichnis	207
Abbildungsverzeichnis	212
Tabellenverzeichnis	215
Bildnachweis	218
Anhang	219
Einverständniserklärung und Informationsblätter	
Untersuchungsinstrumente	
Vollständige Tabellen	

Abkürzungsverzeichnis:

Abb.	Abbildung
Anm. d. Autorin	Anmerkung der Autorin
ANOVA	analysis of variance = Varianzanalyse
BCIS	Beck Cognitive Insight Scale (Beck et al.)
BIS	Birchwood Insight Scale (Birchwood et al.)
CSQ-8	Client Satisfaction Questionnaire (Attkisson & Zwick, 1983)
Df	degrees of freedom = Freiheitsgrade
FKK	Fragebogen zu Kunst und Kreativität
FKT	Fragebogen zur Kunsttherapie
Gym.	(Fach-)Hochschulreife
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th edition)
KE	Krankheitseinsicht
KT	Kunsttherapie
KT-Comp-Score	Kunsttherapie-Compliance-Score
KT-Profit	Profitieren von der Kunsttherapie gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen
KT-Zuf-Score	Kunsttherapie-Zufriedenheitsscore
MARS	Medication Adherence Rating Scale (Thompson et al. 2004)
MD	Mood disorder = affektive Störung
MR	Mittlere Reife
MRI	Klinikum rechts der Isar
MW	Mittelwert
M-W-U	Mann-Whitney-U
n	Anzahl
Pat.	Patient
R	Korrelationskoeffizient
SD	standard deviation = Standardabweichung
SZ	Krankheit aus dem schizophrenen Formenkreis
TNKT	Fragebogen zur Teilnahme an der Kunsttherapie
ZUF-8	Fragebogen zur globalen Behandlungszufriedenheit (nach Attkisson & Zwick, 1983)

1. EINLEITUNG

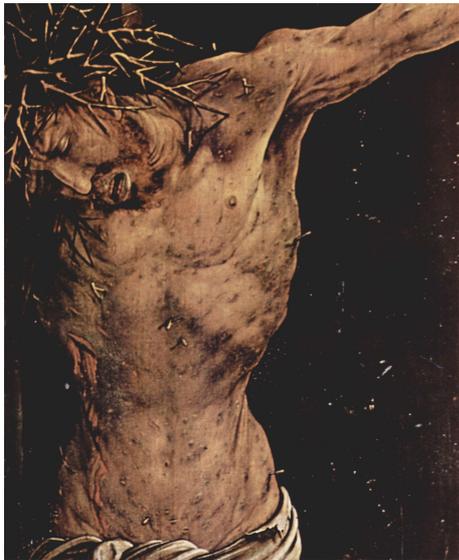
1.1 Begriffsdefinition: Kunsttherapie

"Der Begriff "Künstlerische Therapien" bezeichnet Therapieformen, die von künstlerisch qualifizierten Therapeuten klientenzentriert ausgeübt werden." [27] Diese künstlerischen Therapien umfassen alle Teilbereiche der Künste. So zählen dazu Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Dramatherapie, Poesietherapie und Filmtherapie. [27] Es ist sowohl aktives Tun, wie Malen, Musizieren, Tanzen, Schauspielern und Schreiben, als auch rezeptive Wahrnehmung, wie beispielsweise das Betrachten von Bildern oder das Hören von Musik möglich. [27] Werden unter therapeutischen Aspekten Bilder betrachtet, so spricht man auch von Ikonotherapie [71]. Auch kann aktives und passives Tun im Rahmen der künstlerischen Therapien verbunden werden. Beispielsweise können innerhalb einer Gruppe erst Bilder gemalt und diese dann anschließend betrachtet und analysiert werden. Speziell der Begriff Kunsttherapie erscheint oft nicht klar definiert und wird bisweilen als Sammelbegriff für alle künstlerischen Therapien verwendet. "Kunsttherapie im engeren Sinne meint kunsttherapeutische Gestaltungen mit bildnerischen Mitteln (Zeichnungen, Malerei, Drucktechnik, Graphik und Photographie). Kunsttherapie im weiteren Sinne bezieht musisch kreative Tätigkeiten wie Bewegung, Tanz, Theater, Poesie und Musik mit ein." [31] In der Ergebnisdarstellung dieser Untersuchung ist mit "Kunsttherapie" das therapeutische Malen oder Zeichnen im stationär-psychiatrischen Setting gemeint. Der Beruf des Kunsttherapeuten ist in Deutschland kein geschützter Begriff, dennoch gibt es Kriterien für ihn. [27] "Künstlerisches Tun wird an den Kunst-, Musik- und Tanzhochschulen oder vergleichbaren künstlerischen Studiengängen an Universitäten erworben." [27] Es verlangt also professionell erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten um als Kunsttherapeut arbeiten zu können. Die Ausbildung zum Kunsttherapeuten erfolgt heute meist an Fachhochschulen oder durch entsprechende Aufbaustudiengänge an Universitäten. [27] Abzugrenzen von den künstlerischen Therapien sind die Kreativtherapien, zu denen zum Beispiel die Ergo- oder auch die Beschäftigungstherapie gehören. Diese arbeiten ebenfalls mit bildnerischen Tätigkeiten, ohne dass künstlerisches Tun dabei im Vordergrund steht. [27]

Kunsttherapie wird heute unter anderem in psychiatrischen, neurologischen, onkologischen, pädagogischen und sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern, in der psychiatrischen und neurologischen Rehabilitation, bei rheumatischen und chronischen Erkrankungen, bei Suchtpatienten, in der Geriatrie, sowie in der Familien-, Kinder- und Jugendfürsorge angeboten.[41] [42] Den größten Sektor stellen die künstlerischen Therapien im Rahmen der Versorgung psychischer Störungen dar.[27]

1.2 Geschichte der Kunsttherapie

Bereits seit der Antike wurde den verschiedenen Künsten, wie zum Beispiel der Musik oder dem Theater, heilsame Wirkung zugesprochen. Ein Beispiel dafür ist Aristoteles, der der Tragödie durch Mitleiden und Empathie des Zuschauers eine kathartische, also reinigende Wirkung zusprach.[71] [61] Der Zuschauer sollte durch das Bewusstwerden unverarbeiteter Erlebnisse eine Entlastung erfahren. [36]



Der Gekreuzigte Christus, Ausschnitt vom Isenheimer Altar, Mathis Gothart Grünewald, Anfang 16. Jhd.

Das abendländische Mittelalter war geprägt von strenger Religiosität. Zum einen kann die Bibel als ein "Grundwerk der Bibliothherapie"[71] angesehen werden, zum anderen war es die sakrale Kunst, die beispielsweise mit Darstellungen des leidenden Christus, den Menschen in Krankheit und Bedrängnis Trost spendete. So zählen auch "Votiv-Plastiken, Votiv-Bilder und Heiligenbilder [...] ebenso wie Ikonen der Ostkirche zu dieser künstlerischen bildhaften "Apotheke der Seele".[45] Ein Beispiel für sakrale Ikonotherapie ist der Isenheimer Altar mit seiner Darstellung des gekreuzigten Christus. Dieser wurde vom

Antoniter-Orden vorrangig in Auftrag gegeben, um den von ihnen gepflegten Leprakranken therapeutischen Beistand zu geben.[36]

Obwohl nie vollständig verlassen, geriet die therapeutische Wirkung von Kunst und Kunstwerken in der Neuzeit etwas in Vergessenheit. Die Objektivität und der Positivismus der Naturwissenschaften standen nun eher im Fokus des allgemeinen

Interesses.[71] Klosinski drückt dies etwas überspitzt folgendermaßen aus: "Die naturwissenschaftliche Medizin des 19. Jahrhunderts sah den Menschen als eine bis ins kleinste zerlegbare Maschine."[31] Gleichzeitig hielt zu dieser Zeit auch die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie in den so genannten "Irrenanstalten" jener Zeit Einzug. Analog zu den entstandenen Manufakturen, wurde eine "Industriosität", wie die Philantropie es nannte, auch in der Pädagogik und Psychiatrie großgeschrieben.[44] Der psychisch Kranke sollte trotz seiner Krankheit "funktionieren", da eine allgemeine Trägheit nach Meinung der damaligen Zeit den Geist schwäche.[43] Zu den Beschäftigungen der Patienten zählten allmählich auch kreative Tätigkeiten. Der Chefarzt der Hallischen Psychiatrie Johann Christoph Reil zählte bereits 1803 neben damals gebräuchlichen "Therapie"-Methoden wie Dauerbäder, Fixierungen etc., Zeichnen, Malen und Gestalten zu den drei Gruppen von psychischen Heilmitteln (Hand-, Kunst- und Geistesarbeiten).[44] Stand zu Beginn des 19. Jahrhunderts im Umfeld Philippe Pinels, dem Leiter der französischen Anstalten Bicêtre und Salpêtrière die Beschäftigung mit den schönen Künsten noch im Vordergrund, wurde in deutschen und englischen Psychiatrien eher der handwerkliche, beschäftigungstherapeutische Aspekt betont.[44] [32] Sowohl bei Reil als auch bei Pinel war die Beschäftigung mit den schönen Künsten allerdings Patienten der gehobenen Schichten vorbehalten.[44] Die Kunsttherapie sollte bei diesen Privatpatienten der höheren sozialen Schichten vornehmlich eine für sie annehmbare Variante der Arbeitstherapie darstellen.[43]

Bereits im 19. Jahrhundert wurden die Werke dieser psychiatrischen Patienten vereinzelt von Ärzten gesammelt, was jedoch rein aus diagnostischem Interesse geschah. Auch die bildende Kunst interessierte sich zu dieser Zeit noch nicht für das kreative Schaffen der psychisch Kranken.[32] Dies ist leichter zu verstehen, wenn man zum einen bedenkt, dass gerade gegen Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts in der bildenden Kunst das klassische griechische Schönheitsideal und der von ihm beeinflusste Klassizismus in Mode waren. Den Werken psychiatrischer Patienten konnte vor diesem Hintergrund kein ästhetischer Reiz zugesprochen werden.[32] Zum anderen muss auch der damalige Umgang mit psychisch Kranken, der einer Isolation und Abschottung von der Gesellschaft entsprach, mit berücksichtigt werden. [32] Von einem öffentlichen Interesse an den Zeichnungen, Malereien und anderweitigen Werken dieser Patienten kann wohl kaum ausgegangen werden.

Dennoch wurde von einigen wenigen Psychiatern bereits zu Ende des 19. Jahrhunderts eine kreative Tätigkeit psychiatrischer Patienten beschrieben. Zwei Beispiele sollen hierfür genannt werden. Auguste Ambroise Tardieu veröffentlichte 1872 seine Studie "Etude Médico-Légale sur la Folie" (in etwa: "Rechtsmedizinische Studie über die Verrücktheit", Anm. d. Autorin), in der er vorschlägt, die Zeichnungen und Malereien von Geisteskranken in deren diagnostische Beurteilungen mit einzubeziehen.[32]

1876 erschien mit "L'imagination dans la folie" von P. Max Simon (in etwa: "Die Fantasie im Rahmen der Geisteskrankheit", Anm. d. Autorin) eine erste umfassendere Publikation zum bildnerischen Gestalten von Psychatriepatienten.[32] Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde dem kreativen Schaffen psychiatrischer Patienten dann in größerem Umfang Beachtung geschenkt.[73] Dies geschah wohl auch unter dem Einfluss neuer künstlerischer Strömungen, wie dem Expressionismus, dem Dadaismus oder dem Surrealismus.[42] Die Künstler jener Zeit waren fasziniert von Freuds Theorie des Unbewussten und interessierten sich sehr für "naive" Kunstformen, so zum Beispiel der Kunst der Kinder, der Naturvölker, oder eben auch der Geisteskranken, worin sie unbewusste und gesellschaftlich tabuisierte Tendenzen zu erkennen glaubten.[42] Der irrationale und in gewisser Weise rauschhafte Bildausdruck wahnhaft psychotischer Patienten entsprach dem damaligen künstlerischen Zeitgeist, der nach vorangegangener romantischer Introversion und dem Realismus des 19. Jahrhunderts nach ungezügelterm und intuitivem Ausdruck gierte. Hans Prinzhorn verglich 1922 die Patientenbilder mit Werken zeitgenössischer Künstler mit folgenden Worten: "Die engste Verwandtschaft aber besteht zu der Kunst unserer Zeit und beruht darauf, dass diese in ihrem Drange nach Intuition und Inspiration seelische Einstellungen bewusst erstrebt und hervorzurufen sucht, die zwangsläufig in der Schizophrenie auftreten." Dabei sei jedoch "der Fehlschluss von äußerer Ähnlichkeit auf seelische Gleichheit zu vermeiden". (Prinzhorn 1922, zitiert nach Kraft, 2005) [32]

Marcel Réja thematisierte 1907 mit "L'art chez les fous" (in etwa: "Die Kunst der Verrückten", Anm. d. Autorin) erstmals den selbsttherapeutischen Effekt kreativer Betätigung.[54] Außerdem sprach er als Erster explizit von der "Kunst" seiner Patienten.[32] Die Psychiater Hans Prinzhorn und Walther Morgenthaler sammelten unabhängig voneinander zu Beginn des 20. Jahrhunderts Werke psychiatrischer Patienten und machten sie durch ihre Publikationen einer größeren Öffentlichkeit

zugänglich.[31] Prinzhorn legte seine Erfahrungen und Ansichten diesbezüglich in der 1922 erschienenen Monografie "Bildneri der Geisteskranken" dar. Walter Morgenthaler beschrieb 1921 in "Ein Geisteskranker als Künstler" das kreative Schaffen des an Schizophrenie erkrankten Schweizer Adolfs Wölfli [54]. Seine Beschreibung ging dabei über eine rein psychiatrische Betrachtung des Künstlers hinaus [42]. Verglichen damit standen im Fokus des damals neu



Heilanstalt Waldau, Adolf Wölfli, 1921

aufkommenden Interesses am kreativen Schaffen psychisch Kranker zunächst jedoch weniger therapeutische, als vielmehr diagnostische und formale Aspekte [54]. Auch wurde die Kunst noch nicht als Therapiemöglichkeit erkannt und thematisiert, sondern lediglich das selbstständige kreative Schaffen einzelner Patienten dokumentiert.

Vor dem 1. Weltkrieg, zu Beginn des 20. Jahrhunderts, kam es dann allmählich zu einer Trennung von Arbeits-, Beschäftigungs- und Kunsttherapie. Erhielten die künstlerischen Therapien eher eine "schöpferisch-musische, individualitätsangemessene und selbstzweckorientierte Aufgabenstellung", so beinhalteten die Arbeits- aber auch die Beschäftigungstherapie eine Zweckorientierung und waren eher handwerklich-arbeitsprozessorientiert.[44]

Die Zeit des Nationalsozialismus stellt für die Anerkennung der Kunst psychisch kranker Menschen sowie für die Entwicklung der Kunsttherapie einen starken Einschnitt dar. So wurden die Werke psychisch Kranker nun als "Entartete Kunst" abgestempelt und in herabwürdigender Weise öffentlich ausgestellt, um im direkten Vergleich die damalige moderne Kunst zu diffamieren.[32] Gleichwohl gelang unter diesem Stigma jedoch auch die Erhaltung der Prinzhorn-Sammlung.[32]

Nach dem zweiten Weltkrieg zeigten viele Künstler, wie zum Beispiel Jean Dubuffet, wieder ein großes Interesse an der Kunst psychisch Kranker. Dubuffet sah in ihr, neben den Gestaltungen von Kindern und "Primitiven", eine besonders impulsive und weniger vom Intellekt verstellte Art des Ausdrucks. Er selbst begründete sein Interesse folgendermaßen: "Ich muss gestehen, dass mich der Rausch aufs

lebhafteste interessiert, und ich bin überzeugt, dass die Kunst sehr mit ihm zusammenhängt." (Katalog zur J. Dubuffet Retrospektive Berlin, Wien, Köln 1981, zitiert nach Mayer-Brennenstuhl, 1997 [40]) Durch den Begriff "L'art brut" (in etwa "Die rohe Kunst", Anm. d. Autorin), zu der er auch die Gestaltungen psychisch Kranker rechnete, brachte er zum Ausdruck, dass die von Hans Prinzhorn 1922 noch vorsichtig "Bildnerei" genannten Werke für ihn Kunstcharakter hatten.[36]

In den 30er Jahren wurde in den USA die Kunsttherapie vor allem durch Margaret Naumburg bekannt, die auch den Begriff "art therapy" prägte.[17] Naumburg beschrieb in den 40ern erstmals die Kunst als therapeutische Methode, nicht mehr nur als diagnostisches Werkzeug, wie sie noch in den 20er Jahren von Prinzhorn und seinen Zeitgenossen gesehen wurde.[77]

Im deutschsprachigen Raum entwickelte sich parallel zur Arbeit Prinzhorns die Psychoanalyse. Die Psychotherapie, allen voran die analytische Psychologie Freuds und C. G. Jungs beeinflusste die Entwicklung der Kunsttherapie in Deutschland nachhaltig.[66] Freuds Abhandlungen über die Bildsprache der Träume und seine Schriften zu den Wirkungen der Kunst hatten großen Einfluss auf die psychoanalytische Forschung zum Zusammenhang zwischen Kunstwerk und Künstlerbiographie.[42] Jung befürwortete den Gebrauch der Künste im Rahmen der Psychoanalyse, da "der Kranke durch den archetypischen Gehalt der Künste von seinen persönlichen Schwierigkeiten abgelenkt" werde.[71] Seine Lehre der archetypischen Bilder sowie seine Methode der aktiven Imagination finden sich heute vor allem in der tiefenpsychologisch orientierten Kunst- und Gestaltungstherapie wieder (siehe 1.3 Theoretische Grundlagen der Kunsttherapie).[42]

Der deutsche Begriff "Kunsttherapie" ist wegen seiner Nähe zur analytischen Psychotherapie nicht vollständig identisch mit dem englischen "art therapy", sondern impliziert eher eine "art psychotherapy", da der analytische Aspekt hier sehr dominant ist. In den USA waren in stärkerem Ausmaß bildende Künstler an der Entwicklung der Kunsttherapie (art therapy) beteiligt, weswegen die psychotherapeutische Komponente nach wie vor weniger deutlich ausgeprägt ist als in Deutschland.[66] So war beispielsweise die bildende Künstlerin Edith Kramer eine der prägenden Figuren in den Anfängen der "art therapy" in den USA.[66] Ab 1970 beeinflusste Edith Kramer durch intensive Vortragstätigkeit auch die Kunsttherapie im deutschsprachigen Raum.[17]

In Deutschland wurde in den Nachkriegsjahren wieder an das Vermächtnis Prinzorns angeknüpft und der Verbindung Kunst und Therapie wieder mehr Interesse entgegen gebracht.[42] In den 60er und 70er Jahren entstanden schließlich ausgehend von verschiedenen Disziplinen wie der Pädagogik, der Psychotherapie oder auch der Anthroposophie allmählich erste kunsttherapeutische Strömungen.[36] Der bildende Künstler Siegfried Pütz verwendete 1964 erstmals den deutschen Begriff "Kunsttherapie".[17] Eine große Rolle spielten in Deutschland auch die Malateliers innerhalb der Kliniken, die heute als "offene Ateliers" bezeichnet werden und durch veränderte Therapiemethoden einem deutlichen Wandel unterzogen waren.[42] Offene Ateliers in psychiatrischen oder anderweitigen Kliniken zeichnen sich inzwischen dadurch aus, dass Patienten auf freiwilliger Basis das Atelier besuchen können und ihnen die Wahl von Material und Thema völlig frei steht.[42] Edith Kramers 1975 erschienenes Buch "Kunst als Therapie mit Kindern" führte zu einer weiteren Verbreitung des Begriffes Kunsttherapie.[17] In Deutschland beschäftigte sich unter anderem Hartmut Kraft mit der Kunst schizophrener Patienten und beschrieb 1977 die Verwendung von bildnerischen Gestaltungen in der Gruppenpsychotherapie.[17] Der österreichische Psychiater Leo Navratil publizierte 1979 die Beschreibung einer Kunst-Psychotherapie mit psychiatrischen Patienten im einzeltherapeutischen Setting.[17] Auch prägte er den Begriff "zustandsbezogene Kunst" für das kreative Schaffen psychisch Kranker und sprach diesem damit künstlerischen Wert zu.[42] So nannte er auch seine Patienten, die er im Landeskrankenhaus Klosterneuburg-Gugging betreute, "Die Künstler aus Gugging" (1983) [32].

Mit der Zeit kam es auch zur Gründung von kunsttherapeutischen Ausbildungsstätten. So wurde 1964 zum Beispiel die Freie Kunst-Studienstätte Ottersberg, eine Fachhochschule für Kunsttherapie, gegründet. Im Zuge der Gründung dieser Institution wurde der Begriff "Kunsttherapie" erstmals in der bildungspolitischen Diskussion verwendet. [17] Die zweite große Ausbildungsstätte in Deutschland ist die Hochschule für Kunsttherapie in Nürtingen, die 1987 gegründet wurde.[18] Daneben wurden an vielen Kunsthochschulen Aufbaustudiengänge für Kunsttherapie eingerichtet. Seit Anfang der 80er beispielsweise führte Gertraud Schottenloher in Zusammenarbeit mit Elisabeth Tomalin kunsttherapeutische Seminare an der Akademie der Bildenden Künste in München durch.[17] Inzwischen haben sich diese Seminare zu einem Aufbaustudiengang für Kunsttherapie

entwickelt. Zu diesen Ausbildungsangeboten kam mit der Zeit noch eine Vielzahl von privaten, meist berufsbegleitenden Weiterbildungsmöglichkeiten. Dabei gilt es zwischen Weiterbildungsinstituten, die den Standards der Berufsverbände verpflichtet sind, und jenen, für die das nicht zutrifft, zu unterscheiden.[39]

Auch berufspolitische Vereinigungen wurden gegründet, so beispielsweise 1979 in München das Ausbildungsforum für analytische und klinische Kunsttherapie (AKT) oder 1980 die "International Association of Art Therapists" (IAAP).[17] Die heute bestehenden Berufsfachverbände in Deutschland sind der Deutsche Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie (DFKGT), der aus der Deutschen Gesellschaft für Künstlerische Therapieformen und Therapie mit kreativen Medien (DKGT) hervorgegangen ist sowie der Berufsverband anthroposophisch orientierter Kunsttherapeuten (BVAKT). Diese Verbände geben die derzeitigen Ausbildungskriterien in Deutschland vor.[39]

1983 wurde schließlich in Berlin ein erstes Symposium zu Kunst und Therapie organisiert.[41]

Kunsttherapie wird in Deutschland inzwischen an den meisten Psychiatrien sowie in vielen onkologischen und geriatrischen Abteilungen, Rehakliniken und anderen sozialen Einrichtungen angeboten. Gegenwärtig zeichnet sich die kunsttherapeutische Landschaft in Deutschland durch ein wachsendes Forschungsinteresse und die Bemühung um eine umfassende Theoriebildung aus.

1.3 Theoretische Grundlagen der Kunsttherapie

Es gibt auch heute noch eine Vielzahl unterschiedlicher Konzepte zur Kunsttherapie, eine einheitliche Theoriebildung steht nach wie vor aus. Dies bedingt sich aus den unterschiedlichen Strömungen der Psychotherapie, Pädagogik etc., die die Kunsttherapie in ihren Anfängen zum Teil beeinflussten oder in die sie integriert wurde. Mechler-Schönach beschreibt dies als die "47 Namen" der Kunsttherapie um die Heterogenität und Vielfalt der Kunsttherapie in Deutschland zu beschreiben.[41] So gibt es neben vielen anderen zum Beispiel anthroposophische, psychoanalytische und heilpädagogische Färbungen. [41] Diese Vielzahl der Strömungen und Theorien zur Kunsttherapie wird begünstigt durch die ihr innewohnende Offenheit des kunsttherapeutischen Prozesses.[41] Die "Freiheit [...] in der Wahl und Bearbeitung eines bestimmten Materials, die Erfahrung eines zweckfreien, spielerischen Tun und

Wagens [...] das Erleben von offenen Handlungsräumen [...] sind Erfahrungsdimensionen, die im Rahmen einer therapeutischen Begleitung möglich werden."[41]

Nach Menzen gibt es 6 Ansätze der Kunsttherapie, die er nach ihrer Herkunft bezeichnet. Diese werden im Folgenden kurz genannt, ohne weiter auf ihre spezifischen Eigenheiten einzugehen, da dies dem Rahmen dieser Arbeit nicht angemessen wäre.

Die 6 Ansätze der Kunsttherapie nach Menzen sind:

1. ein kunstpsychologischer Ansatz in der Entstehungszeit dieser Disziplin
2. ein kunstpädagogischer/-didaktischer Ansatz
3. ein psychiatrischer, d.h. arbeits-, ergo- und beschäftigungstherapeutischer Ansatz
4. ein heilpädagogischer Ansatz
5. ein kreativ- und gestaltungstherapeutischer Ansatz
6. ein tiefenpsychologischer Ansatz [44]

Mechler-Schönach und von Sprei hingegen nennen vier eigenständige kunsttherapeutische Konzepte.[42] Zum einen ist dies die *psychoanalytisch-orientierte Kunsttherapie*. Der Fokus liegt dabei auf einer "selbsterfahrungsbezogenen Auseinandersetzung mit bestimmten (Abwehr-) Mechanismen, mit Widerstand und Deutung, mit Übertragungs- und Gegenübertragungspänomenen, wie sie im projektionsbereiten Bildmaterial und in der triadischen Begegnung wirksam werden"[42]. Das Patientenbild ist hierbei ein wichtiges Mittel zum Einsichtsgewinn innerhalb einer unterstützenden kunsttherapeutischen Umgebung.[42]

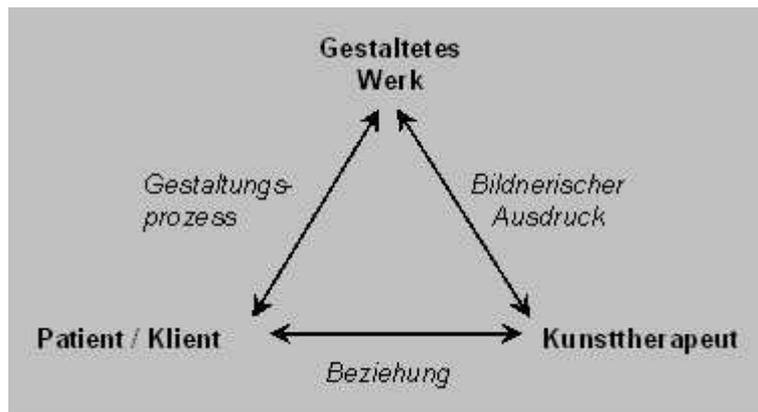
Die *tiefenpsychologisch-orientierte Kunst- und Gestaltungstherapie* oder auch *Maltherapie* orientiert sich mehr an den Theorien C. G. Jungs.[42] Von Bedeutung sind bei diesem Konzept vor allem die Archetypenlehre Jungs mit der daraus abgeleiteten hermeneutischen Bildforschung, sowie die bildtherapeutische Systematik und Praxis nach Jakobi (1969).[42] Der kreative Prozess wird als aktive Imagination in einem therapeutischen Geschehen verstanden, in dem die Symbolik der Bilder durch Form und Farbinhalt eine große Rolle spielt.[42]

Weiterhin führen Mechler-Schönach und von Sprei die *Gestalt-Kunst-Therapie* an, die ihre Wurzeln in der Gestaltpsychologie und der angewandten Gestalttherapie hat. Diese Strömung betont die Fähigkeit der Patienten, in ihren Bildern selbst ihre Wünsche und Fähigkeiten zu entschlüsseln.[42]

Die Grenzen zwischen diesen drei Gruppen sind dabei allerdings fließend. Auch existiert neben ihnen noch eine Reihe weiterer kunsttherapeutischer Tendenzen, die jedoch keine eigenständigen Konzepte darstellen.[42]

Das letzte eigenständige Konzept, das etwas abseits von den drei erstgenannten betrachtet werden muss, ist die *anthroposophisch orientierte Kunsttherapie*. Diese orientiert sich am Weltbild Rudolf Steiners. Wichtige Faktoren bei diesem kunsttherapeutischen Konzept sind die Annahme von bestimmten Prozessphasen, die im Rahmen des Therapieprozesses auftreten sowie der Anspruch an die betreffenden Kunsttherapeuten, Blockierungen und Hindernisse in den Patientenbildern zu erkennen.[42]

Oft ist bei der Beschreibung der verschiedenen Wirkebenen der Kunsttherapie vom "kunsttherapiespezifischen Dreieck" die Rede[41]. Damit gemeint ist die Trias Werk - Patient - Therapeut. Die therapeutische Beziehung wird hierbei um eine dritte Dimension, nämlich das künstlerische Medium erweitert.[41] Diese dritte Dimension bringen alle künstlerischen Therapien mit sich, sie kann also sowohl ein Gemälde, als auch ein Musikstück oder eine Tanzchoreographie darstellen. Je nach kunsttherapeutischem Konzept kommt den drei Dimensionen des Dreiecks und ihren Interaktionen dabei eine unterschiedliche Gewichtung zu.[41] So steht nach Schottenloher beispielsweise im Gegensatz zur tiefenpsychologisch orientierten Gestaltungstherapie, in der vor allem Unbewusstes sichtbar gemacht werden soll, in "der Kunsttherapie der *Prozess* des Gestaltens im Vordergrund und die Hypothese, dass dieser Prozess selbst therapeutischen Charakter hat" [66] (Gemeint ist hierbei die psychoanalytisch-orientierte Kunsttherapie). Die mit den drei Dimensionen der Kunsttherapie einhergehenden Interaktionen sind die therapeutische Beziehung zwischen Patient und Kunsttherapeut, Symbolisierungsprozesse im Rahmen des bildnerischen Ausdrucks und die künstlerische Handlung im Rahmen des Gestaltungsprozesses des Patienten.[41] Zur Betonung der Beziehungen innerhalb dieses Schemas spricht Kraft auch von *Dyaden zu dritt* (Kraft 1988, nach Kraft 2005 [32])



Kunsttherapeutische Triade

Der Begriff "künstlerische Handlung" ist dabei allerdings frei von jeglichem Anspruch und Wertung. Ein "Nicht-Können" im Sinne des schulischen Kunstunterrichts gibt es im Rahmen der Kunsttherapie nicht.[41] Titze formuliert dies folgendermaßen: "Im therapeutischen Sinne ist jeder bildnerische Ausdruck wertvoll und im Zusammenhang mit den Menschen, von denen er ausgegangen ist und die er direkt und entsprechend spiegelt; der Begriff Kunst im Sinne eines Maßstabs wird unwichtig".[70] Weiterhin stellt die Autorin fest: "In der Kunsttherapie geht es nicht um das Aufspüren von Künstlern, sondern ausschließlich um das Aufspüren und Umsetzen von Kreativität"[70]. Ein Ziel der Kunsttherapie ist es folglich, einen versagensangstfreien Rahmen zu ermöglichen, in dem sich die Patienten ausprobieren und ganz ihrer Kreativität widmen können.

Die Kunsttherapie und ihre Prozesse gehen mit vielseitigen Wirkmöglichkeiten einher. Voraussetzung dafür, dass diese aktiviert werden können, sind fundierte künstlerische und therapeutische Kompetenzen des Kunsttherapeuten bzw. der Kunsttherapeutin.[42] Mechler-Schönach beschreibt eine Reihe von Möglichkeiten, die je nach konkretem kunsttherapeutischem Setting und Therapieziel in unterschiedlicher Ausprägung zum Tragen kommen können.[42] Auf sie soll im Folgenden kurz eingegangen werden.

Zum einen birgt die Kunsttherapie die *Möglichkeit des Ausdrucks*. [41] [42] Innerhalb eines geschützten Raumes und einer Atmosphäre, die frei ist von Leistungsdruck und Konkurrenzdenken ermöglicht die Kunsttherapie einen, wie Mechler-Schönach es formuliert, "unzensierten Ausdruck auch von Unaussprechbarem, von verdrängten Affekten und Fixierungen".[41] Dadurch kann eine Befreiung stattfinden, die auch das Offenwerden für Neues bewirkt.[42] Schottenloher drückt es so aus, dass das

Veräußerlichen des inneren Empfindens gleichzeitig eine Modifikation des selbigen bewirkt, wodurch ein Spannungsabbau stattfinden kann.[66]

Des Weiteren besteht durch die Kunsttherapie die *Möglichkeit des Erinnerns*. [41] [42] Durch sinnlich-ästhetische Tätigkeiten, die auch schon in frühester Kindheit durchgeführt wurden, kann eine Wiederbelebung früher Erinnerungen und vorsprachlicher Erfahrungen erfolgen.[42] Im Sinne der Traumabewältigung birgt dies jedoch auch die Gefahr eines erneuten Durchlebens traumatischer Erinnerungen und erfordert somit äußerste Umsicht vonseiten des Therapeuten.[41]

Ein weiterer Aspekt kunsttherapeutischer Wirkweise ist die *Möglichkeit der Form- und Symbolbildung*. [41] Durch das künstlerische Medium ist eine Art symbolhaftes Darstellen und Ausprobieren möglich. "Die vorher nur fantasierten inneren Bilder erhalten Form und Farbe. Sie werden in einem bestimmten Material symbolisiert, sichtbar und dadurch zu einem anschaulichen Gegenüber, das Möglichkeiten der Distanzierung und Veränderung einschließt." [41] Diese Form- und Symbolbildung ist zugleich Ausdruck der Individualität und kann dem Patienten seine Authentizität und Identität veranschaulichen.[42]

Die *Möglichkeit symbolischen Handelns* ist dadurch gegeben, dass der Patient im Rahmen des gestalterischen Prozesses die Möglichkeit hat, eine Handlungs Idee durchzuspielen und auszuprobieren.[41] [42] Eine Neudefinition des eigenen Selbst ist anhand des künstlerischen Mediums möglich.[41] Wer schöpferisch ist, kann sich immer wieder erschaffen und braucht sich nicht an das Alte hängen, dadurch ist ein besseres Kennenlernen der eigenen Person möglich und gleichzeitig kann Geschehenes verarbeitet werden.[66] Waser äußert sich folgendermaßen zu diesem Punkt: "Symbolisch-gestaltendes Verhalten [...] hilft dem Kind und dem Erwachsenen, Distanz zu gewinnen zu Ereignissen, Empfindungen und Gefühle im Spiele zu- und loszulassen, um schließlich die reale Wirklichkeit annehmen zu können." [75]

Die Bildsprache des künstlerischen Mediums bietet die *Möglichkeit zusätzlicher Kommunikation*. [41] [42] Oft ist im Krankheitsfall durch kreatives Schaffen ein besserer oder der einzige Ausdruck des seelischen Empfindens möglich. Mechler-Schönach formuliert dies folgendermaßen: "Eine um das Bildhafte erweiterte Kommunikation kann ein anderes und intensiveres Verstehen bewirken, gerade in Krisen- und Grenzsituationen des Lebens". [41] Auf ähnliche Weise drückt dies auch Schottenloher aus: "[Im] Gestaltungsprozess selbst und im Endprodukt [wird] die

Innenwelt sichtbar und auch für andere Menschen verstehbar".[66] Das gestaltete Werk kann somit eine Brücke sein zwischen dem Erleben des Patienten und seinem Umfeld. Schmeer beschreibt ebenfalls diese zusätzliche Kommunikationsebene: "Das Bild (Gestaltete) wird dabei zum Medium einer tieferen, (ab-)gründigeren, reicheren, farbigeren und der Wahrheit näheren Sprache."[60] Im klinischen Setting sind die von den Patienten gestalteten Bilder zudem die Grundlage der Nachbesprechung innerhalb der Patientenrunde und ermöglichen so einen Anknüpfungspunkt für Gruppendiskussionen. Die Bilder dienen hier auch als "Kommunikationsbrücke" zwischen den Patienten. Sie helfen, Scheu zu überwinden, und erleichtern Annäherung und Gedankenaustausch.

Ein weiterer Aspekt ist die Möglichkeit *erweiterter Wahrnehmung und Erkenntnis*. [41] Sowohl im Prozess des Entstehens, als auch in Bild und Bildinhalt selbst liegen die Möglichkeit der Wahrnehmung von Konfliktsituationen und deren Lösungswege.[41] Sinnlich-ästhetisches Gestalten ermöglicht zudem eine Intensivierung von Wahrnehmung und Sensibilität, sowie eine damit einhergehende Erweiterung des Wahrnehmungshorizontes.[42]

Zuletzt bietet die Kunsttherapie auch noch die *Möglichkeit der Aktivierung von Ressourcen*. [41] [42] Sie ermöglicht befreiende, aktivierende, kommunikative und integrierende Prozesse und kann somit stärkend, stützend und identitätsstiftend wirken.[41] Schottenloher spricht in ähnlicher Weise von der "Möglichkeit, Selbst-Verständnis", inneres Wachstum und die Fähigkeit zur Selbst-Heilung zu entwickeln".[66] Die Kunsttherapie ist also ein ressourcen- nicht defizitbetonendes Therapieverfahren. Bäuml vergleicht die Kunsttherapie mit einem Katalysator, der "die blockierten Ressourcen der Patienten über die krankheitsbedingte Paralyse hinweg rettet und allmählich wieder zum Vorschein bringt"[8]. Es gilt zu beachten, dass dabei nicht das Ziel ist, aus den Patienten Künstler zu machen oder den Anspruch zu haben, dass die in der Kunsttherapie entstehenden Bilder Kunstwerke sind.[48] Patientenbilder mit psychotisch-wahnhaftem Bildinhalt mögen faszinierend und fremdartig erscheinen, sind jedoch Ausdruck einer schweren Erkrankung. Eine Förderung dieses vermeintlich kreativen Ausdrucks birgt die Gefahr therapeutischer Stagnation und Fixierung des Pathologischen.[1]

1.4 Die Kunsttherapie an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar

Im Folgenden soll ein kurzer historischer Abriss der Entwicklung der Kunsttherapie am Klinikum rechts der Isar gegeben werden.²

Die Kunsttherapie an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie wurde 1986 von Frau Prof. Flora von Spreti eingeführt. Ursprünglich lediglich auf der Akutstation (7/1) für eine kleine Gruppe von 3-4 Patienten angeboten, wuchs die Gruppe schnell auf 15-20 Patienten an. Mit der Zeit wurden auch Patienten der Station 7/2 und im weiteren Verlauf der übrigen offenen Stationen mit aufgenommen. Besonders von der Pflege wurde dieses neue Therapieangebot sehr begrüßt, da die vormittägliche Beschäftigung der Patienten für das Pflegepersonal eine Arbeitsentlastung darstellte. Ab 1988 war die Kunsttherapie ein fester Therapiebaustein der geschlossenen Station. Für die Kunsttherapeutin wurde eine Halbtagsstelle geschaffen, die durch das Pflegekontingent finanziert wurde. Regelmäßige Bildbesprechungen in der Dreierkonstellation Kunsttherapeutin - Patient/in - Arzt/Ärztin wurden durchgeführt. 1993 wurde die Kunsttherapie schließlich auf alle offenen Stationen ausgeweitet. Die kunsttherapeutische Betreuung auf diesen Stationen übernahmen zunächst Praktikanten und Studenten der Kunstakademien, ab 2000 folgten weitere Honorarstellen für die offenen Stationen, die größtenteils durch Stiftungsgelder finanziert wurden. Seit nunmehr 10 Jahren gibt es zusätzlich die Mittwochsmaler, eine Gruppe ehemaliger Patienten, die sich einmal wöchentlich zum gemeinsamen Malen treffen. Bis 2012 stand diese Gruppe unter der Leitung von Frau Prof. von Spreti.

Die Kunsttherapie am Klinikum rechts der Isar ist inzwischen ein seit vielen Jahren etablierter Therapiebaustein. Sie wird täglich für die Patienten auf allen Stationen angeboten und ist meist ein erstes niedrighwelliges Therapieangebot im Gesamtbehandlungskontext.

² Die diesbezüglichen Informationen stammen aus einem Interview der Autorin mit Frau Prof. von Spreti (19.11.2012), sowie aus dem Buchbeitrag "Chronologische Entwicklung und Stellenwert der Kunsttherapie in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München" von Bäuml J. (in von Spreti F., Martius P., Förstl H. (Hrsg.), Kunsttherapie bei psychiatrischen Störungen, Urban und Fischer, 2005)

1.5 Das Problem der Forschung in der Kunsttherapie und mögliche Lösungsansätze

Noch immer gibt es wenig standardisierte Forschung zur Evidenz der Künstlerischen Therapien. Auch die Etablierung einer "originär kunsttherapeutische[n] Forschungsmethodik" steht noch aus.[20] Bisher werden meist Methoden aus verwandten Disziplinen, wie der Medizin oder der Psychologie verwendet [20], was von einigen Autoren kritisiert wird (Petersen 2002, Kriz 2002). Laut Petersen kommt es darauf an, "eine angemessene Methode des Forschens für Künstlerische Therapien zu entwickeln. Es besteht die Gefahr, dass Forschungsmethoden aus der klassischen Medizin und klassischen Psychotherapie unbesehen auf die Künstlerischen Therapien übertragen werden. Das könnte dazu führen, dass eine gegenwärtig blühende Landschaft Künstlerischer Therapien in kurzer Zeit nivelliert wird." [47] Es stellt sich also die Frage, wie eine solche "angemessene Methode" aussehen kann.

Eine Schwierigkeit, die bei der Entwicklung einer kunsttherapeutischen Forschungsmethode auftaucht, ist, dass die in der Kunsttherapie ablaufenden Prozesse sehr vielschichtig sind. Die Bedeutung des Patientenindividuums sowie die Art der Betreuung durch den jeweiligen Kunsttherapeuten haben großen Einfluss auf die Wirkebenen einer Kunsttherapeutischen Einheit. Engelhardt formuliert dieses Dilemma folgendermaßen: "Die Logik der Kunsttherapie unterscheidet sich von der Logik der Pharmakologie, meint oft Evidenz im Sinne von unmittelbarer Einsicht und nicht im Sinne von empirischem Nachweis." [71] Ähnlich beschreibt es Mechler-Schönach: "Die der Kunst immanenten Grenzerfahrungen, die existenziellen Bilderfahrungen, sind stets mit einem "Rest" jenseits der Beschreibbarkeit durch Worte verbunden." [41]

Eine kunsttherapeutische Einheit ist geprägt von der bereits erwähnten Trias der individuellen Interaktion zwischen dem Therapeuten, dem Patienten und dem künstlerischen Medium. Es handelt sich dabei, wie Petersen es ausdrückt, um eine "einmalige, nicht reproduzierbare therapeutische Situation, die auch zwischen diesen beiden Therapiepartnern [Therapeut und Pat.] nicht wiederholbar ist [...] Das Akzeptieren des autonomen therapeutischen Prozesses, der sich als nicht manipulierbarer [...] Vorgang zwischen den Therapiepartnern ereignet [...] - ein Prozess, der durch Maßnahmen der High-Tech-Medizin oder Leitlinien genormten

Medizin abgeblockt oder gar nicht erst zugelassen werden kann." [46] Nach Petersen stellt die Kunsttherapie für sich also gar nicht den Anspruch sich in eine, wie er es nennt, High-Tech-Medizin einzuordnen oder in Leitlinien Einlass zu finden.

Speziell in Bezug auf die Kunsttherapie-Forschung führen die oben genannten Charakteristika zu einer Reihe von Problemen. Slayton et al. stellten 2010 in einer Zusammenstellung von Studien zur Kunsttherapie fest, dass es noch immer an standardisierter Berichterstattung mangle, kaum Kontrollgruppen verwendet würden und eine Tendenz dahingehend bestehe, Behandlungsergebnisse eher mit Fallanekdoten als mit gemessenen Ergebnissen zu beschreiben. [68]

Mit Einführung des DRG-Fallpauschalensystems kam jedoch die Forderung nach wissenschaftlicher Evidenz auf, um die Künstlerischen Therapien in das Klassifikationssystem der Prozeduren des OPS-301 (Operationen- und Prozedurenschlüssel) aufnehmen zu können. Es wurden Wirksamkeitsnachweise gefordert. [34]

Forschung auf dem Gebiet der Kunsttherapie ist also unabdingbar, da im Rahmen der Finanzierung von Therapieangeboten im klinischen Umfeld wissenschaftliche Evidenz gefordert wird. Doch handelt es sich, wie bereits beschrieben, bei allen künstlerischen Therapien um Verfahren, in denen individuelle Biografien und Erlebnisse sowie die Erfahrung des betreffenden Therapeuten eine sehr große Rolle spielen. Die Autoren sind sich einig, dass es die *eine* Forschungsmethode in der Kunsttherapie aufgrund der Heterogenität dieser Disziplin nicht geben kann (Petersen 2002, Kriz 2002, Elbing 2005). Petersen meint hierzu, angesichts "der Komplexität psychotherapeutischer Vorgänge ist eine Vielzahl von methodischen Aspekten und Methoden allein angemessen". [46]

Nach Kriz gibt es im Wesentlichen drei Aspekte künstlerischer Forschung. Zum einen die Evidenz-, oder, wie er es nennt, *Rechtfertigungsforschung*. Diese stellt die Frage nach der grundsätzlichen Wirksamkeit künstlerischer Therapien. Im Zentrum stehen die beiden Fragen: "Wirkt Therapiemethode A?" und "Wirkt Therapiemethode A mindestens gleichgut oder besser als B?" Verlangt werden dabei eine möglichst explizite, standardisierte Diagnostik nach ICD, möglichst "reine Störungsgruppen" und eine Kontrollgruppe. [33] Als Maß für den therapeutischen Erfolg werden, wie Kriz es formuliert, oft "Effektstärken" verwandt. [33] Nach Kriz besteht bei dieser Art der Evidenzforschung die Gefahr, dass medizinische Forschungsparameter zum Einsatz kommen, die für die Kunsttherapie nur bedingt angemessen erscheinen.

Ein weiterer Aspekt künstlerischer Forschung nach Kriz ist die *Prozessforschung*.^[33] Diese verfolgt die Frage nach den wesentlichen Bedingungen für einen therapeutischen Effekt. Untersucht wird der Einfluss, den wichtige Bedingungsaspekte auf einen günstigen oder ungünstigen Therapieverlauf haben können.^[33] Anders als bei der Rechtfertigungsforschung wird eine Wirksamkeit künstlerischer Therapien vorausgesetzt. Der Fokus liegt nach Kriz auf dem Prozess und dessen modulierenden Einflussfaktoren sowie auf den verschiedenen Phasen dieses Prozesses. Auch Petersen meint: "Künstlerisch therapeutischer Forschung [...] geht es primär um das Verstehen der prozessimmanenten Wandlung."^[46] Mit Hilfe der Prozessforschung wird versucht, Faktoren, die an diesem Vorgang beteiligt sind, aufzuklären.

Ein letzter Aspekt der Forschung zur Kunsttherapie nach Kriz, der hier genannt werden soll, ist die *Grundlagenforschung*.^[33] Diese stellt die Frage nach dem Grund für die Wirksamkeit künstlerischer Therapien. Nach Kriz lautet die wesentliche Fragestellung hierbei: "Warum und wie wirken künstlerische Therapien überhaupt?".^[33] Hierbei geht es laut Kriz darum, "die allgemeinen Grundlagen für den therapeutischen Einsatz von expressiver und gegebenenfalls rezeptiver künstlerischer Tätigkeit" zu ergründen.^[33] Wichtig sei, die Komplexität des Patienten- und Therapeutenindividuums nicht außer acht zu lassen, da diese untrennbar mit dem Wirkungsprozess der Kunsttherapie verzahnt seien.^[33] Elbing nennt das Patientenbild als wichtigen Gegenstand der kunsttherapeutischen Grundlagenforschung, deren Betrachtung meist der Differenzialdiagnostik dient. Dabei ist sowohl die Farbigkeit, als auch die Linienführung eines Bildes von diagnostischer Bedeutung.^[20] Neben dieser methodischen Ausrichtung gibt es auch den anwendungsbezogenen Aspekt der Grundlagenforschung, die Elbing *Anwendungsforschung* nennt.^[20] Der Kontext dieser Forschung ist die Umstrukturierung der Krankenhausfinanzierung mit Einführung des DRG-Systems und der Prozedurenschlüssel (OPS).^[20] So erstellten beispielsweise Aldridge et al. 2002 in ihrem Review eine Zusammenfassung von Studien zur Wirksamkeit der Kunsttherapie im onkologischen Behandlungsumfeld.^[2]

1.6 Der Stand der Forschung in der Kunsttherapie und Begründung der aktuellen Untersuchung

Seit Jahren gibt es die Forderung nach einer kunsttherapeutischen Theoriebildung, der Schaffung wissenschaftlicher Datenbanken und der Durchführung größerer randomisierter Studien.

2008 wurde arthedata, eine Datenbank für kunsttherapeutische Literatur eingerichtet. Sie entstand in einer Kooperation der Fachhochschulen für Kunsttherapie in Nürtingen und Ottersberg, sowie der Universität Witten/Herdecke und stellt eine umfassende Zusammenstellung von Publikationen zur Kunsttherapie dar. Damit ist sie ein wichtiger Grundstock für zukünftige Forschung zur Kunsttherapie in Deutschland.[19]

Seit wenigen Jahren findet international vermehrte Forschungstätigkeit zur Kunsttherapie statt. Konnten Reynolds et al. 2000 nur 17 Studien zur Kunsttherapie finden, die ihren Kriterien genügten (u.a. Beurteilung der Wirkungen der Kunsttherapie anhand messbarer Parameter, Verwendung eines Patientenkollektivs zur Überprüfung dieser Auswirkungen) [56], so beschrieben Slayton et al. 2010 bereits 35 Studien.

Nach einer Zusammenstellung von Studien zur Wirksamkeit der Kunsttherapie durch Kunzmann et al. (2004) gelang die Aufnahme der Künstlerischen Therapien in das OPS-System des DRG-Fallpauschalensystems (OPS-301.2005).[34]

Auch in die S3-Leitlinie "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" (2013), herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) fanden die Künstlerischen Therapien Einlass. Darin lautet die Empfehlung: "Künstlerische Therapien sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen insbesondere zur Verbesserung von Negativsymptomen angeboten werden." [57]

Des Weiteren empfiehlt das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in seiner Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie (2009), den Patienten bereits in der akuten Krankheitsphase "arts therapies" anzubieten. Besonders hilfreich sei dies bei der Verbesserung der Negativsymptomatik. Alternativ könne dies

auch zu einem späteren Zeitpunkt im stationären Setting erfolgen. Es wird auf die Wichtigkeit der Durchführung der Kunsttherapie durch Kunsttherapeutinnen und -therapeuten die in der HPC (Health Professions Council) registriert sind und zusätzlich über Erfahrung in der Arbeit mit schizophrenen Patienten verfügen verwiesen. Die Kunsttherapie solle, soweit nichts dagegen spricht, in Gruppen stattfinden und psychotherapeutische Techniken mit aktivitätsfördernden Maßnahmen kombinieren.[26]

Obwohl die Künstlerischen Therapien bereits in mehrere Leitlinien Einlass gefunden haben, ist die Zahl wissenschaftlicher Studien mit Prä/Post-Vergleich oder Vergleichsgruppen noch immer spärlich.

Vergleichsweise viele Studien gibt es über den Einsatz der Kunsttherapie bei onkologischen Patienten.

Ein Beispiel für eine Evaluation der Kunsttherapie auf dem Gebiet der Onkologie ist die Studie von Puig et al. (2006). Es konnte nachgewiesen werden, dass das psychische Wohlbefinden von Patientinnen mit neu diagnostiziertem Mammakarzinom im Stadium I oder II durch eine komplementäre Kunsttherapie signifikant verbessert werden konnte. Gleichwohl konnte kein signifikanter Effekt der Kunsttherapie auf die emotionale Bewältigung oder das Ausmaß der Spiritualität der Patientinnen nachgewiesen werden.[51]

Forzoni et al. befragten 2010 Krebspatienten, die während ihrer Chemotherapie an einer Kunsttherapie teilnahmen, zu ihrer Meinung inwieweit die Kunsttherapie hilfreich für sie sei. Hierbei beschrieben 51 von 54 befragten Patienten, die Kunsttherapie als "hilfreich".[21]

Auf dem Gebiet der Psychiatrie erforschten Lyshak-Stelzer et al. (2007) anhand einer Interventions- und einer Kontrollgruppe die Auswirkungen von Kunsttherapie auf Jugendliche mit posttraumatischer Belastungsstörung. Jugendliche, die für 16 Wochen jeweils eine Stunde Kunsttherapie in der Gruppe erhielten, zeigten signifikant weniger PTSD-Symptome als jene in der Kontrollgruppe. Dies ging nicht mit vermehrten Verhaltensproblemen während der Zeit der Intervention einher.[38]

Crawford et al. konnten 2010 mit ihrer MATISSE-Studie zeigen, dass der systematische Einsatz kunsttherapeutischer Maßnahmen bei schizophren erkrankten

Patienten sowohl eine klinische Verbesserung der Symptomatik, als auch eine Kostenersparnis bewirkte.[13]

Die aktuelle Untersuchung findet ihre Begründung in einem Mangel an Forschung zur Kunsttherapie. Das Anliegen dieser Untersuchung ist es, die bisherige Datenlage durch eine empirische Studie zu verbessern. Es sollte untersucht werden, inwieweit ein persönliches Interesse und positive Erfahrungen mit Kunst und Kreativität eine Ressource für die Patienten darstellen. Beim Betrachten der Bilder auf den Stationen fällt immer wieder auf, dass bei sehr vielen Patienten eine erstaunliche Kreativität vorhanden zu sein scheint. Die meisten Patienten, die auf eine psychiatrische Station aufgenommen werden, leiden schwer unter ihrer Krankheit und haben zumeist ein eher geringerschätziges Bild von sich selbst. Diese Untersuchung sollte ressourcenorientiert sein. Die Absicht war es, herauszufinden, welchen Stellenwert Kunst und eigene Kreativität für die Patienten der Psychiatrischen Klinik haben und welche Erfahrungen sie bereits mit Kunsttherapie gemacht haben. Außerdem sollte eruiert werden, wie zufrieden die Patienten mit den äußeren Gegebenheiten der Kunsttherapie am Klinikum rechts der Isar sind und wie hoch sie den Therapienutzen für sich persönlich einschätzen, sowie wie im Vergleich dazu ihr Profit nach Einschätzung der Kunsttherapeutinnen ist. Diese Studie ist also eine prospektive, deskriptive Prä/Post-Untersuchung, die unter naturalistischen Bedingungen durchgeführt wurde. Da die Faktoren genauer untersucht werden sollten, unter denen die Kunsttherapie ihre Wirkung entfaltet, könnte man diese Studie auch der kunsttherapeutischen Prozessforschung zuordnen.[33]

1.7 Fragestellungen und Hypothesen

Ziel dieser Untersuchung war es, mehr empirische Evidenz bezüglich der Begleitfaktoren der Kunsttherapie im psychiatrischen Setting zu liefern. Es sollten die Begleitumstände, unter denen die Kunsttherapie von den Patienten besonders gut angenommen und von den betreuenden Kunsttherapeutinnen als besonders wirksam angesehen wird, näher untersucht werden. Von Interesse waren die künstlerische Vorgeschichte des Patienten sowie die Auswirkungen von Geschlecht, Diagnose, Bildungsstand, Krankheitseinsicht und Compliance auf die Annahme der Kunsttherapie durch den Patienten sowie die verschiedenen Wirkdimensionen der Kunsttherapie.

Es sollten folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. **Fragestellung:** Zusammenhang zwischen Vorerfahrungen, KT-Profit und KT-Zufriedenheit

- Profitieren Patienten, die sich auch vor diesem stationären Aufenthalt schon kreativ betätigt haben nach Einschätzung der Kunsttherapeutinnen eher von der Kunsttherapie? **(1a)**
- Sind Patienten, die sich auch vor ihrem derzeitigen stationären Aufenthalt bereits kreativ betätigt haben zufriedener mit der Kunsttherapie? **(1b)**

2. **Fragestellung:** Extremgruppenvergleich Kreativität

- Sind besonders kreative Patienten zufriedener mit der Kunsttherapie als weniger kreative Patienten? **(2a)**
- Fühlen sich besonders kreative Patienten eher durch ihre Medikation in ihrer Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt als weniger kreative Patienten? **(2b)**

3. **Fragestellung:** Zusammenhang zwischen KT-Nutzen (Selbstrating) und KT- Profit (Fremdrating)

- Korreliert die subjektive Einschätzung der Patienten bezüglich des positiven Einflusses der KT auf ihren Genesungsprozess mit dem Urteil der Kunsttherapeutinnen zum Ausmaß des Profitierens von der KT? **(3)**

4. Fragestellung: Zusammenhang zwischen KT-Zufriedenheit und genereller Therapiezufriedenheit

- Sind Patienten, die zufriedener mit der Kunsttherapie sind, auch generell zufriedener mit der stationären Versorgung? **(4)**

5. Fragestellung: Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen

- Geben schizophran erkrankte Patienten eher ein prästationäres Interesse an kreativer Betätigung an als die übrigen Diagnosegruppen? **(5a)**
- Werden schizophran erkrankte Patienten von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft als die übrigen Diagnosegruppen? **(5b)**
- Schätzen schizophran erkrankte Patienten ihren persönlichen Nutzen an der Kunsttherapie höher ein als die übrigen Diagnosegruppen? **(5c)**
- Sind schizophran erkrankte Patienten zufriedener mit der Kunsttherapie als die übrigen Diagnosegruppen? **(5d)**
- Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen schizophran erkrankte Patienten eher von der Kunsttherapie als Patienten mit anderweitigen Diagnosen? **(5e)**

6. Fragestellung: Unterschiede zwischen den Geschlechtern

- Geben Frauen eher ein Interesse an kreativer Betätigung an als Männer? **(6a)**
- Werden Frauen von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft als Männer? **(6b)**
- Schätzen Frauen ihren persönlichen Nutzen an der Kunsttherapie im zeitlichen Verlauf höher ein als Männer? **(6c)**
- Sind Frauen im zeitlichen Verlauf zufriedener mit der Kunsttherapie als Männer? **(6d)**
- Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen Frauen eher von der Kunsttherapie als Männer? **(6e)**

7. Fragestellung: Unterschiede zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen

- Geben Patienten mit höherer Schulbildung eher ein prästationäres Interesse an kreativer Betätigung an als Patienten mit einem niedrigeren Schulabschluss? **(7a)**

- Werden Patienten mit höherer Schulbildung von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft als Patienten mit niedrigerer Schulbildung? **(7b)**
- Schätzen Patienten mit höherer Schulbildung im zeitlichen Verlauf ihren persönlichen Nutzen an der Kunsttherapie höher ein, als Patienten mit niedrigerer Schulbildung? **(7c)**
- Sind Patienten mit höherer Schulbildung im zeitlichen Verlauf zufriedener mit der Kunsttherapie als Patienten mit niedrigerer Schulbildung? **(7d)**
- Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen Patienten mit höherer Schulbildung eher von der Kunsttherapie, als Patienten mit niedrigerem Schulabschluss? **(7e)**

8. Fragestellung: Einfluss der Krankheitseinsicht auf die verschiedenen Aspekte der Kunsttherapie

- Grundsätzlich von Interesse war bezüglich der Krankheitseinsicht:
 - Ist die Krankheitseinsicht abhängig von Geschlecht, Diagnose oder Schulbildung? (Subgruppenvergleiche)
 - Inwieweit korrelieren die drei Tools zur Erfassung der Krankheitseinsicht miteinander?
- Schätzen krankheitsuneinsichtige Patienten ihren persönlichen Nutzen an der Kunsttherapie im zeitlichen Verlauf höher ein als krankheitseinsichtige Patienten? **(8a)**
- Sind krankheitsuneinsichtige Patienten im zeitlichen Verlauf zufriedener mit der Kunsttherapie als krankheitseinsichtige Patienten? **(8b)**
- Werden krankheitsuneinsichtige Patienten von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft als krankheitseinsichtige Patienten) **(8c)**
- Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen krankheitsuneinsichtige Patienten eher von der Kunsttherapie als krankheitseinsichtige Patienten? **(8d)**

9. Fragestellung: Haben Patienten mit hoher "Kunsttherapie-Compliance" auch eine bessere Medikamentenadhärenz? **(9)**

- Zusätzlich Vergleich von Ersterkrankten und wiederholt Erkrankten zu diesem Aspekt

1.8 Abhängige und unabhängige Variablen

(In Klammern befinden sich jeweils die dafür verwendeten Fragebögen.)

Abhängige Variablen:

- Prästationäres Interesse der Patienten an kreativer Betätigung (FKK)
- Ausmaß des Profitierens von der Kunsttherapie nach Einschätzung der Kunsttherapeutinnen (TNKT)
- Einschätzung der Patienten wie hilfreich die Kunsttherapie für ihren Genesungsprozess ist (FKT Prä und Post)
- Zufriedenheit der Patienten mit der Kunsttherapie (FKT Prä und Post)

Unabhängige Variablen:

- Diagnose nach ICD-10
- Geschlecht
- Schulbildung
- Krankheitseinsicht durch Selbstbeurteilung (Birchwood, Beck) und nach Einschätzung der Ärzte (Amador)
- Compliance durch Selbstbeurteilung (MARS) und nach Einschätzung der Ärzte (Amador)
- Einschätzung der Patienten, inwieweit sie ihre Medikation in ihrer Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt (FKT Prä und Post)

2. MATERIAL UND METHODEN

Zum einen wurden bei der Forschungsarbeit eigene Fragebögen entwickelt, zum Teil auf bereits existierende, validierte Tests zurückgegriffen.

2.1 Entwicklung eigener Fragebögen und deren Verwendung

Da es trotz intensiver Recherche nicht gelang, geeignete Tools zur Erfassung der verschiedenen Dimensionen der Kunsttherapie zu finden, wurde schließlich beschlossen, eigene Fragebögen zu entwerfen.

Geplant war die Entwerfung mehrerer Fragebögen, um sowohl den künstlerischen und kreativen Background der Patienten zu eruieren, als auch die Zufriedenheit und persönliche Haltung der Patienten zur Kunsttherapie im Verlauf der Behandlung abzufragen.

Um ein Gefühl für den Ablauf einer Kunsttherapieeinheit zu bekommen, nahm die Verfasserin dieser Arbeit zunächst einige Male selbst an der Kunsttherapie der Stationen 7/1 und 7/3 teil.

In mehreren Gesprächen wurden daraufhin zusammen mit Frau Prof. von Spreiti (Dozentin für Kunsttherapie) und Herrn Prof. Dr. Bäuml (leitender Oberarzt), die Fragebögen *FKK (Fragebogen zu Kunst und Kreativität)*, *FKT (Fragebogen zur Kunsttherapie)* und *TNKT (Fragebogen zur Teilnahme an der Kunsttherapie - Fremdrating durch die Kunsttherapeutin)* entwickelt. Dabei wurde darauf geachtet, häufige Fehler bei der Fragebogenentwicklung zu vermeiden, so zum Beispiel, dass nicht mehrere Fragen mit ähnlichem Inhalt entstanden und die Ratingskalen keine neutralen Positionen beinhalteten. Da die Fragebögen als Selbstratingtools gedacht waren, wurde außerdem auf leicht verständliche Formulierungen und genaue Arbeitsanweisungen geachtet.

(Vollständige Fragebögen: siehe Anhang S. 219)

2.1.1 FKK (Fragebogen zu Kunst und Kreativität)

Mit dem *FKK* sollte ein Fragebogen entwickelt werden, um den kreativen Background einerseits und die bisherigen Erfahrungen mit der Kunsttherapie andererseits abzufragen. Er wurde einmalig nach Einschluss in die Studie an die Patienten ausgegeben. Insgesamt wurde der FKK von 102 Patienten jeweils einmal ausgefüllt. Von Interesse waren unter anderem der Stellenwert von Kunst und Kreativität im Leben der Patienten, kreative Förderung in der Kindheit, sowie Art und Ausmaß der kreativen Betätigung.

Der erste Teilabschnitt des FKK bestand aus Fragen zum kreativen Hintergrund der Patienten. Zur Auswahl stand eine vierstufige Bewertungsskala mit den Ausprägungen "Gar nicht zutreffend", "Etwas zutreffend", "Überwiegend zutreffend" und "Ausgesprochen zutreffend". Aufgrund des relativ kleinen Kollektivs und zur besseren Veranschaulichung wurden die Ergebnisse nochmals dichotomisiert und die Kategorien "Gar nicht zutreffend" und "Etwas zutreffend", sowie "Überwiegend zutreffend" und "Ausgesprochen zutreffend" zu den Kategorien "eher nicht zutreffend" und "eher zutreffend" zusammengefasst.

Es wurden bewusst auch Fragen zu anderen kreativen Bereichen außer dem Bildnerischen mit aufgenommen um ein möglichst breites Bild der kreativen Interessen der Patienten zu bekommen. So finden sich neben Items zu Malen und Zeichnen auch solche zu Musik, Theater und Literatur.

Im Folgenden soll noch genauer auf die einzelnen Items des Fragebogens eingegangen werden. Zur Erfassung der kreativen Interessen wurden 14 Items aufgelistet, die die Patienten anhand der oben beschriebenen Skala bewerten sollten. Bei der späteren Auswertung wurden dementsprechend Wertelabels von 3 bis 0 vergeben. Die Items beinhalteten Aussagen bezüglich der kreativen Tätigkeit in der Kindheit (Item 1) und deren Förderung durch die Eltern (Item 2), die Kreativität der Eltern (Item 3), die Beliebtheit des schulischen Kunstunterrichtes (Item 4), den Stellenwert von kreativem Ausdruck in der Freizeit (Item 5, 8, 9, 10, 11), sowie das Interesse an bildender Kunst, Theater und Literatur (Item 6, 7, 12). Außerdem wurde erfragt, ob sich künstlerische Betätigung positiv auf Lebensfreude und Stimmung des Patienten auswirke (Item 13, 14). Des Weiteren wurde gefragt, ob der Patient einen Lieblingskünstler habe. Dafür stand eine zweistufige Ratingskala mit den Ausprägungen "ja" und "nein" zur Verfügung. Mittels einer Freitextzeile wurde die

Möglichkeit gegeben den betreffenden Lieblingskünstler, soweit vorhanden, zu nennen. In einer weiteren Freitextzeile wurden Erfahrungen mit dem schulischen Kunstunterricht und die dabei am häufigsten erhaltene Schulnote erfragt. Zur Auswahl standen hierfür eine Skala mit den Schulnoten 1 bis 6 und deren üblicher Wertigkeit. Der zweite Teil des *FKK* beinhaltete Fragen zu bisherigen Erfahrungen mit der Kunsttherapie und dem Ausmaß der künstlerischen Betätigung vor dem derzeitigen stationären Aufenthalt. Ziel des Fragebogens war es zu erfassen, inwieweit der Patient in seinem bisherigen Leben mit Kunst und Kreativität in Berührung gekommen ist, wie seine künstlerische Erziehung war, welchen Stellenwert Kunst in seiner Freizeit hat, sowie welche Vorerfahrungen mit der Kunsttherapie bereits gemacht wurden.

2.1.2 FKT (Fragebogen zur Kunsttherapie)

Der zweite Fragebogen, der entwickelt wurde, war der *FKT (Fragebogen zur Kunsttherapie)*. Dieser beinhaltete zehn Subskalen zu verschiedenen Aspekten der Kunsttherapie wie Zufriedenheit mit dem Setting, persönliche Meinung des Patienten zum Stellenwert der KT im Gesamtkonzept der Behandlung, hilfreiche Teilaspekte der Kunsttherapie und ihre unmittelbaren Auswirkungen. Des Weiteren beinhaltete er je eine Subskala zu den Empfindungen des Patienten über und während der Kunsttherapie und jeweils eine zur Bewertung der Patienten, ob die Kunsttherapie zur Verbesserung ihrer Symptomatik beiträgt, sie durch die Medikation an der Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt sind und ob die KT den stationären Aufenthalt erträglicher macht. In einer letzten Subskala wurden zudem die verschiedenen anderen Therapieangebote bewertet. Der *FKT* wurde prä und post ausgegeben, das heißt, jeweils zu Beginn sowie nach 4 Wochen Kunsttherapie.

Subskala 1

Die erste Subskala enthält Items zur Zufriedenheit der Patienten mit den verschiedenen Umgebungsfaktoren der Kunsttherapie, wie den Raum (Item 1), die Materialausstattung (Item 2), die Dauer der Kunsttherapie (Item 3), die Themenstellungen (Item 4), die Betreuung durch die Kunsttherapeutin (Item 5), die Zufriedenheit mit den eigenen Werken (Item 7) und der Nachbesprechung (Item 8),

sowie mit der Ausstellung der Bilder im Stationsbereich (Item 9), dem Kontakt zu den Mitpatienten während der KT (Item 10) und die allgemeine Zufriedenheit mit der Kunsttherapie (Item 11). Gegeben war eine vierstufige Bewertungsskala mit den Ausprägungen "Ausgesprochen zufrieden", "Überwiegend zufrieden", "Etwas zufrieden" und "Gar nicht zufrieden". Wenngleich statistisch schwer auswertbar, wurde auch bei diesem Bogen wieder die Möglichkeit zur Freitextantwort gegeben, um Raum für Anmerkungen zu geben.

Aus schon unter 2.1.1 genannten Gründen wurde wieder eine Dichotomisierung der Ergebnisse vorgenommen. Somit wurden die Bewertungen "Ausgesprochen zufrieden" und "Überwiegend zufrieden", sowie die Ausprägungen "etwas zufrieden" und "gar nicht zufrieden" in "zufrieden" und "nicht zufrieden" zusammengefasst.

Subskala 2

Die zweite Subskala des *FKT* beinhaltet Fragen zur persönlichen Einschätzung des Stellenwertes der KT. So sollten die Patienten angeben, wie wichtig die Kunsttherapie für ihren Genesungsprozess ist (Item 1), wie wichtig ihnen die Teilnahme an der KT ist (Item 2) und wie wichtig ihrer Meinung nach für den behandelnden Arzt die Bilder sind, die in der Kunsttherapie entstehen (Item 3). Ziel war es, damit den Stellenwert der Kunsttherapie im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzeptes zu erfragen. Die Patienten sollten nicht nur angeben, wie sie den Stellenwert der Kunsttherapie für sich persönlich einschätzen, sondern auch wie ihrer Meinung nach die Kunsttherapie von den behandelnden Ärzten als wichtig oder unwichtig eingeschätzt wird. Ziel war es, herauszufinden, welcher Stellenwert der Kunsttherapie auch von den behandelnden Ärzten zugestanden wird, inwieweit die Patientenbilder als ein zusätzlicher diagnostischer Baustein verstanden werden und dies auch gegenüber den Patienten kommuniziert wird. Abgebildet wird dies durch eine vierstufige Ratingskala mit den Ausprägungen "Ausgesprochen wichtig", "Überwiegend wichtig", "Eher unwichtig" und "ziemlich unwichtig".

Subskala 3

In der dritten Subskala sollten die verschiedenen Aspekte der Kunsttherapie bewertet werden. Die Patienten konnten abermals in einer vierstufigen Skala angeben, wie hilfreich die Kunsttherapie als Einstieg in den Tag (Item 1), das Malen in der Gruppe (Item 2), der Austausch über die Bilder in der Gruppe (Item 3), die Entspannung

durch kreative Betätigung (Item 4) und die Anerkennung für die entstehenden Bilder (Item 5) sind. Die möglichen Ausprägungen waren "Ausgesprochen hilfreich", "Überwiegend hilfreich", "Etwas hilfreich" und "Gar nicht hilfreich".

Subskala 4

In der vierten Subskala wurden die unmittelbaren Auswirkungen der Kunsttherapie erfragt. Die Ratingskala war wieder vierstufig und besaß die Ausprägungen "Ausgesprochen zutreffend", "Überwiegend zutreffend", "Etwas zutreffend" und "Gar nicht zutreffend". Die Patienten sollten angeben, ob die Kunsttherapie bei ihnen zu einer ausgeglichenen Stimmung beiträgt (Item 1), ob sie dadurch an Selbstvertrauen gewinnen (Item 2), sich leichter konzentrieren können (Item 3) oder während der Kunsttherapie weniger an ihre Krankheit denken (Item 4). Außerdem wurde erfragt, ob die Patienten durch die in der KT entstehenden Bilder ihre Gefühle besser ausdrücken (Item 5) und sich anderen mitteilen können (Item 6), ob sie dadurch sicherer im Umgang mit anderen Menschen (Item 7) und motivierter für die weitere Behandlung werden (Item 8), ob die KT dazu beiträgt, dass sie sich ihrer eigenen Fähigkeiten wieder mehr bewusst werden (Item 9) und auch ihre Angehörigen ihre Ressourcen wieder besser wahrnehmen. (Item 10). Des Weiteren wurden die Einflüsse der KT auf die Emotionen der Patienten erfragt, zum Beispiel ob sie sich durch die KT weniger ängstlich (Item 11), hoffnungsvoller (Item 12), weniger müde (Item 13), weniger gereizt (Item 16) oder innerlich ruhiger fühlen (Item 17). Auch wurde gefragt, ob die KT ihnen helfe, die medikamentöse (Item 14) und psychotherapeutische Behandlung (Item 15) besser zu akzeptieren, ob sie durch die KT ihren Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik als weniger diskriminierend empfinden (Item 18) und ob sie hilft ihre Selbstwahrnehmung zu verbessern (Item 19). Nach dieser Subskala bestand nochmals die Möglichkeit zur Freitextantwort, um eventuelle Aspekte, die den Patienten persönlich noch wichtig erschienen, anbringen zu können.

Subskala 5 & 6

Die nächsten beiden Subskalen waren als Listen formuliert. Der Patient hatte als erstes die Möglichkeit auszuwählen, ob er die Kunsttherapie als Bereicherung, Entspannung, nette Abwechslung, eher lästige Verpflichtung oder unnötig empfindet. Danach sollten die Empfindungen während der Kunsttherapie angegeben werden.

Zur Auswahl standen Zufriedenheit, Stolz, Freude, meditative Konzentration, Langeweile, Gleichgültigkeit, Ungeduld, Ärger oder Sonstiges. Bei beiden Unterpunkten waren Mehrfachnennungen möglich.

Subskala 7-9

Mit den nächsten drei Subskalen sollte eruiert werden, ob die Patienten denken, dass die KT zur Verbesserung ihrer individuellen Symptomatik beiträgt, ob sie sich durch ihre Medikation in der Teilnahmefähigkeit an der KT beeinträchtigt fühlen und ob die KT für sie den stationären Aufenthalt erträglicher bzw. leichter zu akzeptieren macht. Zur Auswahl stand jeweils eine vierstufige Ratingskala mit den Ausprägungen "ja", "eher ja", "eher nein" oder "nein".

Subskala 10

Als letzte Subskala dieses Fragebogens folgte eine Bewertung von 27 Items, die die übrigen Therapieverfahren und Beschäftigungsangebote am Klinikum Rechts der Isar zum Inhalt hatten. Ziel war es, die Bedeutung der Kunsttherapie im Behandlungskontext zu erfragen. Beispiele für zu bewertende Therapieangebote waren die Morgengymnastik, die Beschäftigungstherapie, die Arbeitstherapie, die Laufgruppe, die Musiktherapie, die medikamentöse Behandlung, die Gespräche mit dem behandelnden Arzt, dem Psychotherapeuten und dem Pflegepersonal und die Oberarztvisite, um nur einige zu nennen. Anhand einer fünfstufigen Ratingskala mit den Ausprägungen "Ausgesprochen hilfreich", "Überwiegend hilfreich", "Etwas hilfreich", "Gar nicht hilfreich" und "Bisher nicht in Anspruch genommen" sollte die Bewertung vorgenommen werden.

2.1.3 TNKT (Fragebogen zur Teilnahme an der Kunsttherapie)

Der dritte der eigens für diese Studie entwickelten Fragebögen war der *TNKT (Fragebogen zur Teilnahme an der Kunsttherapie)*. Dieser Bogen war als Fremdratinginstrument für die jeweils betreuende Kunsttherapeutin gedacht. Zunächst sollte angegeben werden, wie oft der Patient innerhalb der vergangenen vier Wochen an der Kunsttherapie teilgenommen hat. Zur Auswahl standen "täglich", "mehr als dreimal pro Woche" und "weniger als dreimal pro Woche". Als nächstes

folgten die beiden Subskalen "Mitarbeit" und "Auswirkungen". Im ersten Teil wurde angegeben, wie die Mitarbeit des Patienten im Rahmen der Kunsttherapie war. Dieser Abschnitt beinhaltete Items zu Pünktlichkeit (Item 1), Teilnahme ohne vorhergehende Aufforderung (Item 2), konzentriertem Arbeiten (Item 3), dem Eindruck, dass der Patient gerne an der KT teilnimmt (Item 4), der Kreativität des Patienten (Item 5), dem Umgang mit den Materialien (Item 6), dem Einbringen eigener Bildvorschläge (Item 7) und der Teilnahme an den Nachbesprechungen (Item 8). Die Bewertung erfolgte anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen "Trifft ausgesprochen zu", "Trifft überwiegend zu", "Trifft etwas zu" und "Trifft gar nicht zu". Außerdem bestand die Möglichkeit, weitere Aspekte in einer Freitextantwort unterzubringen. In der zweiten Subskala sollten beobachtete Auswirkungen der KT auf den Patienten angegeben werden. Dazu folgten Fragen zur Verdeutlichung von Ressourcen (Item 1), Problemkonfrontation (Item 2) und Problemlösung (Item 3), Ausdruck von Gedanken durch die Bilder (Item 4) und Steigerung des Selbstbewusstseins (Item 5). Außerdem wurde gefragt, ob der Patient durch die KT ruhiger (Item 6), entlastet von seiner Symptomatik (Item 8) oder im Gegenteil oft aufgewühlt und unruhig (Item 7) erscheint. Das letzte Item beinhaltete die Frage nach der verbesserten Selbstwahrnehmung des Patienten (Item 9). Im Anschluss an diese Subskala bestand erneut die Möglichkeit zu Ergänzungen in einer Freitextantwort. Zum Abschluss dieses Fragebogens sollte die Kunsttherapeutin bewerten, in welchem Ausmaß auf einer Skala von 1 bis 10 ihrer Meinung nach der Patient von der Kunsttherapie profitiert hat. Hierbei stellte 10 die beste und 1 die schlechteste Wertung dar.

2.1.4 Fremdbeurteilung für die behandelnden Ärzte

Ein weiterer Fragebogen namens *Fremdbeurteilung für die behandelnden Ärzte* wurde zusammengestellt, um eine Beurteilung des Patienten vor und nach der Kunsttherapie zu erhalten. Ziel war es zu erfahren, inwieweit der betreffende Patient durch seine Krankheit oder etwaige Medikamentennebenwirkungen in seiner Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie eingeschränkt sein könnte. Dieser von Herrn Prof. Dr. Bäuml zusammengestellte Fragebogen beinhaltet in tabellarischer Form eine Kombination verschiedener etablierter Untersuchungsinstrumente. Damit

sollte der betreffende Arzt jeweils zu Beginn und nach den vier Wochen Kunsttherapie Angaben machen zu Krankheitsschwere, Compliance, Krankheitseinsicht, extrapyramidalmotorischen Störungen, Spätdyskinesien, vegetativen Nebenwirkungen und Gewichtszunahme innerhalb der letzten zwei Wochen.

Die Krankheitsschwere wurde beurteilt mithilfe des CGI (Clinical Global Impression) [23], einer Ratingskala mit 7 Ausprägungen von 1 ("gar nicht krank") bis 7 ("sehr schwer krank").

Zur Beurteilung der Medikamentencompliance wurde das Compliance Rating von Pitschel-Walz et al. (2006) verwendet.[50] Beurteilt werden kann damit sowohl die Einnahme oraler Medikation, als auch die Compliance bei Verabreichung der Depotmedikation. Anhand einer vierstufigen Skala kann diese dann mit "Sehr gut", "Gut", "Mäßig" oder "Schlecht" bewertet werden.

Des Weiteren wurde die Krankheitseinsicht anhand einer dreistufigen Skala mit den Ausprägungen "Äußerst einsichtig", "Teilweise einsichtig" und "Äußerst uneinsichtig" beurteilt. Grundlage dafür war die Bewertungsskala des SUMD von Amador et al. (1993).

Zur Beurteilung des Parkinsonoids stand den behandelnden Ärzten die vierstufige Simpson-Angus-Scale zur Verfügung [67]. Diese beinhaltet die Auswahlmöglichkeiten "Keines", "Leicht (Rigor nur im Nackenbereich)", "Deutlich (Rigor im Ellbogen und Handgelenk)" und "Sehr schweres Parkinsonoid (Rigor in allen Gelenken, kleinschrittig)".[67]

Das Vorhandensein von tardiven Dyskinesien wurde beurteilt mithilfe eines modifizierten AIMS (Abnormal Involuntary Movement Scale).[23] Dazu wurde das Item 8 des AIMS, dass die allgemeine Schwere abnormer Bewegungen erfragt, mit einer vierstufigen Ratingskala mit den Ausprägungen "Keinerlei Hinweise auf TD", "Fragliche Hinweise auf TD", "Leichte Zeichen einer TD" und "Schwere Zeichen einer TD" ergänzt. Die in der Originalpublikation fünfstufige Ratingskala wurde durch Zusammenfassen der Dimensionen 3 ("moderate") und 4 ("severe") auf eine vierstufige Skala mit den oben erwähnten Ausprägungen verkürzt. Dies erschien sinnvoll, da gemäß der klinischen Erfahrung am Rechts der Isar schwere Ausprägungen eines Parkinsonoids selten vorkommen.

Des Weiteren wurde nach etwaigen vegetativen Nebenwirkungen der Patienten gefragt. Die zugehörige Ratingskala gab zur Auswahl "Gar nicht", "Etwas (diskret

müde, leichte Obstipation, trockener Mund)", "Deutlich (starke Müdigkeit, Schwindel, klebriger Mund)" und "Sehr stark (deutlich sediert, orthostatische Probleme etc.)".

Die Gewichtszunahme innerhalb der letzten zwei Wochen konnte mit "Keine", "Leicht (1/2kg)", "Deutlich (1kg)" oder "Sehr stark (2kg und mehr)" angegeben werden. Wie auch die oben erwähnte Skala zur Beurteilung der Vegetativen Nebenwirkungen, wurde diese von J. Bäuml im Rahmen dieser Studie verfasst.

2.2 Etablierte Untersuchungsinstrumente und ihre Anwendung

Bereits etablierte Untersuchungsinstrumente kamen zur Anwendung bei der Beurteilung der Zufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung, sowie zur Erfassung der Medikamentenadhärenz und der Krankheitseinsicht.

2.2.1 ZUF-8

Um die generelle Zufriedenheit des Patienten mit der erhaltenen Behandlung während seines stationären Aufenthaltes zu eruieren, wurde der *ZUF-8* verwendet.[62] Dabei handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 8 Items zur Bewertung der Zufriedenheit mit der erhaltenen stationären Versorgung. Der *ZUF-8* ist die 1989 von Schmidt, Lamprecht und Wittmann ins Deutsche übersetzte [55] [62] und für den stationären Bereich adaptierte Version des ursprünglich amerikanischen Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) von Attkisson & Zwick (1982).[5] 1983 erfolgte durch De Brey in den Niederlanden eine erste Validierung des CSQ-8 außerhalb den USA.[55]

Der CSQ wurde nicht explizit für das psychiatrische Setting entwickelt, seine deutsche Übersetzung jedoch "im Rahmen der psychosomatischen Rehabilitation adaptiert und untersucht".[63] Die Bewertung des *ZUF-8* erfolgt anhand einer vierstufigen Ratingskala mit je nach Item unterschiedlichen Ausprägungen. Eine neutrale Position ist somit nicht möglich. Die Antworten werden je nach Polung mit 1 (= ungünstigste Ausprägung) bis 4 (= positivste Ausprägung) bewertet und zu einem Gesamtscore von minimal 8 und maximal 32 Punkten addiert.[63] Der *ZUF-8* ist

bislang nicht normiert, zeigte jedoch in verschiedenen Stichproben eine gute Reliabilität (Cronbachs alpha 0,92, Schmidt et. al. in prep.) und faktorielle Validität (Varianzaufklärung 64%, Schmidt et al. 1989, 1994).[63]

2.2.2 Birchwood Insight Scale

Zur Erfassung der Krankheitseinsicht wurden zum einen die *Birchwood Insight Scale* und zum anderen die *Beck Cognitive Insight Scale* verwendet. Beide sind Selbstratingtools und wurden jeweils vor und nach 4 Wochen Kunsttherapie ausgegeben.

Die *Birchwood Insight Scale* (Birchwood et al. 1994) setzt sich aus 8 Items zusammen, die die Subskalen "Gewahrsein von Symptomen" ("Awareness of Symptoms", Item 1 & 8), "Gewahrsein von Krankheit" ("Awareness of Illness", Item 2 & 7) und "Behandlungsbedürftigkeit" ("Need for treatment", Item 3, 4, 5, 6) abdecken. Dies entspricht den drei Dimensionen der Krankheitseinsicht nach David [15]. Zur Beurteilung steht eine dreistufige Ratingskala mit den Ausprägungen "Stimme zu", "Stimme nicht zu" und "Unsicher" zur Verfügung. Je nach Polung der Items haben "Stimme zu" und "Stimme nicht zu" die Wertigkeit 2 oder 0. "Unsicher" wird immer mit 1 bewertet. Bei allen drei Subskalen wird ein Score berechnet, wobei dieser bei "Need for treatment" nochmals durch 2 dividiert wird, um für alle drei Subskalen einen Maximalscore von 4 zu erhalten. Anschließend wird der BIS-Score durch Addition der drei Werte berechnet. Die Skalenrange reicht von 0 bis 24.[30] Der Birchwood Scale hat eine hohe Reliabilität. Zur Testung dieser wurde im Rahmen der Studie zur Originalpublikation Cronbachs alpha (0,75), sowie die Test-Retest-Reliabilität (0,90) bestimmt.[12] Die Skala besitzt Konstruktvalidität, was durch eine Faktorenanalyse überprüft wurde. Aufgrund der einfachen Handhabung und der kurzen Bearbeitungszeit ist die Birchwood Insight Scale besonders geeignet als Verlaufskontrolle auch bei schwer kranken Patienten.[12]

2.2.3 Beck Cognitive Insight Scale

Als weiteres Instrument zur Messung der Krankheitseinsicht, wurde die *Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)*, Beck et al. 2004) verwendet. Dabei handelt es sich um ein Selbstratinginstrument, das aus 15 Items besteht, die zu zwei verschiedenen Subskalen gehören. Die erste Subskala "Selbst-Reflektiertheit" ("self-reflexion", Item 1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14, 15) beinhaltet Items zu Objektivität ("objectivity"), Nachdenklichkeit ("reflectiveness") und Offenheit für Feedback ("openness to feedback"). Die zweite Subskala "Selbstsicherheit" ("self-certainty", Item 2, 7, 9, 10, 11, 13) beinhaltet Items zu voreiligem Ziehen von Schlussfolgerungen ("jumping to conclusions"), der Sicherheit im Recht zu sein ("certainty about being right") und Widerstand bei Berichtigung ("resistance to correction").[11] Die Bewertung erfolgt anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen "Ich stimme überhaupt nicht zu", "Ich stimme ein bisschen zu", "Ich stimme zu" und "Ich stimme absolut zu". Es werden Wertelabels von 3 ("Ich stimme überhaupt nicht zu") bis 0 ("Ich stimme absolut zu") vergeben. Zunächst werden für beide Subskalen Einzelscores berechnet.

Die Berechnung des Gesamtscores ("Composite Index") erfolgt durch Subtraktion des "Selbstsicherheit"-Scores vom "Selbst-Reflektiertheit"-Score. Die Autoren der Originalpublikation warnen vor einer Verwendung der Einzelscores im Rahmen der klinischen Beurteilung eines Patienten. Zu Forschungszwecken ist die Betrachtung der beiden Einzelscores jedoch möglich.[11] Bei voller Punktzahl in beiden Subscores ergibt das einen maximalen Wert von 9 Punkten. Der BCIS besitzt konvergente und diskriminante Validität. Cronbachs alpha betrug in der Studie zur Originalpublikation 0,68 für die Subskala "Selbst-Reflexion" und 0,60 für die Subskala "Selbstsicherheit". Granholm et al. stellten 2002 die Konstruktvalidität des BCIS fest.[11]

2.2.4 MARS (Medication Adherence Rating Scale)

Zur Erfassung der Medikamentenadhärenz als Teilaspekt der Compliance der Patienten, wurde zu Beginn, sowie nach vier Wochen Kunsttherapie der MARS (= Medication adherence rating scale, Thompson et al. 2000) ausgegeben. Dieser Selbstbeurteilungsbogen umfasst 10 Items, die jeweils mit "ja" oder "nein" bewertet werden. Ziel ist die Erfassung der Adhärenz der Patienten bezüglich ihrer psychoaktiven Medikation innerhalb der letzten Woche.[49] Je nach Polung der Fragestellung wird die betreffende Antwort mit 1 oder 0 gewertet (Item 1-6, 9, 10: ja = 0, nein = 1, Item 7,8: ja = 1, nein = 0). Somit ergibt sich ein möglicher Gesamtscore von mindestens 0 und maximal 10, wobei 0 keine und 10 sehr starke Medikamentenadhärenz bedeutet. Der MARS wurde aus zwei Instrumenten zur Erfassung der Medikamentenadhärenz konstruiert, dem Medication Adherence Questionnaire (MAQ) (Morisky et al., 1986) und dem Drug Attitude Inventory (DAI) (Hogan et al., 1983). Ziel war die Entwicklung eines neuen Instrumentes mit höherer Validität und besserer klinischer Brauchbarkeit.[29] Die Faktorenanalyse im Rahmen der Studie zur Originalpublikation ergab das Vorhandensein von 3 Faktoren. Der erste Faktor (Item 1-4) bildet das Verhalten bezüglich Medikamentenadhärenz ab., der zweite Faktor (Item 5-8) repräsentiert die Einstellung des Patienten zur Medikamenteneinnahme und der dritte Faktor (Item 9, 10) umfasst die unerwünschten Nebenwirkungen und die Einstellung des Patienten zu psychotroper Medikation.[69] Der MARS besitzt eine moderate Reliabilität (Cronbach's alpha 0,75) und gute Konstruktvalidität.[69]

2.3 Ablauf der Studie

Die Datenerhebung erfolgte von März bis Oktober 2011. Einbezogen wurden alle Stationen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar, die eine stationäre Versorgung gewährleisten. Auf den Stationen 7/1 und 7/3 fand zu dieser Zeit täglich, auf den Stationen 7/2 und 9/2 viermal wöchentlich jeweils für zwei Stunden Kunsttherapie statt. Die Doktorandin wurde auf jeder Station im Rahmen der Kunsttherapie vorgestellt und der Ablauf und das Ziel der Studie genauer erklärt. Bei Interesse an der Studienteilnahme wurde den Patienten ein Informationsblatt, sowie eine Einverständniserklärung (beides siehe Anhang) ausgeteilt und das Angebot, für Rückfragen jederzeit bereit zu sein, gegeben. Im Verlauf der Studie wurden dann neu hinzukommende Patienten von der Doktorandin jeweils persönlich angesprochen und aufgeklärt. Soweit vorhanden, wurden die Betreuer schriftlich informiert. Den Patienten wurde außerdem erklärt, dass alle Daten anonymisiert erhoben und verarbeitet würden, sowie, dass ein Widerruf der Einverständniserklärung und ein Ausstieg aus der Studie jederzeit möglich seien.

Mit der Abgabe der Einverständniserklärung erfolgte der Einschluss in die Studie. Zu Beginn wurde der FKK (Fragebogen zu Kunst und Kreativität) ausgeteilt. Ungefähr einen Tag später, um die Patienten nicht zu überfordern, folgten dann der FKTprä (Fragebogen zur Kunsttherapie), sowie die Fragebögen zu Krankheitseinsicht und Medikamentenadhärenz (Birchwood Insight Scale (Birchwood et al. 1994), Beck Cognitive Insight Scale (Beck et al. 2004), MARS (Thompson et al. 2000). Zeitgleich wurde dem jeweiligen behandelnden Arzt der Fragebogen Fremdbeurteilung durch die behandelnden Ärzte ausgehändigt. Nach ca. zwei Wochen wurde mit den Patienten ein Gespräch zur Soziobiographie anhand des Anamnesebogen Psychopathologische Untersuchung (Baur et al. 2010 [9]) durchgeführt. Dieser war zuvor für eine andere Studie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie entwickelt und der Doktorandin von der betreffenden Autorin freundlicherweise zur Verfügung gestellt worden. Dies dauerte meist ca. 15 Minuten und wurde in einem geschützten Rahmen mit dem Patienten alleine durchgeführt.

Nach insgesamt vier Wochen Kunsttherapie folgte die zweite Fragebogenrunde, die wieder aus dem FKT, der Birchwood Insight Scale, der Beck Cognitive Insight Scale und dem MARS bestand. Zusätzlich wurde an die Patienten der ZUF-8, zur Beurteilung der globalen Behandlungszufriedenheit, ausgeteilt. An die Ärzte wurde

wieder der Fragebogen Fremdbeurteilung durch die behandelnden Ärzte verteilt. Die jeweilige betreuende Kunsttherapeutin füllte schließlich noch nach Ablauf des vierwöchigen Beobachtungsintervalls den TNKT (Fragebogen zur Teilnahme an der Kunsttherapie) aus.

Tab.1) **Untersuchungszeitpunkte**

Prä:	Verlauf:	Post:
Aufnahme	4 Wochen Kunsttherapie	
Aufklärung bzgl. der KT-Studie	Verlaufsbeobachtung durch die Kunsttherapeutin	
Einholen der Einverständniserklärung		
Prä-Untersuchung		Post-Untersuchung

Tab. 2) Fragebogen-Instrumentarium

Prä-Untersuchung:	Verlauf:	Post-Untersuchung (Nach ca. 4 Wochen KT):
Interesse an Kunst und Kreativität / Erfahrungen mit der KT (<i>FKK</i>) Erwartungen an KT bzw. bisherige Zufriedenheit (<i>FKTprä</i>)		Zufriedenheit mit KT/ Zufriedenheit mit den übrigen Therapieangeboten/ (<i>FKTpost</i>) Generelle Therapiezufriedenheit (<i>ZUF-8</i>)
		Beurteilung der Teilnahme der Patienten durch die Kunsttherapeutin (<i>TNKT</i>)
Krankheitseinsicht: Selbstrating: <i>Birchwood Insight Scale</i> (Birchwood et al. 1994) <i>Beck Cognitive Insight Scale</i> (Beck et al 2004) Fremdrating: <i>Amador</i> (Teil des <i>Fremdrating für die behandelnden Ärzte</i>)		Krankheitseinsicht: Selbstrating: <i>Birchwood Insight Scale</i> (Birchwood et al. 1994) <i>Beck Cognitive Insight Scale</i> (Beck et al 2004) Fremdrating: <i>Amador</i> (Teil des <i>Fremdrating für die behandelnden Ärzte</i>)
Compliance: Selbstrating: <i>MARS</i> (Thompson et al. 2000) Fremdrating: <i>Compliance - Rating</i> (Bäumel und Pitschel-Walz (Teil des <i>Fremdrating für die behandelnden Ärzte</i>)		Compliance: Selbstrating: <i>MARS</i> (Thompson et al. 2000) Fremdrating: <i>Compliance - Rating</i> (Bäumel und Pitschel-Walz (Teil des <i>Fremdrating für die behandelnden Ärzte</i>)
Einschätzung des behandelnden Arztes zum Krankheitsstand etc. des Patienten (<i>Fremdrating durch die behandelnden Ärzte</i>)		Einschätzung des behandelnden Arztes zum Krankheitsstand etc. des Patienten (<i>Fremdrating durch die behandelnden Ärzte</i>)
	<i>Anamnesebogen</i> <i>Psychopathologische Untersuchung</i>	

2.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien:

- Teilnahme an der Kunsttherapie im Rahmen des derzeitigen stationären Aufenthaltes
- Psychiatrische Diagnose nach ICD-10

Ausschlusskriterien:

- Alter unter 18 Jahren
- Schwere kognitive Beeinträchtigung (z.B. schwere Alzheimer Demenz, angeborene Intelligenzminderung, schwere psychotische Symptomatik)
- Mangelnde Deutschkenntnisse

2.5 Beschreibung des Patientenkollektivs

2.5.1 Geschlecht und Alter

Es gingen insgesamt 104 Patienten in die Untersuchung ein, davon waren 59 weiblich und 45 männlich. Das Durchschnittsalter betrug 41 Jahre. Die folgende Tabelle zeigt die Altersverteilung innerhalb der beiden Geschlechter.

Tab. 3) **Durchschnittsalter in Abhängigkeit vom Geschlecht**

Alter in Jahren			
Geschlecht	Mittelwert	n	Standardabweichung
Weiblich	43,17	59	14,724
männlich	38,20	45	13,659
Insgesamt	41,02	104	14,419

Die Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung ausnahmslos in stationärer Versorgung auf einer der 4 Stationen der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar.

2.5.2 Soziobiografische Basisdaten

Bezüglich ihrer Nationalität gaben 89,1% (n=90) der Patienten an deutsch zu sein, 10,9 (n=11) Prozent waren anderer Nationalität. 18% (n=18) der Patienten hatten einen Migrationshintergrund. Deutsch als Muttersprache sprachen 87,1% (n=88) der Patienten, bei 12,9% (n=13) war die Muttersprache eine andere. 93,1% (n=94) besaßen sehr gute Deutschkenntnisse, 5,9% (n=6) sprachen auf mittlerem Niveau und 1% (n=1) mäßig deutsch.

In Bezug auf den Familienstand der Patienten stellt sich folgende Verteilung dar:

Tab. 4) **Familienstand**

		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Familienstand	ledig, noch nie Partnerbeziehung gehabt	2	2,1%
	ledig, aktuell keine Partnerbeziehung	48	50,0%
	ledig, aktuell Partnerbeziehung	16	16,7%
	Verheiratet, mit Partner zusammenlebend	21	21,9%
	verheiratet, von Partner getrennt lebend	3	3,1%
	geschieden, aktuell keine Partnerbeziehung	3	3,1%
	geschieden, aktuell Partnerbeziehung	2	2,1%
	verwitwet, aktuell keine Partnerbeziehung	1	1,0%
	verwitwet, aktuell Partnerbeziehung	0	0,0%
	Gesamt	96	100,0%

2.5.3 Bildungshintergrund

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Patienten bezüglich der Bildungsstufen nach CASMIN:

Tab. 5) **Höchster erlangter Bildungsstand nach CASMIN**

		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Höchster erlangter Bildungsstand nach CASMIN	Hochschulabschluss	24	23,8%
	Fachhochschulabschluss	2	2,0%
	Fachhochschulreife/Abitur und berufliche Ausbildung	12	11,9%
	Fachhochschulreife/Abitur ohne berufliche Ausbildung	7	6,9%
	Mittlere Reife und berufliche Ausbildung	27	26,7%
	Mittlere Reife ohne berufliche Ausbildung	9	8,9%
	Hauptschulabschluss und berufliche Ausbildung	10	9,9%
	Hauptschulabschluss ohne berufliche Ausbildung	7	6,9%
	Kein Abschluss	3	3,0%
	Gesamt	101	100,0%

Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass die die Gruppen "Hochschulabschluss", "Fachhochschulreife / Abitur und berufliche Ausbildung", sowie "Mittlere Reife und berufliche Ausbildung" am stärksten besetzt sind.

38,9% (n=35) der Patienten haben schon mindestens einmal eine Ausbildungsstation abgebrochen. Am häufigsten wurde beim ersten Ausbildungsabbruch eine Lehre (50%, n=17), am zweithäufigsten das Studium (41,2%, n=14) und am dritthäufigsten das Gymnasium (8,8%, n=3) abgebrochen. Bezüglich der zweiten abgebrochenen Bildungsstation stand die Lehre an erster (75%, n=6) und das Studium an zweiter Stelle (25%, n=2).

Es waren zum damaligen Erhebungszeitpunkt 38,5% (n=37) der Patienten erwerbstätig, 61,5% (n=59) waren nicht erwerbstätig. Berentet waren 13,1% (n=11) der Patienten.

2.5.4 Krankheitsvorgeschichte und Diagnose

Bei in etwa der Hälfte der Patienten war die Familienanamnese positiv (50,5%, n=50), bei der anderen Hälfte negativ (49,5%, n=49) für Erkrankungen der Psyche.

Aufgeteilt nach den drei Hauptdiagnosen "Krankheiten aus dem Schizophrenen Formenkreis", "Affektive Störungen" und "Persönlichkeitsstörungen", sowie der Gruppe "Sonstiges", stellt sich folgende Häufigkeitsverteilung dar:

Tab. 6) **Hauptdiagnosen**

		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Hauptdiagnosen	Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis	51	49,0%
	Affektive Störungen	43	41,3%
	Persönlichkeitsstörungen	5	4,8%
	Sonstiges	5	4,8%
	Gesamt	104	100,0%

Aus obiger Tabelle wird ersichtlich, dass sich der Großteil des Kollektivs aus Patienten zusammensetzte, die an Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis (49%) bzw. an affektiven Störungen (41%) litten. Den geringeren Anteil bildeten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (4,8%), sowie mit sonstigen psychiatrischen Krankheitsbildern (4,8%).

Tab. 7) **Krankheitsschwere bei Studieneinschluss (CGI)**

		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
CGI bei Studieneinschluss	leicht krank	5	5,0%
	mäßig krank	23	22,7%
	deutlich krank	58	57,4%
	schwer krank	13	12,9%
	sehr schwer krank	2	2,0%
	Insgesamt beurteilt	101	100,0%
	Fehlend	3	
Gesamt		104	

Bezüglich der Krankheitsschwere bei Studieneinschluss wurden die meisten der Teilnehmer von den behandelnden Ärzten anhand des CGI als "deutlich krank" bezeichnet (57,4%). Das am zweithäufigsten vergebene Prädikat war "mäßig krank" (22,7%). Deutlich weniger Patienten wurden von den Ärzten als "leicht" (5%), "schwer" (12,9%) oder "sehr schwer krank" (2%) bezeichnet. Gar nicht vergeben wurde die Einschätzung "grenzwertig krank".

Im Vergleich dazu stellt sich die Situation nach Ablauf des Beobachtungsintervalls folgendermaßen dar.

Tab. 8) **Krankheitsschwere nach Ablauf der Studie (CGI)**

		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
CGI nach Abschluss der Studie	grenzwertig krank	5	6,2%
	leicht krank	19	23,8%
	mäßig krank	30	37,5%
	deutlich krank	20	25,0%
	schwer krank	6	7,5%
	Insgesamt beurteilt	80	100,0%
	Fehlend	24	
Gesamt		104	

Die meisten Patienten wurden nun von den behandelnden Ärzten als "mäßig krank" eingeschätzt (37,5%), gefolgt von "deutlich krank" (25%) und "leicht krank" (23,8%). 7,5% wurden noch als "schwer krank" eingestuft, die Beurteilung "sehr schwer krank" wurde nicht mehr vergeben. 4,8% der Studienteilnehmer wurden nun von den Ärzten als "grenzwertig krank" bezeichnet.

93% (n=93) der Patienten hatten vor der damaligen Episode bereits mindestens einmal psychische Beschwerden, für 7% (n=7) der Patienten war diese die erste Episode einer psychischen Erkrankung.

Schon einmal in stationär-psychiatrischer Behandlung vor dem damaligen Indexaufenthalt, waren 81,2% (n=82) der Patienten, die im Mittel 3,46 (SD=3,261, n=79) stationäre Voraufenthalte in Psychiatrien berichteten. Für 18,8% (n=19) war dies der erste stationäre Aufenthalt.

2.5.5 Medikation und Nebenwirkungen

Tab. 9) **Psychopharmaka**

		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Psychopharmaka zum Zeitpunkt der Anamneseerhebung	Neuroleptika	82	78,8%
	Antidepressiva	56	53,8%
	Mood-Stabilizer	30	28,8%
	Benzodiazepine	26	25,0%
	Antidementivum	1	1,0%
	Nicht-Psychopharmaka	23	22,1%
	Studienmedikation	2	1,9%
	Insgesamt eruiert	98	94,2%
	Fehlend	6	5,8%
	Gesamt	104	100,0%

Zum Zeitpunkt der Anamneseerhebung nahmen 99% (n=100) der Patienten Psychopharmaka. Die meisten Patienten waren mit Neuroleptika (78,8%), Antidepressiva (53,8%) und/oder Mood-Stabilizern (28,8%) therapiert. Benzodiazepine nahmen ein Viertel der Patienten. Ein Patient bekam ein

Antidementivum, zwei Patienten ein Studienmedikament. 22,1% der Patienten nahmen aufgrund einer somatischen Begleiterkrankung anderweitige nicht zur Substanzklasse der Psychopharmaka gehörende Medikamente.

Tab. 10) **Vegetative Nebenwirkungen** (Ärztliche Beurteilung prä / post)

		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Vegetative Nebenwirkungen	Gar nicht	58	58,0%	47	58,8%
	Etwas	35	35,0%	27	33,8%
	Deutlich	7	7,0%	6	7,5%
	Insgesamt beurteilt	100	100,0%	80	100,0%
	Fehlend	4		24	
	Gesamt	104		104	

Obige Tabelle zeigt, dass die meisten der an der Studie beteiligten Patienten sowohl vor als auch nach dem Beobachtungsintervall gar nicht an vegetativen Nebenwirkungen litten (prä 58%, post 58,8%). Ungefähr ein Drittel der Patienten litt etwas an vegetativen Nebenwirkungen (prä 35%, post 33,8%). Deutliche vegetative Nebenwirkungen wiesen 7% (prä) bzw. 7,5% (post) der Studienteilnehmer auf.

Tab. 11) **Extrapyramidalmotorische Störungen / Parkinsonoid** (EPMS, Ärztliche Beurteilung prä / post)

		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Parkinsonoid	Keines	86	86,0%	71	88,75%
	Leicht	10	10,0%	8	10,0%
	Deutlich	4	4,0%	1	1,25%
	Insgesamt beurteilt	100	100,0%	80	100,0%
	Fehlend	4		24	
	Gesamt	104		104	

Betrachtet man die Beurteilung der Ärzte bezüglich extrapyramidalmotorischer Störungen der Patienten, so sind die Ergebnisse vor und nach dem Untersuchungsintervall in etwa vergleichbar. So litten bei Einschluss in die Studie 4% der Patienten an deutlichen extrapyramidalmotorischen Störungen, zum Ende der Beobachtungszeit 1,25%. Leichte Zeichen eines Parkinsonoids zeigten zu beiden Zeitpunkten 10% der Patienten. Der überwiegende Anteil der Patienten wies keinerlei extrapyramidalmotorische Symptome auf (prä 86%, post 88,75%).

Betrachtet man das Vorhandensein von Spätdyskinesien (Tab. 12), so zeigen sich ebenfalls zu beiden Untersuchungszeitpunkten lediglich geringe Unterschiede. Der mit Abstand größte Anteil der Patienten wies nach Meinung der Ärzte keine Zeichen für Spätdyskinesien auf (prä 91%, post 92,5%). Fragliche Hinweise für Spätdyskinesien bestanden zu Beginn der Studie bei 7%, zum Ende bei 5%. Leichte Zeichen für Spätdyskinesien wiesen prä 2% und post 2,5% der Patienten auf. Keiner der Patienten zeigte schwere Zeichen von Spätdyskinesien.

Tab. 12) **Spätdyskinesien** (Tardive Dyskinesien, Ärztliche Beurteilung prä / post)

		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Spätdyskinesien	Keinerlei Hinweise	91	91,0%	74	92,5%
	Fragliche Hinweise	7	7,0%	4	5,0%
	Leichte Zeichen	2	2,0%	2	2,5%
	Insgesamt beurteilt	100	100,0%	80	100,0%
	Fehlend	4		24	
	Gesamt	104		104	

Als letzten Aspekt medikamentöser Nebenwirkungen wurde noch nach einer möglichen Gewichtszunahme in der retrospektiven Betrachtung von 2 Wochen gefragt (Tab.13). Nicht an Gewicht zugenommen hatten dabei bei Einschluss in die Studie 79% der Patienten, zum Ende hin nur mehr 58,75%. Eine leichte Gewichtszunahme war prä bei 12%, post bei 28,75% der Patienten zu verzeichnen. Eine deutliche Gewichtszunahme bereits bei Studieneinschluss zeigten 6% der

Patienten, bei 12,5% war dies am Ende des Beobachtungsintervalls der Fall. Eine sehr starke Gewichtszunahme wiesen zu Beginn 3% der Patienten auf, wohingegen dies nach Meinung der Ärzte zum Post-Zeitpunkt bei keinem der Patienten mehr der Fall war.

Tab. 13) **Gewichtszunahme in 2 Wochen** (Ärztliche Beurteilung prä / post)

		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Gewichtszunahme in 2 Wochen	Keine	79	79,0%	47	58,75%
	Leicht	12	12,0%	23	28,75%
	Deutlich	6	6,0%	10	12,5%
	Sehr stark	3	3,0%	0	0,0%
	Insgesamt beurteilt	100	100,0%	80	100,0%
	Fehlend	4		24	
	Gesamt	104		104	

2.6 Methodenkritische Aspekte

2.6.1 Entwicklung eigener Fragebögen

Wie bereits erwähnt wurden im Rahmen dieser Untersuchung sowohl bereits etablierte, quantitative Instrumente verwendet, als auch eigene Fragebögen entwickelt.

Es wurde bei der Erarbeitung der Fragebögen darauf geachtet, alle wichtig erscheinenden Aspekte zur Kunsttherapie, die für diese Studie von Interesse waren, abzudecken und häufige Fehler zu vermeiden, wie zum Beispiel mit zwei verschiedenen Formulierungen das Gleiche zu erfragen. Des Weiteren wurde bei der Fragebogenentwicklung auf klar verständliche Formulierungen und unmissverständliche Anordnungen bezüglich des Ausfüllens geachtet (z. Bsp.: "Mehrfachnennungen möglich." bzw. "Bitte nur **eine** Antwort ankreuzen."). Zur Überprüfung der Verständlichkeit hätte man eventuell noch einen Probedurchlauf der Fragebögen mit anschließender Evaluation bezüglich der Verständlichkeit und Handhabbarkeit durch die Patienten durchführen können. Um einer Ermüdung bei der Fragebogenbearbeitung vorzubeugen und um Auslassungen und fehlende Werte zu vermeiden, sollte die Zahl der Items sinnvoll begrenzt werden.

Bei denjenigen Items, die anschließend zu einem Score verrechnet werden sollten, wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Diese ergab hinreichende Unidimensionalität, weswegen diese Scoreberechnung als sehr fundiert bezeichnet werden kann (siehe 3.2 Ergebnisse der Faktorenanalyse).

2.6.2 Messung der Krankheitseinsicht

Die Krankheitseinsicht ist eines der wichtigsten zu erhebenden Parameter in der Psychiatrie, da sie, wie bereits Amador et al. 1994 feststellten, prognostischen Wert in Bezug auf den Verlauf der Erkrankung hat.[4] Das Spektrum an Konzepten, bezüglich möglicher Ursachen für mangelnde Krankheitseinsicht, reicht dabei von der Theorie eines psychologischen Verteidigungsmechanismus bis zu der eines kognitiven Defizits.[3] In jedem Fall geht mangelnde Krankheitseinsicht damit einher,

dass die Wahrnehmung eines Individuums von sich selbst in deutlichem Ausmaß von derjenigen seiner Umwelt und seines Kulturkreises abweicht.[3]

David stellte 1990 fest, dass die Krankheitseinsicht kein dichotomes Phänomen ist und nicht entweder vorhanden oder auch nicht vorhanden ist. Vielmehr gehen drei verschiedene Dimensionen in die Krankheitseinsicht ein. Dies sind das Eingeständnis geistig krank zu sein, die Behandlungcompliance, sowie die Fähigkeit, ungewöhnliche Erfahrungen, wie zum Beispiel Halluzinationen, als krankhaft deuten zu können.[15] Die Erhebung der Krankheitseinsicht im psychiatrischen Umfeld ist insofern von großer Bedeutung, da sie Einfluss hat auf die Medikamentenadhärenz, mögliche Gefährdung anderer, Suizidalität und Prognose.[12]

Amador et al. (1991) beschreiben fünf Kategorien der Messung der Krankheitseinsicht:

- 1) Klinische Beschreibung von freien Antworten (z.B. spontanes Verhalten der Patienten)
- 2) Klinische Beschreibung von freien Antworten nach einem kontrollierten Stimulus
- 3) Systematische Bewertung von freien Antworten anhand eines Scores
- 4) Systematische Bewertung von freien Antworten nach einem kontrollierten Stimulus anhand eines Scores
- 5) Multiple Choice [3]

Zur Messung der Krankheitseinsicht wurden im Rahmen dieser Studie die drei bereits beschriebenen Instrumente verwendet, zum einen die Birchwood Insight Scale (Birchwood et al. 1994) und die Cognitive Insight Scale von Beck et al. (2004) als Selbstratingtools, sowie ein Fremdrating der behandelnden Ärzte zur Krankheitseinsicht ihrer Patienten, das die Bewertungskala des SUMD von Amador et al. (1993) enthielt.

Die Birchwood Insight Scale deckt die drei Dimensionen der Krankheitseinsicht nach David (1990) ab und ist einfach aufgebaut, sodass sie folglich auch bei schwer kranken Patienten zur Messung der Krankheitseinsicht eingesetzt werden kann.[12] Außerdem besitzt sie eine gute Konstruktvalidität und ist sehr sensitiv bei der Abbildung von im Behandlungsverlauf zunehmender Krankheitseinsicht.[12]

Trotzdem ist es vor allem für wiederholt erkrankte Patienten auch denkbar, dass im Sinne der doppelten Buchführung und sozialen Erwünschtheit bewusst eher Antworten angekreuzt wurden, die einer guten Krankheitseinsicht entsprechen, die jedoch nicht notwendigerweise das wahre Ausmaß der Krankheitseinsicht des Patienten abbilden.

Bei der Verwendung der Beck Cognitive Insight Scale muss zudem beachtet werden, dass diese nicht die Krankheitseinsicht der Patienten im eigentlichen Sinne oder ihre drei Dimensionen nach David (siehe oben) erfragt. Die Skala differenziert zwischen der self-confidence (in etwa Selbst-Überzeugtheit, Anm. d. Autorin) und der self-reflectiveness (in etwa Selbst-Reflektiertheit, Anm. d. Autorin). Sie stellt damit ein zur Birchwood Insight Scale komplementäres Untersuchungsinstrument dar, indem kognitive Prozesse, die im Verlauf des Zugewinns an Krankheitseinsicht eine Rolle spielen, mit berücksichtigt werden. Dies sind ein "Sich-Distanzieren", Objektivität, Perspektive und Selbstkorrektur.[11] Es war auffällig, dass die Beck Cognitive Insight Scale weniger gut ausgefüllt wurde, als die Birchwood Insight Scale und bei der Auswertung auch mehr fehlende Werte aufwies. Dies mag wohl zum Teil daran liegen, dass die Fragen in ihrer Struktur und ihrem Inhalt etwas komplexer sind. Zum Teil ist wohl auch die Tatsache mitschuldig, dass die Beck Cognitive Insight Scale das dritte von insgesamt drei Blättern zur Fragebogeneinheit Krankheitseinsicht / Compliance darstellte, den die Patienten jeweils vor und nach 4 Wochen Kunsttherapie ausfüllen sollten.

2.6.3 Messung der Compliance

Mangelnde Compliance ist eines der größten Probleme bei der medikamentösen Behandlung psychischer Krankheiten. Noncompliance wird dabei definiert als eine Nichteinnahme der Medikamente an mehr als 30% der Tage eines Monats.[53] Die Gründe für mangelnde Medikamentencompliance sind vielfältig. Pitschel-Walz et al. benennen speziell für schizophrene Patienten als Einflussfaktoren unter anderem ein Informationsdefizit, mangelnde Krankheitseinsicht, kognitive Defizite, die Psychopathologie des Patienten, eine negative Einstellung, Nebenwirkungen oder die Angst vor Nebenwirkungen, sowie eine schlechte Arzt-Patienten-Beziehung.[50] Bei Patienten mit Schizophrenie und oraler antipsychotischer Medikation beträgt die

Rehospitalisierungsrate innerhalb des ersten Jahres 42% ([65] nach [50]). Durch eine erhöhte Anzahl an Rehospitalisierungen stellt die Noncompliance somit auch einen erheblichen Kostenfaktor im Gesundheitssystem dar.[35] Die Messung der Compliance hat im klinischen Setting also große Bedeutung. Dafür gibt es nach Thompson et al. drei Hauptmethoden. Diese sind Selbstrating, das Zählen von Pillen, sowie biologische Nachweismethoden. Unter diesen ist das Selbstrating die effektivste und günstigste Methode, obwohl die Compliance damit tendenziell eher überschätzt wird.[69] Bisher gibt es allerdings noch keine optimale Methode zur Messung der Compliance, weswegen oft verschiedene Ansatzpunkte wie Selbstrating durch den Patienten, Fremdrating durch den Arzt oder das Bestimmen von Plasmaspiegeln kombiniert werden.[50] Nach Basan et al. ist die Einschätzung der Ärzte zur zukünftigen Compliance ihrer Patienten der beste Prädiktor für einen späteren Behandlungsabbruch. ([7] nach [50])

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde sowohl ein Selbstrating durch die Patienten (MARS, Thompson et al. 2004), als auch ein Fremdrating durch die behandelnden Ärzte (Compliance-Rating, Pitschel-Walz et al. 2006) durchgeführt, um eine Bewertung der Compliance aus zwei verschiedenen Perspektiven zu erhalten.

Zur Messung der Medikamentenadhärenz wurde in dieser Studie der MARS (Medication Adherence Rating Scale) von Thompson et al. (2004) verwendet. Da die Compliance, ähnlich wie die Krankheitseinsicht, kein Alles-oder-Nichts-Phänomen ist, ist es angemessen sie anhand einer Skala zu messen und so eine graduelle Abstufung zu ermöglichen.[69] Ein kritischer Einwand, den man bei Verwendung des MARS bedenken sollte ist, dass seine Validierung in der Originalpublikation anhand eines Vergleiches mit dem Plasmaspiegel von Mood Stabilizern erfolgte. Mögliche Verzerrungen durch unterschiedliche metabolische Faktoren und angekündigte Blutentnahmen können die Autoren nicht ausschließen.[69] Dennoch scheint der MARS eine ausreichende Validität zu haben und ist einfach in der Anwendung. Da der MARS mit 10 Items relativ kurz ist und auch nur eine dreistufige Bewertungsskala besitzt, kann er von den Patienten in vergleichsweise kurzer Zeit bearbeitet werden. Dies mag auch die Ursache sein, dass der MARS gut von den Patienten ausgefüllt wurde und es verhältnismäßig wenige fehlende Werte gab.

Zur Beurteilung der Compliance durch die behandelnden Ärzte wurde auf dem Fragebogen "Fremdbeurteilung durch die behandelnden Ärzte" der den Ärzten zu

Beginn, sowie am Ende des Untersuchungsintervalls ausgegeben wurde, eine ordinalskalierte 4-stufige Bewertungsskala zur Compliance angegeben. Diese besaß die Ausprägungen "Sehr gut", "Gut", "Mäßig" und "Schlecht" und orientierte sich an dem "Compliance Rating", das von Pitschel-Walz et al. 2006 im Rahmen der Münchner PIP-Studie (= Psychosis-information-project) entwickelt wurde.[50] Das Compliance-Rating eignet sich sowohl bei oraler, als auch bei Depotmedikation.

2.6.4 Ablauf der Studie

Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich über vier Wochen. Es wurde versucht, die Patienten möglichst zu Beginn der Kunsttherapie in die Studie einzuschließen. Je nach Symptombelastung des Patienten war dies nicht immer möglich, oft musste noch etwas zugewartet werden, bis die Patienten fähig waren, die Fragebögen adäquat auszufüllen. Deswegen kam es zu leichten Abweichungen des Einschlusszeitpunkts der Patienten. Des Weiteren war ein Problem, dass viele Patienten nicht über einen konstanten Zeitraum von 4 Wochen in der Kunsttherapie verblieben. Häufig wurden Patienten früher entlassen, auf eine andere Station verlegt, oder nahmen statt an der Kunst- nur noch ausschließlich an der Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie teil. Aus diesem Grund musste das Beobachtungsintervall bei einigen wenigen Patienten leicht verkürzt werden. Hingegen wären bei einem Untersuchungszeitraum länger als 4 Wochen eventuell deutlichere Unterschiede zwischen dem Prä- und dem Post-Zeitpunkt aufgetreten.

Da Patienten von 4 verschiedenen Stationen an der Untersuchung teilnahmen, wurde die "Beurteilung durch die behandelnden Ärzte" vom jeweiligen behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin ausgefüllt, wodurch interindividuelle Unterschiede bei der Beurteilung denkbar wären. Genauso verhielt es sich mit dem TNKT, der von der jeweiligen für den Patienten zuständigen Kunsttherapeutin ausgefüllt wurde, wodurch wieder systematische Unterschiede nicht sicher ausgeschlossen werden können. Optimal wäre wohl eine konstante Beurteilung durch einen Arzt / eine Ärztin, sowie einen Kunsttherapeuten / eine Kunsttherapeutin. Damit ließe sich ein systematischer Beobachterbias ausschließen. Dies ist jedoch für ein größeres Kollektiv, das sich aus verschiedenen Stationen rekrutiert, nur schwer zu realisieren und würde einen sehr langen Untersuchungszeitraum bedingen.

Weiterhin gilt es zu bedenken, dass die Kunsttherapie am rechts der Isar meist als erstes niedrigschwelliges Therapieangebot genutzt wird. Im Verlauf der Behandlung und mit Besserung der Symptomatik werden Patienten oft in die Beschäftigungs- oder Ergotherapie weitergeleitet und nehmen dann, manchmal parallel zur Kunsttherapie, oft jedoch ausschließlich an diesen Therapien teil. Folglich kann nicht ausgeschlossen werden, dass nicht ein Selektionsbias zugunsten der kränkeren Patienten in dieser Untersuchung vorlag, was sich eventuell auch auf die Selbst- und Fremdbeurteilung von Krankheitseinsicht und Compliance ausgewirkt haben könnte. Um dies zu vermeiden, wäre bei zukünftigen Studien eine Vergleichsgruppe aus Patienten zu erwägen, die ausschließlich an der Beschäftigungs- oder Ergotherapie teilnehmen. Den Rahmen dieser Untersuchung hätte dies jedoch gesprengt.

2.7 Umgang mit fehlenden Werten

Aufgrund der Vielzahl der verwendeten Untersuchungsinstrumente und des Beobachtungszeitraumes über 4 Wochen kam es bei allen Fragebögen zu fehlenden Werten. Dies ist insofern problematisch, da es zu einem Verlust an Effizienz bei der Schätzung der Parameter führt, der Umgang mit den Daten erschwert wird, da die statistischen Standardverfahren vollständige Datensätze erwarten und die Gefahr verzerrter Parameterschätzungen besteht, da zwischen den beobachteten und fehlenden Daten eventuell systematische Unterschiede bestehen.[37]

Für die meisten Variablen wurde zum Umgang mit den fehlenden Werten der fallweise Ausschluss gewählt. Obwohl dieses Verfahren die Gefahr birgt, systematische Parameterverzerrungen zu erhalten und zu verringerter Stichprobengröße führt [37], wurde es aufgrund der Menge und Heterogenität der Variablen gewählt.

Zur Berechnung von Korrelationen und Kovarianzen wurde der paarweise Ausschluss angewendet. Das heißt, es gingen nur paarweise Variablen in die Berechnungen ein, die beide vollständige Werte hatten.

Bezüglich der Scores zur Kunsttherapie-Zufriedenheit fiel die Entscheidung für eine Single Mean Imputation. Wichtig zu erwähnen ist hierbei, dass fehlende Werte jeweils durch den Mittelwert des beobachteten Falls ersetzt wurden (Mean Substitution), nicht wie häufig durchgeführt, durch den Mittelwert der Variable. Dadurch bleibt nicht nur der Mittelwert der Variable unverändert, sondern auch die Varianz der Variable bleibt größtenteils erhalten. Die Größe des verfügbaren Datensatzes nimmt in Folge dessen zu. Die relativ geringe Anzahl der fehlenden Werte legitimiert diese Art der Imputation.

2.8 Statistische Methoden

2.8.1 Eingabe der Daten in SPSS

Zur Eingabe und Analyse der Daten diente das Programm IBM SPSS Statistics Version 20 für Windows.

Für intervallskalierte Daten wurde der Mittelwert, die Standardabweichung (SD) sowie die insgesamt in die Berechnung eingegangene Anzahl der Patienten (n) angegeben.

Für nominal- und ordinalskalierte Daten wurden jeweils die absolute und relative Häufigkeit, sowie die in die Berechnung eingegangene Anzahl der Patienten angegeben.

2.8.2 Faktorenanalyse und Prüfung auf interne Konsistenz

Es wurden zwei Scores aus den selbst entwickelten Fragebögen berechnet. Zum einen war dies der Kunsttherapie-Zufriedenheitsscore, zum anderen der Kunsttherapie-Compliance-Score.

Im Rahmen der Reliabilitätsanalyse wurde Cronbachs alpha berechnet. Cronbachs alpha wurde erstmals von Cronbach L. 1951 beschrieben [14], und ist nicht, wie oft fälschlicherweise behauptet ein Maß für Homogenität oder Unidimensionalität einer Skala, sondern weist nach, ob ein Messinstrument interne Konsistenz besitzt.[64]

Beide Scores wurden mit einer Faktorenanalyse auf Unidimensionalität überprüft. Die Faktorenanalyse ist eine Methode der multivariaten Statistik und dient dazu, aus mehreren Variablen eines Scores einen oder einige wenige zugrunde liegende Hauptkomponenten zu isolieren. Zur Identifikation dieser Hauptkomponenten wurden zwei Methoden verwendet: die Eigenwerte und der Scree-Plot. Der Eigenwert einer Hauptkomponente "beschreibt den Anteil der Gesamtvarianz in den Daten, die durch diese Komponente erklärt wird" [25] und entspricht damit dem Erklärungswert der Hauptkomponente. Berücksichtigt wurden nur solche Hauptkomponenten, die einen Eigenwert größer als 1 haben, da Hauptkomponenten mit geringerem Eigenwert einen geringeren Erklärungswert als die ursprüngliche Variable haben.[25] Auch im Scree-Plot werden die Eigenwerte der Hauptkomponenten verwendet. Durch eine

Linie verbunden werden alle Hauptkomponenten verwendet, die links der Knickstelle liegen.[25] Anhand der Komponentenladungsmatrix wurde nun betrachtet, wie stark die jeweiligen Variablen auf einer Komponente laden.[25]

2.8.3 Überprüfung der Normalverteilung

Da viele Tests, wie der t-Test oder die einfaktorielle Varianzanalyse, Normalverteilung als Voraussetzung haben, wurde zur Überprüfung derjenigen im Vorfeld der Kolmogorov-Smirnoff-Test (K-S-Test) durchgeführt. Der K-S-Test ist besonders bei kleinen Stichprobenumfängen sehr gut zur Überprüfung der Normalverteilung geeignet und kann bei stetigen und diskreten Verteilungen angewandt werden.[52]

2.8.4 Chi-Quadrat-Test

Der Chi-Quadrat-Test wurde verwendet zur Analyse des Zusammenhanges zwischen zwei kategorialen, qualitativen Variablen. Der Chi-Quadrat-Test vergleicht die erwarteten und beobachteten Häufigkeiten miteinander. Das Maß, das die Größe dieser Abweichungen beschreibt wird, nach dem Erstbeschreiber Karl Pearson, als Pearson X^2 bezeichnet.[25] Ist der Unterschied zwischen erwarteten und berechneten Häufigkeiten groß, spricht dies für das Vorhandensein eines tatsächlichen Unterschiedes und die Nullhypothese sollte abgelehnt werden.[10] Bei der Ergebnisdarstellung wurden jeweils vier Werte angegeben, zum einen das bereits erwähnte Pearson X^2 , außerdem die Anzahl der Freiheitsgrade ($df = \text{degrees of freedom} = \text{Anzahl der Kategorien} - 1$), die Asymptotische Signifikanz (p) [25] und die Anzahl der in die Untersuchung eingegangenen Patienten. Voraussetzung für die Verwendung des Chi-Quadrat-Testes ist, dass die erwartete Häufigkeit in höchstens 20% der Zellen kleiner als 5 ist. [10]

2.8.5 Exakter Test nach Fisher

Sind die erwarteten Häufigkeiten in mehr als 20% der Zellen kleiner als 5, so ist es möglich, für Vierfeldertafeln einen Exakten Test nach Fisher durchzuführen.[25] Es wurden bei der Ergebnisdarstellung im Rahmen dieser Studie erneut vier Werte angegeben. Zum einen der Wert der Abweichung der erwarteten von den gemessenen Häufigkeiten nach Fisher Exakt, die Anzahl der Freiheitsgrade (df), die Asymptotische Signifikanz (p) und die Anzahl der untersuchten Patienten (n).

2.8.6 McNemar-Test

Der McNemar-Test für verbundene Stichproben wurde berechnet, um eine 2x2-Tabelle im zeitlichen Verlauf zu untersuchen. Es werden dabei die Anteile zweier Gruppen zu zwei Zeitpunkten untersucht. Die Nullhypothese würde lauten, dass die Verteilung in beiden Gruppen 50% beträgt. Anhand eines Anteilstests mit den Häufigkeiten der Gegendiagonale wird eine eventuell vorliegende Abweichung von 50% untersucht.[25] Angegeben wurden die asymptotische Signifikanz, sowie die Anzahl der in die Untersuchung eingegangenen Patienten.

2.8.7 Pearson Produkt-Moment-Korrelation und Spearman Rangkorrelation

Zur Untersuchung der des Zusammenhanges zweier metrischer und normalverteilter Variablen wurde die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson durchgeführt. Vorangestellt wurde immer eine grafische Begutachtung anhand eines Streudiagramms, da eine Korrelation bei nicht-linearem Zusammenhang nicht sinnvoll ist.[52] Außerdem konnten so Ausreißer identifiziert werden. Angegeben wurden hierbei der Pearson Korrelationskoeffizient (r), die 2-seitige Signifikanz (p), sowie die Anzahl der untersuchten Patienten (n). Je größer der Absolutbetrag des Korrelationskoeffizienten ist, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen den Variablen. Das Vorzeichen gibt an, ob es sich um einen positiven oder negativen Zusammenhang handelt.[25]

War mindestens eine der zu korrelierenden Variablen nur ordinalskaliert und/oder nicht normalverteilt, wurde eine Rangkorrelation nach Spearman berechnet.[52] Dies funktioniert nach dem Prinzip, dass den Ursprungsdaten Ränge zugeordnet werden, anhand derer dann der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet wird.[25] In der Ergebnisdarstellung wurden hierbei der Spearman-Korrelationskoeffizient (Spearman-Rho = r), die zweiseitige Signifikanz, sowie die Anzahl der in die Korrelation eingegangenen Patienten (n) angegeben.

2.8.8 Mittelwertsvergleich für unverbundene Stichproben: t-Test, Mann-Whitney-U-Test und Kruskal-Wallis-Test

Zum Vergleich der Mittelwerte zweier Stichproben (z.B. Geschlecht männlich oder weiblich) wurde der T-Test für unverbundene Stichproben berechnet. Voraussetzung für diesen Test sind Normalverteilung und Varianzhomogenität, das heißt, die Varianzen beider Variablen dürfen sich nicht signifikant voneinander unterscheiden.[52] SPSS führt zur Überprüfung dieser Varianzhomogenität als Voreinstellung den Levène-Test der Varianzgleichheit durch. Anschließend darf der t-Test zur Überprüfung etwaiger Unterschiede der Mittelwerte beider Gruppen durchgeführt werden. Es wird jeweils ein t-Test für die Annahme gleicher und ungleicher Varianzen berechnet. Je nach Ergebnis des Levène-Testes wird das eine oder das andere Ergebnis interpretiert.[25] Angegeben werden bei der Ergebnisbeschreibung die zweiseitige Signifikanz (p), sowie die Anzahl der untersuchten Patienten.

Lag keine Normalverteilung vor, sollte zwischen zwei Gruppen aber dennoch ein Mittelwertsvergleich durchgeführt werden, so wurde der Mann-Whitney-U-Test als Vertreter der nichtparametrischen Tests gewählt. Hierbei werden den eigentlichen Werten Rangzahlen zugeteilt. Anschließend wird die Verteilung der mittleren Rangzahlen untersucht.[25] Angegeben wurden bei der Ergebnisdarstellung das Mann-Whitney-U als Wert des Testergebnisses, sowie die zweiseitige Signifikanz (p) und die Anzahl in die Untersuchung eingegangenen Patienten.

Zur Analyse der Mittelwerte in mehreren Gruppen (z.B. Diagnosegruppen), in denen keine Normalverteilung vorliegt, wurde der Kruskal-Wallis-Test für unverbundene Stichproben verwendet. Das Prinzip ist das gleiche wie beim Mann-Whitney-U-Test.

Den ursprünglichen Untersuchungsergebnissen werden Rangzahlen zugeordnet, anhand derer eine Varianzanalyse berechnet wird. Die Alternativhypothese des Kruskal-Wallis-Tests lautet, dass mindestens zwei der Gruppen in der Lage verschobene Verteilungen, also unterschiedliche Mediane haben. Voraussetzung für diesen Test ist, dass bei der abhängigen Variable mindestens Ordinalverteilung vorliegt.[25] Angegeben wurden das Testergebnis, sowie die zweiseitige Signifikanz.

2.8.9 Mittelwertsvergleich für verbundene Stichproben: t-Test, Wilcoxon-Test

Für intervallskalierte Werte, für die Messungen zu zwei Zeitpunkten vorlagen, wurde bei gegebener Normalverteilung der t-Test für verbundene Stichproben durchgeführt. Dieser berechnet den Mittelwert der Differenzen zwischen den Ergebnissen zu beiden Zeitpunkten. Die Nullhypothese ist dabei: "Der "wahre" Mittelwert der Differenzen ist Null", die Alternativhypothese lautet: "Der "wahre" Mittelwert der Differenzen ist ungleich Null" [52].

Lag keine Normalverteilung vor oder war nur Ordinalskalierung gegeben, wurde zum Vergleich der Mittelwerte einer verbundenen Stichprobe der Wilcoxon-Test berechnet. Hierbei werden den Werten Ränge zugeordnet und die Rangplätze der Differenzen betrachtet.[52] Der Wilcoxon Test zählt somit zu den nichtparametrischen Testverfahren.

2.8.10 Einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA)

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung (ANOVA = analysis of variance) wurde verwendet um Gruppenmittelwerte über zwei Zeitpunkte (prä und post) zu untersuchen. Da hier ein varianzanalytisches Verfahren angewendet wird, muss die abhängige Variable intervallskaliert und normalverteilt sein.[52] Mit dieser Analysemethode wird nicht nur untersucht, ob Unterschiede zwischen den Gruppen vorliegen, sondern auch woher diese stammen.[25] So kann zum Beispiel der signifikante Haupteffekt von der untersuchten Variable, (z.B. Geschlecht, d.h. Haupteffekt*Sex) oder vom zeitlichen Verlauf (Haupteffekt*Zeitpunkt) verursacht werden. Ein additives Modell liegt vor, wenn beide Haupteffekte signifikant sind und

sich addieren.[25] Führt lediglich die Kombination aus beiden Faktoren zu einem signifikanten Effekt, so spricht man von einem Wechselwirkungsmodell.[25] Ein Beispiel hierfür wäre zum Beispiel, dass nur "sehr krankheitseinsichtig"/"männlich" als Kombination einen starken Einfluss ausübt. Angegeben wurde jeweils die Art des Effektes, die Signifikanz (p), sowie die Anzahl der untersuchten Patienten.

3. ERGEBNISDARSTELLUNG

Im Folgenden werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchung dargestellt. Zunächst werden die Ergebnisse der Fragebögen zur Kunsttherapie (FKK, FKTprä, FKTpost, TNKT) im Rahmen einer deskriptivstatistischen Auswertung erläutert, anschließend die Ergebnisse der Hypothesentests genauer betrachtet. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden im Text zumeist dichotomisierte Tabellen vorgestellt. Die vollständigen Tabellen mit vierstufigen Wertelabels finden sich jeweils im Anhang.

3.1 Deskriptivstatistische Auswertung der selbst entwickelten Fragebögen

3.1.1 Ergebnisse des FKK (Fragebogen zu Kunst und Kreativität)

Der FKK wurde zu Beginn der Untersuchung ausgegeben und umfasst eine Reihe von Fragen zum kreativen Background der Patienten, zu Kunstinteresse und zu Vorerfahrungen mit Kunsttherapie (siehe Material und Methoden, 2.1.1 FKK (Fragebogen zu Kunst und Kreativität)). Dadurch sollten kunsttherapierelevante Aspekte erfasst werden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der dichotomisierten Items 1 bis 14. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind hier lediglich die Kategorie "eher zutreffend", sowie die Gesamtanzahl angegeben. Das Gesamt-n variiert leicht zwischen 100 und 102.

Tab. 14) **Kreative Interessen** (FKK, Item 1-14)

	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Als Kind habe ich mich gerne kreativ betätigt (malen, basteln,...).	75 (von 101)	74,3%
Meine Eltern haben mich bei meinem gestalterischen Schaffen stets gefördert und anerkannt.	62 (von 102)	60,8%
Meine Eltern sind/waren kreative Menschen.	51 (von 101)	50,5%
Während der Schulzeit ging ich gerne zum Kunstunterricht.	65 (von 100)	65,0%
In meiner Freizeit male und/oder zeichne ich gerne.	33 (von101)	32,7%
In meiner Freizeit gehe ich gerne in Museen oder schaue mir gerne Kunstbände an.	50 (von 102)	49,0%
In meiner Freizeit gehe ich gerne in Konzerte oder Theateraufführungen (Oper, Musical, Ballett,...).	46 (von 102)	45,1%
In meiner Freizeit tanze ich gerne	42 (von 100)	42,0%
In meiner Freizeit bastle ich gerne (Handarbeiten, Basteln, Heimwerken, Schmuckherstellung,...).	43 (von 102)	42,2%
In meiner Freizeit singe ich gerne. (z.B. im Chor)	27 (von 101)	26,7%
In meiner Freizeit spiele ich gerne ein Instrument.	23 (von 100)	23,0%
In meiner Freizeit beschäftige ich mich gerne mit Literatur (Lesen, Schreiben,...).	67 (von 101)	66,3%
Kunst oder künstlerische Betätigung wirken sich positiv auf meine Lebensfreude aus.	69 (von 101)	68,3%
Kunst oder künstlerische Betätigung wirken sich positiv auf meine Stimmung aus.	66 (von 100)	66,0%

Die Items 1-4 sollten die kreativen Erfahrungen und Förderungen in der Kindheit abbilden. 74,3% der Patienten gaben an, sich als Kind gerne kreativ betätigt zu haben. 60,8% seien dabei auch von ihren Eltern gefördert worden. Die eigenen Eltern bezeichnete in etwa die Hälfte der Patienten (50,5%) als kreative Menschen. 65,5% der Studienteilnehmer gab an, gerne zum schulischen Kunstunterricht gegangen zu sein. Besonderes Augenmerk galt den Items 5 - 12 des FKK (Abb.1).

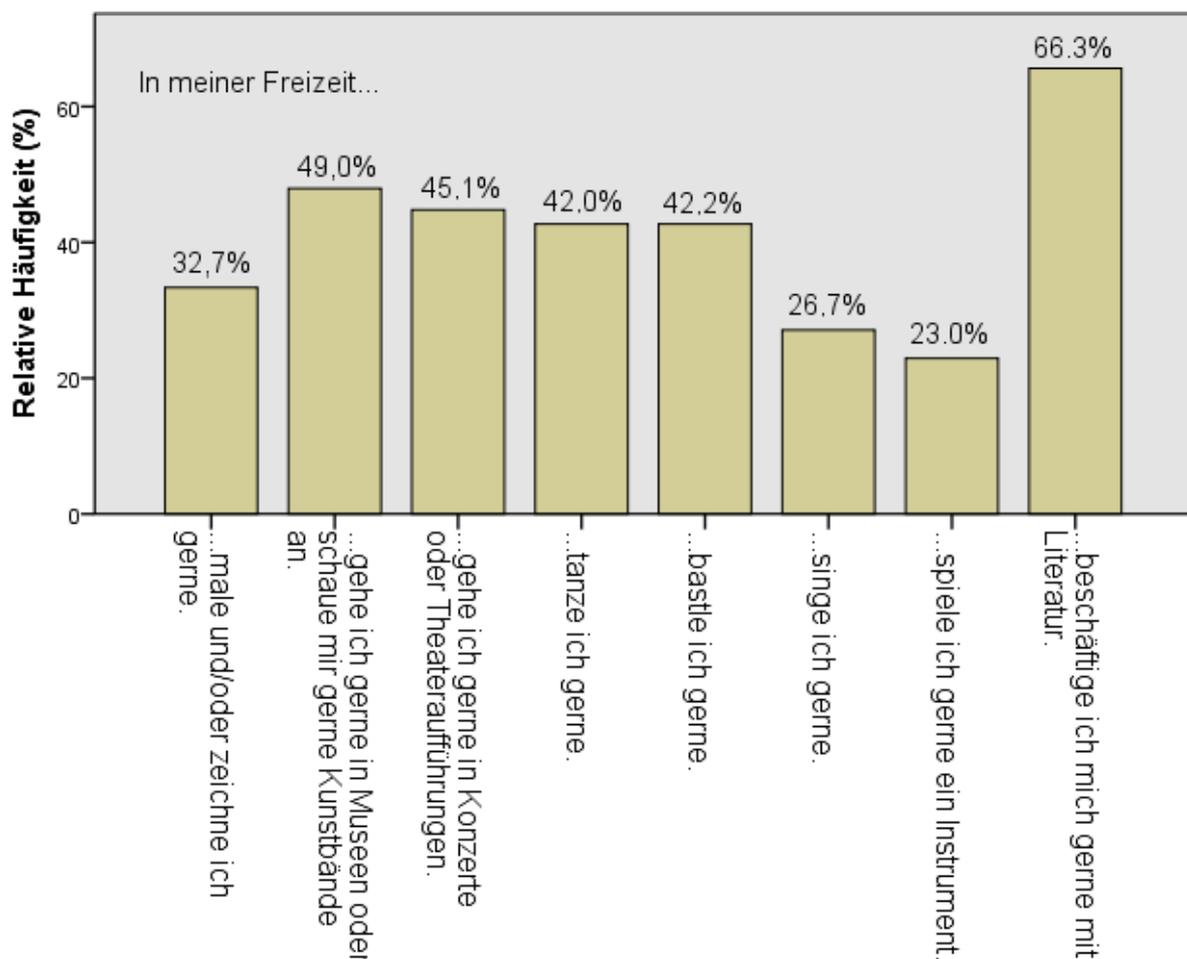
Mit ihnen sollte der Stellenwert des bildnerischen Schaffens und verwandter kreativer Tätigkeiten im Rahmen der Freizeitgestaltung der Patienten erfasst werden. Knapp ein Drittel (32,7%) der Patienten stimmten der Aussage "In meiner Freizeit male und/oder zeichne ich gerne." zu, zwei Drittel (67,3%) verneinten dies. Die passive Rezeption von Kunst durch Museumsbesuche und Bildbetrachtung gaben mit 49% knapp die Hälfte der Patienten als beliebte Freizeitbeschäftigung an.

45,1% der Studienteilnehmer besuchen laut eigener Angabe gerne Konzerte oder Theateraufführungen. Selbst Musik machen dabei 26,7% (Singen) bzw. 23% (Instrument). 42% der Patienten gaben an, in ihrer Freizeit gerne zu Tanzen.

Kreative Handarbeit nannten 42,2% der Patienten als beliebte Freizeitbeschäftigung und Literatur 66,3%.

Unabhängig von der eigenen kreativen Produktion gaben über zwei Drittel der Patienten an, dass sich Kunst und künstlerische Betätigung positiv auf ihre Lebensfreude (68,3%) und ihre Stimmung (66,0%) auswirken würde.

Abb. 1) **Freizeitbeschäftigung** (FKK, Item 5-12)



Im Kollektiv ist ein Vorzug von eher passiv-rezeptiven Methoden wie Literatur lesen, Museums- und Konzertbesuche, gegenüber aktiv-kreativen Interventionen wie selber malen, singen oder ein Instrument zu spielen festzustellen.

Weiterhin beinhaltete der FKK die Frage, ob die Patienten einen oder mehrere Lieblingskünstler hätten, um ein zusätzliches konkretes Interesse an Kunst zu eruieren. Von 102 Patienten beantworteten 42% dies mit "ja".

Des Weiteren wurde nach der repräsentativen Note im schulischen Kunstunterricht gefragt. Die durchschnittlich angegebene Schulnote war 2,2 (SD = 0,954).

Im zweiten Teil sollten bisherige Erfahrungen mit Kunsttherapie eruiert werden. 71% der Patienten gaben an, schon einmal an einer Kunsttherapie teilgenommen zu haben, für 29% war dies der erste Kontakt mit der Kunsttherapie (n=102).

Durchschnittlich beurteilten die Patienten ihre bisherigen Erfahrungen mit Kunsttherapie mit der Note 2,4 (SD = 1,153).

Die Frage, ob sie sich auch vor ihrem derzeitigen Klinikaufenthalt schon kreativ betätigt hätten, bejahten 46% der Patienten.

3.1.2 Ergebnisse des FKT (Fragebogen zur Kunsttherapie)

Der FKT wurde den Patienten sowohl zu Beginn, als auch nach vier Wochen Teilnahme an der Kunsttherapie gegeben. Ziel des Fragebogens war es, die Meinung der Patienten zu eruieren bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem Setting, den Auswirkungen und Möglichkeiten der Kunsttherapie, sowie der Stellung der Kunsttherapie im Behandlungskontext. Der FKT wurde zum ersten Messzeitpunkt von 90 Patienten, zum zweiten Messzeitpunkt von 79 Patienten ausgefüllt. Schwankungen bei der Zahl der beantworteten Items ergeben sich vor allem bei den Items des Fragebogens bei denen es um den Vergleich der verschiedenen Therapieformen ging, da nicht alle Patienten auch an allen Therapien teilnahmen, bzw. nicht auf allen Stationen alle Therapien angeboten wurden.

3.1.2.1 Zufriedenheit mit der Kunsttherapie

Zunächst wurde nach der Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten des kunsttherapeutischen Settings gefragt. Zu bewerten waren der Raum, in dem die Kunsttherapie stattfindet, die Materialausstattung, die Dauer einer Einheit, die Themenstellungen, die Betreuung durch die Kunsttherapeutin, die Möglichkeit ein eigenes Thema vorzuschlagen, die Zufriedenheit mit den eigenen Werken, die Nachbesprechung, das Aufhängen der Bilder im Stationsbereich, sowie der Kontakt zu den Mitpatienten und die allgemeine Zufriedenheit mit der Kunsttherapie.

Die folgende Tabelle zeigt einen Vergleich der dichotomisierten Ergebnisse des FKT prä, also zu Beginn der Kunsttherapie, sowie post, das heißt nach 4 Wochen Kunsttherapie. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde lediglich die Ausprägung "zufrieden" ("ausgesprochen zufrieden"/"überwiegend zufrieden") dargestellt, sowie die absolute Häufigkeit, mit der das betreffende Item ausgefüllt wurde. (Die vollständige Tabelle befindet sich im Anhang.)

Tab. 15) **Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten der Kunsttherapie**
(FKT prä / post)

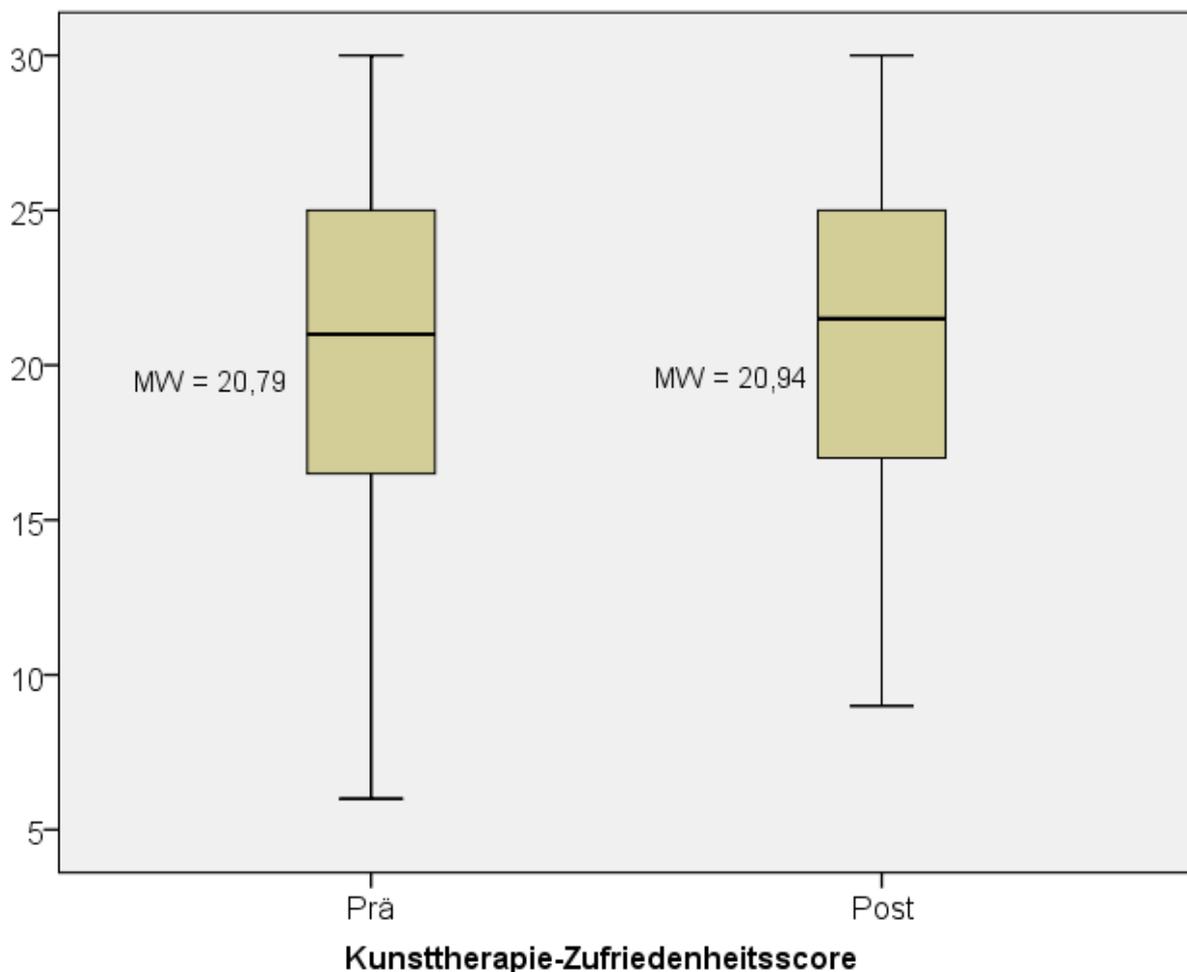
	Prä		Post	
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Raum für die Kunsttherapie	67 (von 90)	74,4%	60 (von 79)	75,9%
Ausstattung mit Material	81 (von 90)	90,0%	69 (von 79)	87,3%
Dauer der Kunsttherapie	69 (von 90)	76,7%	63 (von 79)	79,7%
Themenstellungen in den KT-Stunden	63 (von 88)	71,6%	59 (von 78)	75,6%
Betreuung durch die Kunsttherapeutin	76 (von 90)	84,4%	67 (von 79)	84,8%
Möglichkeit ein eigenes Thema zu nennen	76 (von 87)	87,4%	62 (von 76)	81,6%
Zufriedenheit mit den eigenen Werken bei der Kunsttherapie	58 (von 90)	64,4%	51 (von 79)	64,6%
Nachbesprechung	64 (von 89)	71,9%	54 (von 79)	68,4%
Das Aufhängen der Bilder im Stationsbereich	68 (von 90)	75,6%	63 (von 79)	79,7%
Kontakt zu Mitpatienten während der Kunsttherapie	65 (von 88)	73,9%	58 (von 79)	73,4%
Allgemeine Zufriedenheit mit der Kunsttherapie	70 (von 90)	77,8%	64 (von 79)	81,0%

Es fällt auf, dass die Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten der Kunsttherapie zum Post-Zeitpunkt hin bei den meisten Items tendenziell eher zunimmt. Lediglich bei den Items "Kontakt zu Mitpatienten während der Kunsttherapie", "Nachbesprechung", "Möglichkeit ein eigenes Thema zu nennen" sowie "Ausstattung mit Material" gibt es zum zweiten Zeitpunkt eine leichte Abnahme der Zufriedenheit. Bezüglich der allgemeinen Zufriedenheit mit der Kunsttherapie ist zum zweiten Untersuchungszeitpunkt eine Zunahme um 3,3% zu verzeichnen.

Kunsttherapie-Zufriedenheits-Score (KTzuf-Score)

Aus den Items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 und 11 zur Zufriedenheit mit der Kunsttherapie wurde ein Gesamtscore berechnet. Nach Durchführung einer Faktorenanalyse wurde ersichtlich, dass alle Items bis auf Item 7 hinreichend unidimensional sind (siehe 3.2 Ergebnisse der Faktorenanalyse). Zur Überprüfung der Reliabilität wurde in SPSS die Interne Konsistenz nach der Kuder-Richardson-Formel berechnet. Cronbach's alpha ergab einen Wert von 0,761 und somit eine akzeptable interne Konsistenz. Damit schien eine Verwendung des Scores für weitere Berechnungen möglich. Der KT-Score kann Werte zwischen 0 und 30 annehmen. Durchschnittlich ergab sich Prä ein Wert von 20,79 ($n=90$, $SD=5,713$) und Post von 20,94 ($n=79$, $SD=5,473$).

Abb. 2) **KT-Zufriedenheitsscore** (prä / post)



3.1.2.2 Der Stellenwert der Kunsttherapie nach Meinung der Patienten

Die Patienten sollten angeben, welchen Stellenwert die Kunsttherapie für sie besitzt, zum einen im Kontext des Genesungsprozesses und zum anderen für sie ganz persönlich. Des Weiteren wurde gefragt, wie wichtig nach Meinung der Patienten für den behandelnden Arzt die in der Kunsttherapie entstehenden Bilder sind. Auch diese Tabelle wurde dichotomisiert und die Ausprägungen "Ausgesprochen wichtig" und "Überwiegend wichtig" zu "Wichtig", die Ausprägungen "Eher unwichtig" und "Ziemlich unwichtig" zu "unwichtig" zusammengefasst. Zu Beginn der Kunsttherapie fanden 62,5% (Gesamt-n=88) der Patienten, dass die Kunsttherapie wichtig für ihren Genesungsprozess sei, 73,3% (Gesamt-n=90) konstatierten, dass ihnen die Teilnahme an der Kunsttherapie wichtig sei. 29,3% glaubten, dass die Bilder aus der Kunsttherapie für den behandelnden Arzt von Bedeutung seien. Zum zweiten Messzeitpunkt waren mit 64,6% (Gesamt-n=79) etwas mehr Patienten der Meinung, dass die Kunsttherapie wichtig für ihren Genesungsprozess sei. 74,7% (Gesamt-n=79) der Patienten gaben an, dass ihnen die Teilnahme an der Kunsttherapie wichtig sei. Auch hier erfolgte eine leichte Zunahme im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt. 39,4% (Gesamt-n=71) dachten nun, dass für den behandelnden Arzt die Bilder aus der Kunsttherapie wichtig seien, eine deutliche numerische Zunahme im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt (+10,1%).

3.1.2.3 Hilfreiche Aspekte der Kunsttherapie

Neben dem allgemeinen Stellenwert der Kunsttherapie sollten die Patienten noch angeben, welche Aspekte der Kunsttherapie sie als hilfreich empfanden. Zum ersten Messzeitpunkt fanden 58,4% der Patienten die Kunsttherapie als Einstieg in den Tag hilfreich. Ebenfalls 58,4% bezeichneten das Malen in der Gruppe, 57,3% den Austausch über die Bilder und 75,3% die Entspannung durch kreative Betätigung hilfreich. 49,4% empfanden es als hilfreich, Anerkennung für die Bilder zu bekommen. Zum zweiten Messzeitpunkt bewerteten 67,9% der Patienten die Kunsttherapie als Tageseinstieg als hilfreich, was einen leichten Anstieg bedeutete. 62,8% der Patienten dachten nun, dass das Malen in der Gruppe hilfreich sei. 58,2% fanden den Austausch über die Bilder in der Gruppe und 78,5% die Entspannung

durch kreative Tätigkeit hilfreich. Bei der Post-Erhebung bewerteten 57,0% der Patienten es als hilfreich, Anerkennung für die entstehenden Bilder zu bekommen. Alle Kategorien wurden folglich beim zweiten Zeitpunkt als hilfreicher bewertet. Am höchsten bewertet wurde prä und post jeweils das Item "Entspannung durch kreative Betätigung".

3.1.2.4 Auswirkungen der Kunsttherapie

Des Weiteren war von Interesse, welche unmittelbaren Auswirkungen die Kunsttherapie auf die Patienten hat. Dabei wurden zum einen ganz grundlegende Aspekte, wie die ausgleichende Wirkung der Kunsttherapie auf die Stimmungslage abgefragt, zum anderen jedoch auch höher gegriffene Ziele wie eine eventuelle Motivationssteigerung bzgl. der medikamentösen Behandlung mit aufgeführt. Die Items wurden bei der Auswertung dichotomisiert, um eine übersichtlichere Darstellung zu ermöglichen. So wurden die Wertelabels "Ausgesprochen zutreffend" und "Überwiegend zutreffend" zu "Zutreffend", die Ausprägungen "Etwas zutreffend" und "Gar nicht zutreffend" zu "Nicht zutreffend" zusammengefasst. Die folgende Tabelle zeigt die Prä/Post-Ergebnisse. Zur besseren Veranschaulichung sind wieder nur die Ausprägung "Zutreffend", sowie die Anzahl, wie oft das betreffende Item beantwortet wurde, angegeben.

Tab. 16) Auswirkungen der Kunsttherapie (prä / post)

	Prä		Post	
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Die KT trägt zu einer ausgeglichenen Stimmung bei.	53 (von 89)	59,6%	56 (von 79)	70,9%
Durch die KT gewinne ich an Selbstvertrauen.	39 (von 88)	44,3%	43 (von 79)	54,4%
Während der KT fällt es mir leichter mich zu konzentrieren.	52 (von 89)	58,4%	49 (von 79)	62,0%
Während der KT denke ich kaum an meine Krankheit.	58 (von 89)	65,2%	52 (von 79)	65,8%
Durch die in der KT entstehenden Bilder kann ich meine Gefühle ausdrücken.	50 (von 89)	56,2%	51 (von 79)	64,6%
Durch die in der KT entstehenden Bilder kann ich mich anderen mitteilen.	43 (von 89)	48,3%	43 (von 79)	54,4%
Durch die KT in der Gruppe werde ich sicherer im Umgang mit anderen Menschen.	29 (von 89)	32,6%	26 (von 78)	33,3%
Durch die KT werde ich motivierter für die weitere Behandlung.	36 (von 89)	40,4%	32 (von 79)	40,5%
Die KT trägt dazu bei, dass ich mir meiner eigenen Fähigkeiten bewusst werde.	41 (von 88)	46,6%	44 (von 79)	55,7%
Durch die KT können auch meine Angehörigen sehen, dass ich wieder etwas kann.	27 (von 88)	30,7%	22 (von 79)	27,8%
Durch die KT fühle ich mich weniger ängstlich.	25 (von 88)	28,4%	23 (von 78)	29,5%
Durch die KT fühle ich mich hoffnungsvoller.	36 (von 87)	41,4%	34 (von 79)	43,0%
Durch die KT fühle ich mich weniger müde.	36 (von 88)	40,9%	35 (von 79)	44,3%
Die KT hilft mir, die medikamentöse Behandlung besser zu akzeptieren.	23 (von 87)	26,4%	21 (von 78)	26,9%
Die KT hilft mir die psychotherapeutische Behandlung besser zu akzeptieren.	27 (von 83)	32,5%	24 (von 77)	31,2%
Durch die KT bin ich weniger gereizt.	38 (von 88)	43,2%	31 (von 78)	39,7%
Durch die KT fühle ich mich innerlich ruhiger.	50 (von 88)	56,8%	41 (von 77)	53,2%
Durch die Teilnahme an der KT empfinde ich meinen Aufenthalt in der Psychiatrie als weniger diskriminierend.	30 (von 87)	34,5%	31 (von 79)	39,2%
Die KT hilft mir meine Selbstwahrnehmung zu verbessern.	30 (von 69)	43,5%	38 (von 74)	51,4%

Anhand der Tabelle wird ersichtlich, dass beinahe alle Aspekte beim zweiten Beobachtungszeitpunkt als stärker zutreffend bewertet werden. Eine Ausnahme davon bilden die Items "Durch die KT können auch meine Angehörigen sehen, dass ich wieder etwas kann", "Durch die KT bin ich weniger gereizt" und "Durch die KT fühle ich mich innerlich ruhiger", die post weniger häufig als zutreffend angekreuzt wurden. Am stärksten waren die Prä-Post-Unterschiede bei den Items "Die KT trägt zu einer ausgeglichenen Stimmung bei." (+11,3%), "Durch die KT gewinne ich an Selbstvertrauen." (+10,1%), "Durch die in der KT entstehenden Bilder kann ich meine Gefühle ausdrücken." (+8,4%), sowie "Die KT hilft mir meine Selbstwahrnehmung zu verbessern." (+7,9%). Von allen Items wurde "Während der KT denke ich kaum an meine Krankheit." am häufigsten als zutreffend angekreuzt (prä 65,2%, post 65,8%).

3.1.2.5 Die Meinung der Patienten zur Kunsttherapie

Die Patienten sollten in einer Frage mit möglicher Mehrfachantwort angeben, ob sie die Kunsttherapie als "Bereicherung", "Entspannung", "Nette Abwechslung", "eher lästige Verpflichtung" oder als "unnötig" betrachten. (Angegeben sind jeweils die absolute und relative Häufigkeit des betreffenden Items. Das Gesamt-n beträgt zum ersten Untersuchungszeitpunkt 89, zum zweiten 79.)

Tab. 17) **Einstellung zur Kunsttherapie**

Empfinden Sie die Kunsttherapie als...	Prä (n=89)		Post (n=79)	
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
... Bereicherung	46	51,7%	47	59,5%
...Entspannung	47	52,8%	43	54,4%
...nette Abwechslung	44	49,4%	41	51,9%
...eher lästige Verpflichtung	11	12,4%	13	16,5%
...unnötig	5	5,6%	4	5,1%

Es fällt auf, dass die Kunsttherapie eher mit positiven Attributen versehen wird. Ungefähr die Hälfte der Patienten betrachtet die Kunsttherapie als "Bereicherung", "Entspannung" und "Nette Abwechslung". Beim zweiten Untersuchungszeitpunkt wurden die positiven Schlagwörter noch etwas häufiger gewählt. Jedoch bezeichneten bei der Post-Erhebung auch mehr Patienten die Kunsttherapie als "eher lästige Verpflichtung". Etwas mehr als 5% der Patienten gaben Prä und Post an, die Kunsttherapie sei "unnötig".

3.1.2.6 Empfindungen während der Kunsttherapie

Des Weiteren sollte untersucht werden, welche Empfindungen die Patienten während der Kunsttherapie haben. Erneut standen mehrere Antwortmöglichkeiten zur Verfügung, wie "Zufriedenheit", "Stolz", "Freude", "meditative Konzentration", "Langeweile", "Gleichgültigkeit", "Ungeduld", "Ärger", sowie mit "Sonstiges" eine Freitextmöglichkeit. In unten stehender Tabelle sind die Häufigkeiten der im Rahmen der Dichotomisierung zusammengefassten Antworten "Ja" und "Eher ja" abgebildet.

Tab. 18) **Was empfinden Sie während der Kunsttherapie?**

	Prä (n=89)		Post (n=79)	
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Zufriedenheit	46	51,7%	44	55,7%
Stolz	13	14,6%	21	26,6%
Freude	43	48,3%	41	51,9%
Meditative Konzentration	42	47,2%	47	59,5%
Langeweile	10	11,2%	9	11,4%
Gleichgültigkeit	11	12,4%	11	13,9%
Ungeduld	10	11,2%	11	13,9%
Ärger	8	9,0%	6	7,6%

Die positiven Attribute sind stärker besetzt. Am häufigsten gaben die Patienten an während der Kunsttherapie "Zufriedenheit" (prä: 51,7%, post: 55,7%), "Freude" (prä:

48,3%, post: 51,9%) und "meditative Konzentration" (prä: 47,2%, post: 59,5%) zu empfinden. "Stolz" verzeichnete mit 12% die stärkste Zunahme bei der zweiten Erfassung (prä: 14,6%, post: 26,6%). Am wenigsten häufig empfanden die Patienten während der Kunsttherapie "Ärger" (prä: 9%, post: 7,6%).

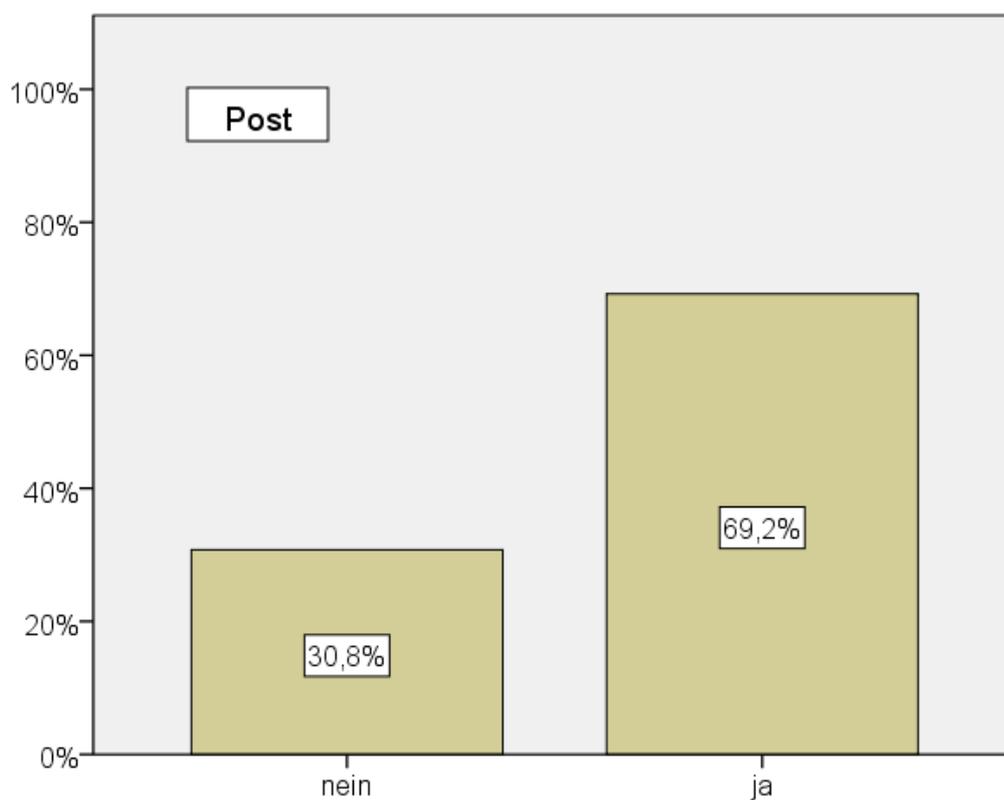
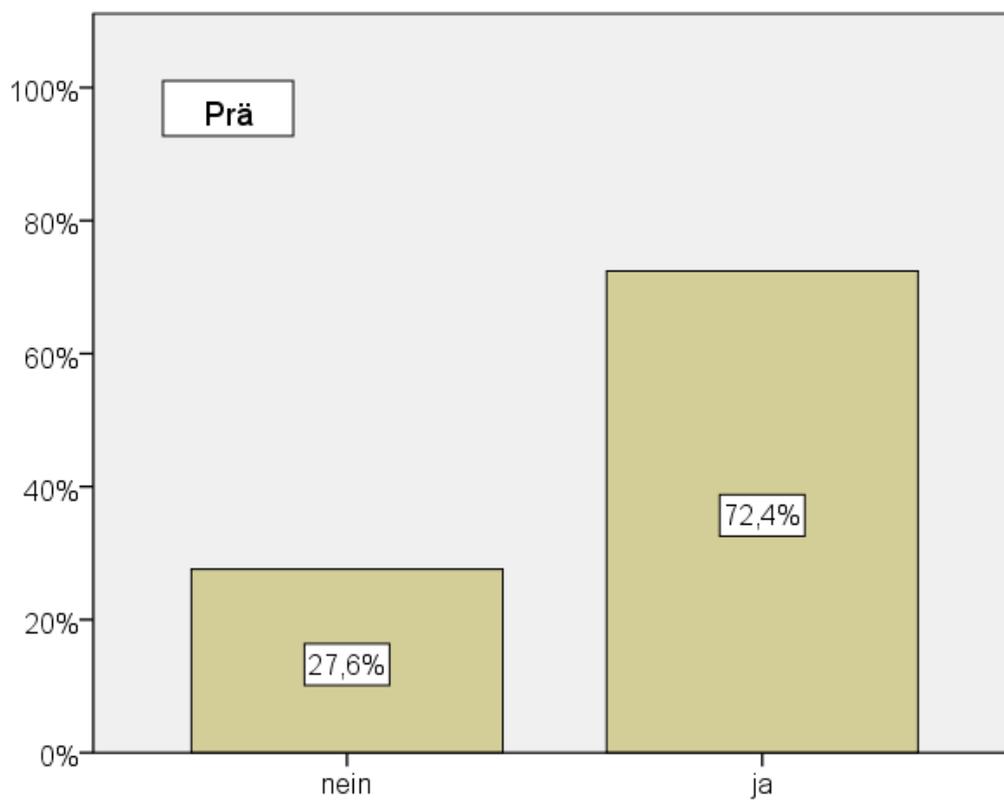
3.1.2.7 Einfluss der Kunsttherapie auf die Symptomatik

Schließlich wurden die Patienten noch gefragt, ob ihrer Meinung nach die Kunsttherapie zur Verbesserung ihrer individuellen Symptomatik beiträgt. Dies beantworteten zu Beginn der Kunsttherapie 75% (n=63) der Patienten mit "ja/eher ja" und 25% (n=24) mit "nein/eher nein". Folglich denken drei Viertel der Patienten, dass die Kunsttherapie eher zur Verbesserung ihrer Symptomatik beiträgt.

Nach 4 Wochen Kunsttherapie beantworteten dies 69,2% (n=54) der Patienten mit "ja/eher ja" und 30,8% (n=24) mit "nein/eher nein".

Die folgende Grafik veranschaulicht o.g. Ergebnisse der Befragung vor und nach 4 Wochen Kunsttherapie. Es fällt eine leichte Verschiebung zu Ungunsten der positiven Ausprägung auf. Jedoch geben zum zweiten Untersuchungszeitpunkt immer noch mehr als zwei Drittel der Patienten an, dass sich die Kunsttherapie positiv auf ihre Symptomatik auswirkt.

Abb. 3) Denken Sie die KT trägt zur Verbesserung Ihrer individuellen Symptomatik bei? (prä / post)



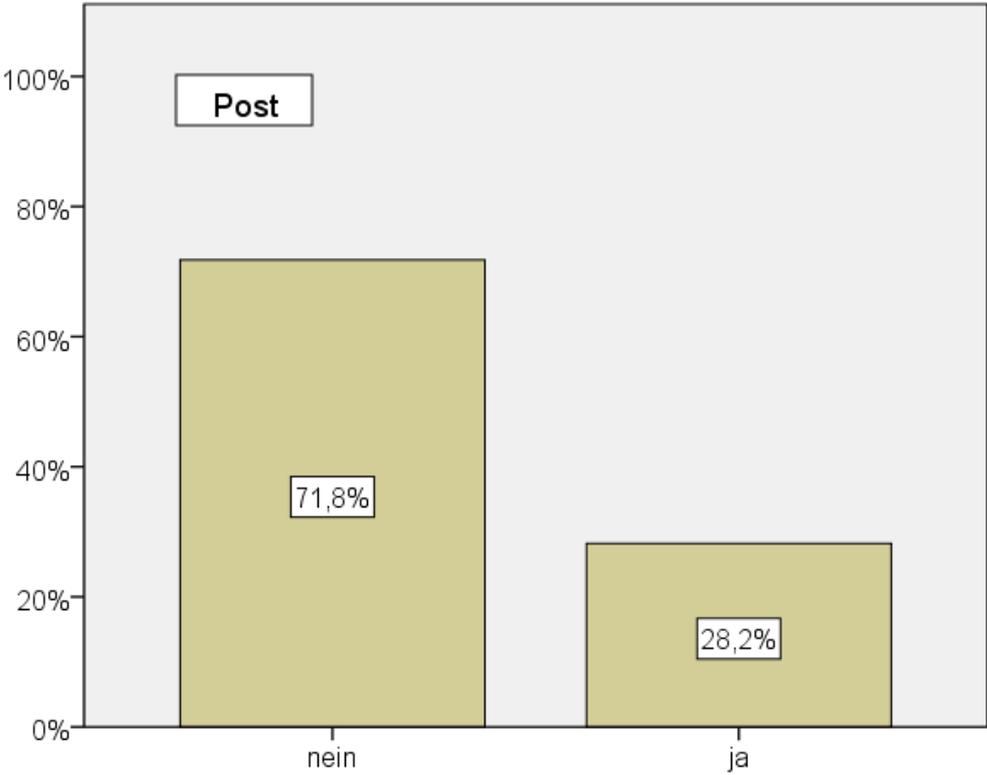
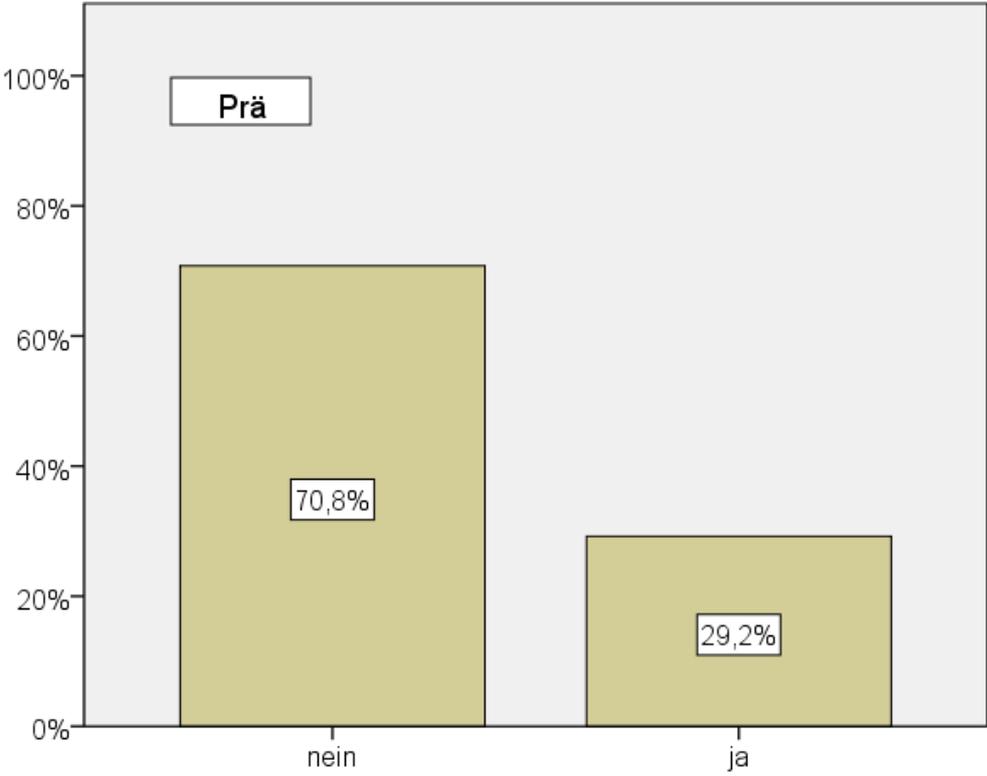
3.1.2.8 Beeinträchtigung der Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie durch die Medikation

99% aller Patienten in diesem Kollektiv bekamen Psychopharmaka, die bekannte Nebenwirkungen wie Tremor, Müdigkeit oder Sitzunruhe verursachen können. Zum ersten Beobachtungszeitpunkt gaben 13,5% der Patienten an, sich durch die Medikation in ihrer Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt zu fühlen. 15,7% beantworteten diese Frage mit "eher ja", 36% mit "eher nein" und 34,8% mit "nein". So kann festgestellt werden, dass sich mehr als zwei Drittel der Patienten nicht durch ihre Medikation in ihrer Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt fühlen.

Ähnliche Ergebnisse ergaben sich zum zweiten Beobachtungszeitpunkt, nachdem die Patienten vier Wochen an der Kunsttherapie teilgenommen hatten. Nun verneinten 44,9% der Patienten eine störende Wirkung der Medikamente. 26,9% kreuzten "eher nein" an. 12,8% bzw. 15,4% der Patienten beantworteten dies mit "eher ja" bzw. "ja". Erneut verneinten also mehr als zwei Drittel der Patienten eine störende Beeinträchtigung durch Medikamente. Da die feinmotorischen Störungen der Medikation die Fähigkeiten während der KT durchaus beeinträchtigen können, sind diese Ergebnisse bemerkenswert. Insbesondere ist hervorzuheben, dass nach der vierwöchigen Behandlungsphase der Anteil der Patienten, die diese Frage mit einem klaren "nein" beantworten sich von 34,8% auf 44,9% um 10% erhöhte, während dies bei den Patienten mit einem klaren "ja" - 13,5% auf 15,4% - nur eine Steigerung von 1,9% ergab.

Die untenstehende Grafiken zeigt die dichotomisierten Ergebnisse zu beiden Beobachtungszeitpunkten.

Abb. 4) **Fühlen Sie sich durch Ihre Medikation in der Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt?** (prä / post)



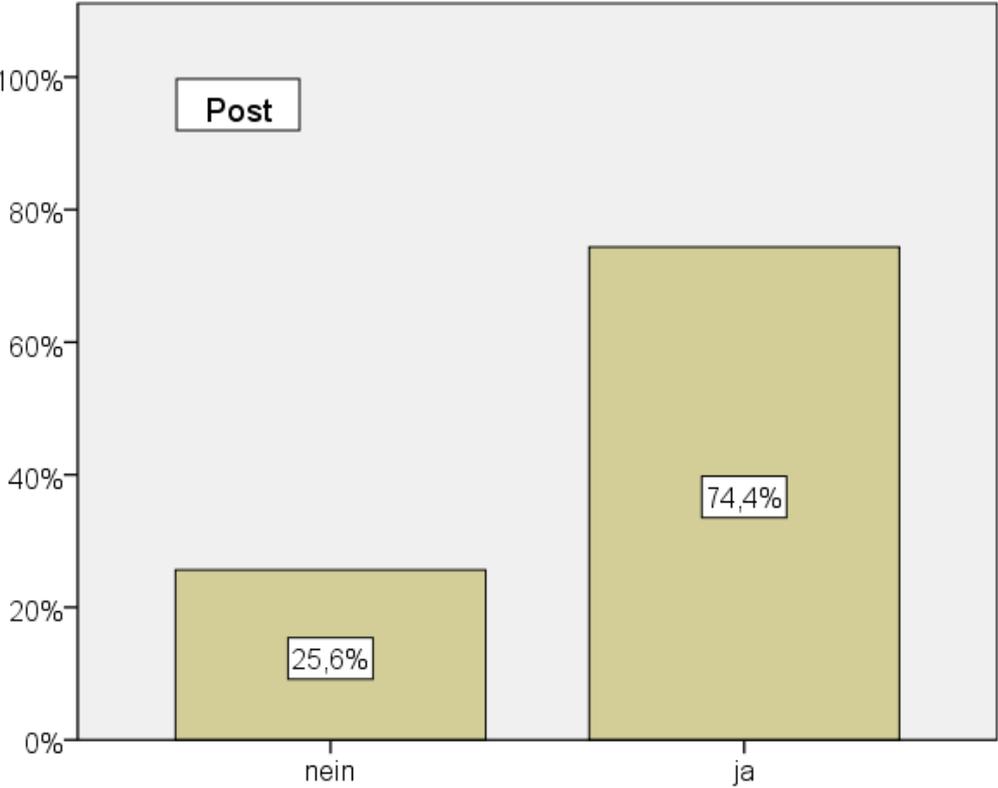
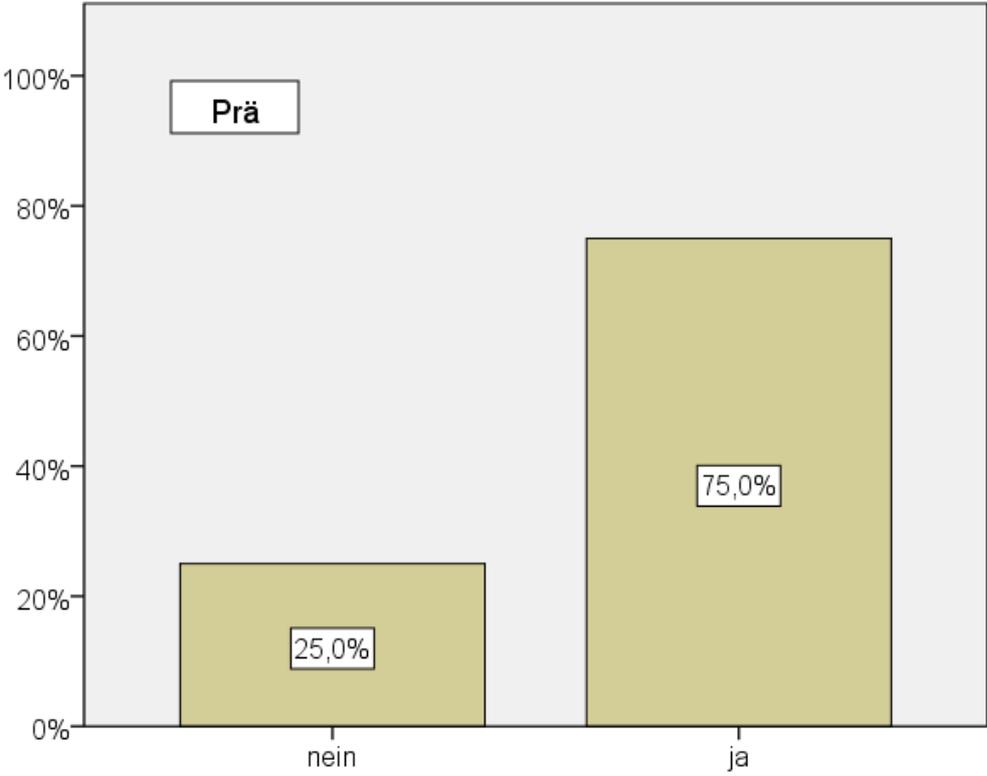
3.1.2.9 Erleichterung des stationären Aufenthaltes durch die Kunsttherapie

Viele Patienten finden den Gedanken, auf einer psychiatrischen Station sein zu müssen, unerträglich. Sie empfinden dies oft als persönliches Versagen und haben Angst vor gesellschaftlicher Diskriminierung. Dass die Kunsttherapie ihren stationären Aufenthalt erträglicher bzw. leichter zu akzeptieren macht, fanden zu Beginn der Kunsttherapie 38,6% der 88 befragten Patienten. Weitere 36,4% beantworteten dies mit "eher ja". 18,2% stimmten mit "eher nein" und nur 6,8% mit "nein".

Nach vier Wochen Kunsttherapie waren 43,6% der 78 Befragten der Meinung, dass die Kunsttherapie ihren Aufenthalt in der Psychiatrie erträglicher macht. 30,8% stimmten dem ebenfalls mit "eher ja" zu. 19,2% beantworteten dies mit "eher nein" und 6,4% mit "nein".

Die Grafik zeigt die dichotomisierten Ergebnisse im Prä-Post-Vergleich. Es wird ersichtlich, dass Prä und Post fast kein Unterschied besteht. In etwa drei Viertel der Patienten sind der Meinung, dass die Kunsttherapie ihren Aufenthalt in der Psychiatrie erträglicher macht.

Abb. 5) **Macht die Kunsttherapie Ihren stationären Aufenthalt erträglicher bzw. leichter zu akzeptieren? (prä / post)**



3.1.2.10 Beurteilung der übrigen Therapie- und Beschäftigungsangebote

Von Interesse war ebenfalls, wie die Kunsttherapie im Kontext mit den anderen Therapien und Beschäftigungsangeboten bewertet wird. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die dichotomisierten Ergebnisse auf die Frage, wie hilfreich die Patienten die einzelnen Therapien finden. "Ausgesprochen hilfreich" und "Überwiegend hilfreich" wurden zu "hilfreich", "Etwas hilfreich" und "Gar nicht hilfreich" zu "Nicht hilfreich" zusammengefasst. Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist lediglich die Kategorie "hilfreich" angegeben (vollständige Tabelle im Anhang).

Tab. 19) Beurteilung der übrigen Therapie- und Beschäftigungsangebote

	Prä		Post	
	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Morgengymnastik	53 (von 82)	64,6%	44 (von 72)	61,1%
Kunsttherapie	62 (von 88)	70,5%	56 (von 77)	72,7%
Beschäftigungstherapie	35 (von 48)	72,9%	39 (von 56)	69,6%
Arbeitstherapie	22 (von 32)	68,8%	27 (von 38)	71,1%
Laufgruppe	16 (von 25)	64,0%	21 (von 27)	77,8%
Musiktherapie	11 (von 17)	64,7%	13 (von 21)	61,9%
Medikamentöse Behandlung	59 (von 82)	72,0%	59 (von 71)	83,1%
Gespräche mit dem Arzt	68 (von 84)	81,0%	66 (von 76)	86,8%
Gespräche mit dem Pflegepersonal	61 (von 83)	73,5%	59 (von 73)	80,8%
Gespräche mit den Psychotherapeuten	46 (von 54)	85,2%	51 (von 58)	87,9%
Oberarztvisite	46 (von 80)	57,5%	34 (von 74)	45,9%
Gespräche mit dem Krankenhauseelsorger	12 (von 21)	57,1%	6 (von 10)	60,0%
Gespräche mit Sozialpädagogen	36 (von 53)	67,9%	28 (von 41)	68,3%
Gespräche mit Mitpatienten	52 (von 82)	63,4%	42 (von 71)	59,2%
Psychoedukationsgruppe	30 (von 38)	78,9%	32 (von 42)	76,2%
Literatur für Laien	21 (von 29)	72,4%	15 (von 26)	57,7%
Patientenbesprechung	26 (von 74)	35,1%	22 (von 62)	35,5%
Zeitungsgruppe	19 (von 32)	59,4%	12 (von 27)	44,4%
Koch- und Backgruppe	16 (von 28)	57,1%	12 (von 23)	52,2%
Besuche in der Klinikkapelle	15 (von 25)	60,0%	14 (von 24)	58,3%
Nutzung der Klinikbibliothek	17 (von 28)	60,7%	17 (von 23)	73,9%
Freizeitangebote	35 (von 51)	68,6%	34 (von 51)	66,7%
Fernsehraum	43 (von 72)	59,7%	33 (von 59)	55,9%
Patientenausflüge	30 (von 41)	73,2%	28 (von 37)	75,7%
Ausgänge mit Pflegepersonal	36 (von 46)	78,3%	31 (von 41)	75,6%
Stationäre Behandlung allgemein	65 (von 79)	82,3%	55 (von 62)	88,7%

Nach Meinung der Patienten sind am hilfreichsten die "Gespräche mit dem Psychotherapeuten" (prä: 85,2%, post: 87,9%), die "Stationäre Behandlung allgemein" (prä: 82,3%, post: 88,7%), die "Gespräche mit dem Arzt" (prä: 81%, post: 86,8%) die "Medikamentöse Behandlung" mit 72% (prä) bzw. 83,1% (post) und die Psychoedukationsgruppen mit 78,9% prä- und 76,2% post-Bejahung.

3.1.3 Ergebnisse des TNKT (Fragebogen zur Teilnahme an der Kunsttherapie)

Der TNKT wurde von der jeweils betreuenden Kunsttherapeutin einmal ausgefüllt, nachdem der Patient vier Wochen an der Kunsttherapie teilgenommen hatte. Der TNKT wurde insgesamt für 92 Patienten ausgefüllt und besteht aus zwei thematisch getrennten Teilen. Im ersten Abschnitt sollte die Mitarbeit und damit gewissermaßen die "Kunsttherapie-Compliance" bewertet werden, im zweiten Abschnitt, welche Auswirkungen die Kunsttherapie auf den Patienten hat. Zuletzt wurden die Kunsttherapeutinnen noch um eine Einschätzung gebeten, inwieweit der betreffende Patient ihrer Meinung nach von der Kunsttherapie profitiert hat.

3.1.3.1 Die Bewertung der Mitarbeit während der Kunsttherapie

32,6% der Patienten nahmen täglich, 43,5% drei- bis viermal und 23,9% weniger als dreimal pro Woche an der Kunsttherapie teil.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Bewertung der Mitarbeit der Patienten durch die Kunsttherapeutinnen. Die Ergebnisse sind aus Gründen der Übersichtlichkeit dichotomisiert und zeigen nur die Kategorie "Trifft zu". Das Gesamt-n beträgt 92 Patienten.

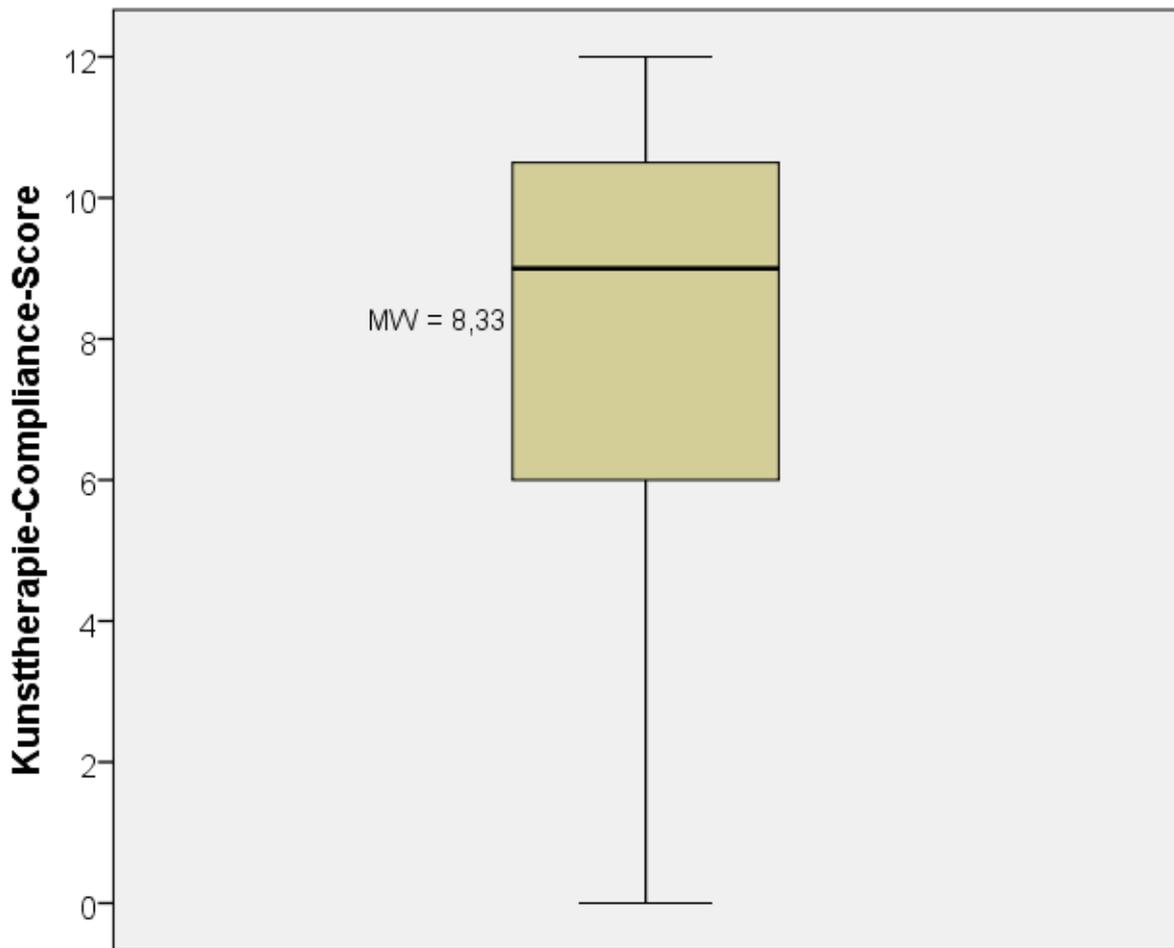
Tab. 20) **Wie ist die Mitarbeit des Patienten?**

Der Patient / die Patientin...	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
...erscheint stets pünktlich zur Kunsttherapie.	68	73,9%
...erscheint stets ohne vorhergehende Aufforderung zur Kunsttherapie.	68	73,9%
...arbeitet während der KT sehr konzentriert an seinen / ihren Bildern.	74	80,4%
...scheint gerne an der Kunsttherapie teilzunehmen.	62	67,4%
...fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf.	45	48,9%
...wirkt sicher im Umgang mit den Materialien.	59	64,1%
...bringt auch eigene Bildvorschläge mit ein.	57	62,0%
...beteiligt sich an den Nachbesprechungen.	61	66,3%

Das Item, dass am höchsten bewertet wurde ist mit 80,4% "...arbeitet während der KT sehr konzentriert an seinen Bildern". Am wenigsten häufig vergaben die Kunsttherapeutinnen das Prädikat "...fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf" (48,9%). Generell wird die Mitarbeit der Patienten jedoch eher positiv bewertet.

Aus den vier Items, die inhaltlich am ehesten das Verhalten der Patienten während der Kunsttherapie abbilden und vermutlich am wenigsten durch die subjektive Meinung der Kunsttherapeutin überlagert sind, wurde nun noch ein Score zur Erfassung der "Kunsttherapie-Compliance" berechnet. Ausgewählt wurden die Items 1 ("...erscheint stets pünktlich zur Kunsttherapie"), 2 ("...erscheint stets ohne vorhergehende Aufforderung zur Kunsttherapie"), 3 ("...arbeitet während der Kunsttherapie sehr konzentriert an seinen Bildern") und 8 ("...beteiligt sich an den Nachbesprechungen"). Zur Überprüfung der internen Konsistenz wurde eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Cronbachs alpha betrug für diese vier Faktoren 0,808. Somit besitzt dieser Score eine zufrieden stellende Reliabilität. Der KT-Compliance Score (KT-Comp-Score) kann Werte zwischen 0 und 12 annehmen. In diesem Patientenkollektiv betrug der Mittelwert 8,33 (SD: 2,89).

Abb. 6) **Mittelwert des KT-Comp-Scores**



3.1.3.2 Auswirkungen der Kunsttherapie auf den Patienten

Im zweiten Abschnitt des TNKT sollten die Kunsttherapeutinnen eine Einschätzung vornehmen, welche Auswirkungen die vergangenen vier Wochen Kunsttherapie ihrer Meinung nach auf den Patienten hatten.

Die folgende Tabelle zeigt die dichotomisierten Ergebnisse unter Angabe der Kategorie "Zutreffend" ("Trifft ausgesprochen zu" und "Trifft überwiegend zu") sowie die jeweilige Anzahl der Antworten pro Item.

Tab. 21) **Welche Auswirkungen hat die Kunsttherapie Ihrer Meinung nach auf den Patienten?**

Durch die KT...	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
...werden dem Patienten seine kreativen Ressourcen verdeutlicht.	55 (von 92)	59,8%
...findet eine Problemkonfrontation statt.	37 (von 92)	40,2%
...findet eine Problemlösung statt.	30 (von 91)	33,0%
...kann der Patient seine Gedanken gut ausdrücken und seiner Umwelt mitteilen.	58 (von 92)	63,0%
...wirkt der Patient selbstbewusster.	59 (von 91)	64,8%
...wirkt der Patient ruhiger.	63 (von 92)	68,5%
...wirkt der Patient oft aufgewühlt und unruhig.	3 (von 92)	3,3%
...wirkt der Patient entlastet von seiner Symptomatik.	35 (von 92)	38,0%
...wird die Selbstwahrnehmung des Patienten verbessert.	49 (von 85)	57,6%

Anhand der Tabelle wird ersichtlich, dass hier die Häufigkeitsverteilung der Items sehr unregelmäßig ist. Am höchsten besetzt wurden die Items "...wirkt der Patient ruhiger" (68,5%), "...wirkt der Patient selbstbewusster" (64,8%) und "...kann der Patient seine Gedanken gut ausdrücken und seiner Umwelt mitteilen" (63,0%). Als am wenigsten zutreffend bewertet wurde "...wirkt der Patient oft aufgewühlt und unruhig" (3,3%).

Zuletzt sollten die Kunsttherapeutinnen noch angeben, in welchem Ausmaß der Patient von der Kunsttherapie profitiert. Zur Verfügung stand hierfür eine Skala von 1 bis 10 wobei 10 die höchste Bewertung darstellte. Im Mittel bekamen die Patienten einen Wert von 6,65 (SD: 2,702). Es wurden alle Werte von 1 bis 10 vergeben.

3.1.4 Ergebnisse des Fremdratings durch die behandelnden Ärzte

Vor Beginn der Kunsttherapie, sowie nach vier Wochen Teilnahme wurde vom jeweiligen betreuenden Arzt eine Beurteilung zu verschiedenen Aspekten der Erkrankung abgegeben.

3.1.4.1 CGI

Zum ersten Beobachtungszeitraum hatten die 101 bewerteten Patienten einen durchschnittlichen CGI von 4,84 (SD: 0,784). Es kamen die Kategorien "leicht krank" bis "sehr schwer krank" vor (CGI 3-7). Kein Patient hatte bei der ersten Bewertung einen CGI von 1 ("gar nicht krank") oder 2 ("grenzwertig krank").

Bei der zweiten Beurteilung nach vier Wochen Kunsttherapie betrug der mittlere CGI der 80 beurteilten Patienten 4,04 (SD: 1,024), hatte also im Vergleich zum vorhergehenden Wert leicht abgenommen. Es wurden die Kategorien 2 ("grenzwertig krank") bis 6 ("schwer krank") vergeben. Die Ärzte schätzten keinen Patienten mit einem CGI von 1 ("gar nicht krank") oder 7 ("sehr schwer krank") ein.

3.1.4.2 Compliance

Von 100 beurteilten Patienten hatten Prä 16,0% eine sehr gute, 48,0% eine gute, 32,0% eine mäßige und 4,0% eine schlechte Compliance. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt (n=80) hatten 27,5% eine sehr gute Compliance, 41,25% eine gute, 25% eine mäßige und 6,25% eine schlechte. Die Compliance nahm also tendenziell etwas zu, da mehr Patienten als zuvor mit "sehr gut"/"gut" bewertet wurden.

Tab. 22) **Bewertung der Compliance aus ärztlicher Sicht (prä / post)**

		Prä			Post		
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Relative Häufigkeit (dichotom)	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Relative Häufigkeit (dichotom)
Compliance	Sehr gut	16	16,0%	64,0%	22	27,5%	68,75%
	Gut	48	48,0%		33	41,25%	
	Mäßig	32	32,0%	36,0%	20	25,0%	31,25%
	Schlecht	4	4,0%		5	6,25%	
	Insgesamt erfasst	100	100,0%	100,0	80	100,0%	100,0%
	Fehlend	4			24		
	Gesamt	104			104		

3.1.4.3 Krankheitseinsicht

Zur Verfügung stand den Ärzten die Beurteilungsskala des SUMD von Amador et al. (1993). 34% der Patienten wurde von den Ärzten zum ersten Beobachtungszeitpunkt (n=100) bescheinigt "äußerst einsichtig" bezüglich ihrer Krankheitseinsicht zu sein. Im Vergleich dazu waren es bei der Folgebeurteilung (n=80) 43%. Als "Teilweise einsichtig" wurden prä 61% und post 51,3% bezeichnet. Jeweils 5% der Patienten wurden zu beiden Zeitpunkten von den Ärzten als "Äußerst uneinsichtig" eingeschätzt.

Tab. 23) **Bewertung der Krankheitseinsicht aus ärztlicher Sicht (prä / post)**

		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Krankheitseinsicht	äußerst einsichtig	34	34,0%	35	43,75%
	teilweise einsichtig	61	61,0%	41	51,25%
	äußerst uneinsichtig	5	5,0%	4	5,0%
	Insgesamt erfasst	100	100,0%	80	100,0%
	Fehlend	4		24	
	Gesamt	104		104	

3.1.4.4 Extrapiramidalmotorische Störungen

Des Weiteren sollten die Ärzte das etwaige Vorhandensein extrapyramidalmotorischer Störungen als akute Nebenwirkung der psychopharmakologischen Therapie bei den Patienten beurteilen (siehe Tab. 11, 2.5.5 Medikation und Nebenwirkungen). Bei der ersten Beurteilung wurde 86% der Patienten bescheinigt, kein Parkinsonoid zu haben, bei der zweiten Beobachtung 88,75%. Ein leichtes Parkinsonoid, klassifiziert als Rigor nur im Nackenbereich, wurde prä und post 10% der Patienten attestiert. Deutliche extrapyramidalmotorische Störungen mit Rigor zusätzlich im Ellenbogen- und Handgelenk wiesen nach Ansicht der Ärzte zum ersten Beobachtungszeitpunkt 4%, zum zweiten Zeitpunkt 1,25% der Patienten auf. Keinem der Patienten wurde ein sehr schweres Parkinsonoid mit Rigor in allen Gelenken sowie Kleinschrittigkeit bescheinigt.

3.1.4.5 Spätdyskinesien

Tardive Dyskinesien können auftreten als Zeichen langjähriger Therapie mit meist typischen Psychopharmaka. Zum ersten Beurteilungszeitpunkt nahmen die Ärzte bei 91% der Patienten "keinerlei Hinweise auf TD" wahr, zum zweiten Zeitpunkt bei 92,5%. "Fragliche Hinweise auf TD" wurden bei 7% der Patienten bei Beginn der Kunsttherapie festgestellt, bei der Folgeuntersuchung bei 5%. 2% der Patienten hatten prä "leichte Zeichen einer TD", post war dies bei 2,5% der Patienten der Fall. Bei keinem Patienten wurden von den Ärzten "Schwere Zeichen einer TD" festgestellt (siehe Tab. 12, 2.5.5 Medikation und Nebenwirkungen).

3.1.4.6 Vegetative Nebenwirkungen

Ebenfalls als Folge der Therapie mit Psychopharmaka können Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Obstipation, Müdigkeit, Appetitsteigerung, Verschwommensehen oder auch allgemeine Kreislaufprobleme auftreten. Deutliche derartige vegetative Nebenwirkungen wurden zum ersten Beobachtungszeitpunkt von den Ärzten bei 7% der Patienten, zum zweiten Zeitpunkt bei 7,5% der Patienten beobachtet. Bei 35%

stellten die Ärzte vorher "etwas" vegetative Nebenwirkungen fest, danach bei 33,75%. "Gar nicht" an derartigen Nebenwirkungen zu leiden wurde Prä 58% und Post 58,75% der Patienten bescheinigt (siehe Tab. 10, 2.5.5 Medikation und Nebenwirkungen).

3.1.4.7 Gewichtszunahme in 2 Wochen

Eine weitere relevante Nebenwirkung einer Therapie mit Psychopharmaka ist die Gewichtszunahme. Viele Patienten leiden unter Heißhungerattacken und der daraus folgenden Gewichtszunahme. In diesem Patientenkollektiv stellten die Ärzte bei 79% keine Gewichtszunahme zum ersten Beurteilungszeitpunkt fest, bei der Folgebeurteilung war dies bei 58,75% der Patienten der Fall. Eine leichte Zunahme an Körpergewicht (bis 0,5kg) war bei Beginn der Untersuchung bei 12% der Patienten zu beobachten, danach bei 28,75%. 6% der Patienten legten prä deutlich an Gewicht zu (bis 1kg), bei 12,5% war dies post der Fall. Beim ersten Untersuchungszeitpunkt verzeichneten die Ärzte bei 3% der Patienten eine sehr starke Gewichtszunahme (>2kg), zum zweiten Zeitpunkt fiel keiner der Patienten in diese Kategorie (siehe Tab. 13, 2.5.5 Medikation und Nebenwirkungen).

Tab. 24) **Zusammenfassung: Ärztliche Beurteilung**

(Relative Häufigkeiten prä / post)

		Prä	Post
Compliance	Sehr gut	16,0%	27,5%
	Gut	48,0%	41,25%
	Mäßig	32,0%	25,0%
	Schlecht	4,0%	6,25%
Krankheitseinsicht	Äußerst einsichtig	34,0%	43,75%
	Teilweise einsichtig	61,0%	51,25%
	Äußerst uneinsichtig	5,0%	5,0%
EPMS	Keines	86,0%	88,75%
	Leicht	10,0%	10,0%
	Deutlich	4,0%	1,25%
Spätdyskinesien	Keinerlei Hinweise	91,0%	92,5%
	Fragliche Hinweise	7,0%	5,0%
	Leichte Zeichen	2,0%	2,5%
Vegetative Nebenwirkungen	Gar nicht	58,0%	58,75%
	Etwas	35,0%	33,75%
	Deutlich	7,0%	7,5%
Gewichtszunahme	Keine	79,0%	58,75%
	Leicht	12,0%	28,75%
	Deutlich	6,0%	12,5%
	Sehr stark	3,0%	0,0%

3.2 Ergebnisse der Faktorenanalyse

Aus den 10 Variablen des FKT wurde der Kunsttherapie-Zufriedenheitsscore berechnet. Ursprünglich sollten die ersten 11 Variablen des FKT bezüglich der Zufriedenheit mit der Kunsttherapie eingehen. Nach einer ersten Reliabilitätsanalyse zeigte sich, dass sich Cronbachs alpha nach Weglassen von Item 7 ("Zufriedenheit mit den eigenen Werken bei der Kunsttherapie") von 0,872 auf 0,874 erhöhen würde. Dies war auch inhaltlich nachvollziehbar, da dieses Item von den Patienten eine Art Selbstbewertung verlangt, im Gegensatz zu den übrigen Items, die sich rein auf die Zufriedenheit mit den äußeren Gegebenheiten der Kunsttherapie beziehen (siehe Anhang: FKT). Nach Imputation der fehlenden Werte (siehe Methodenteil) wurde mit den 10 Variablen ohne Item 7 eine Faktorenanalyse durchgeführt. Es zeigte sich, dass alle Items im Wesentlichen auf zwei Faktoren laden, wobei einer der Faktoren sich als so varianzschwach darstellte, dass die Skala als hinreichend unidimensional angesehen werden kann.

Es wurde erneut eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt, wobei sich ein Cronbach alpha von 0,875 ergab. Die Skala weist somit eine gute Reliabilität auf.

Nach Imputation der fehlenden Werte auch für die Daten des zweiten Erhebungszeitpunktes wurde aus den Items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 und 11 des FKT sowohl für den Prä- als auch für den Post-Zeitpunkt der Score zur Zufriedenheit mit der Kunsttherapie (KTzuf-Score) berechnet.

Ähnlich wurde bei der Entwicklung des Scores zur Kunsttherapie-Compliance verfahren. Aus den Items 1, 2, 3 und 8 zur Mitarbeit des Patienten sollte ein Score berechnet werden. Bei einer ersten Reliabilitätsanalyse zeigte sich, dass die Verwendung der 4 Items sinnvoll ist, und das Weglassen eines der Items zu keiner Erhöhung von Cronbachs alpha führen würde. Wiederum wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, die zeigte, dass die Variablen auf insgesamt drei Faktoren laden, wovon jedoch zwei wieder so varianzschwach waren, dass die Skala als hinreichend unidimensional bezeichnet werden kann. Eine anschließende Reliabilitätsanalyse ergab ein Cronbach alpha von 0,808 und somit eine gute Reliabilität.

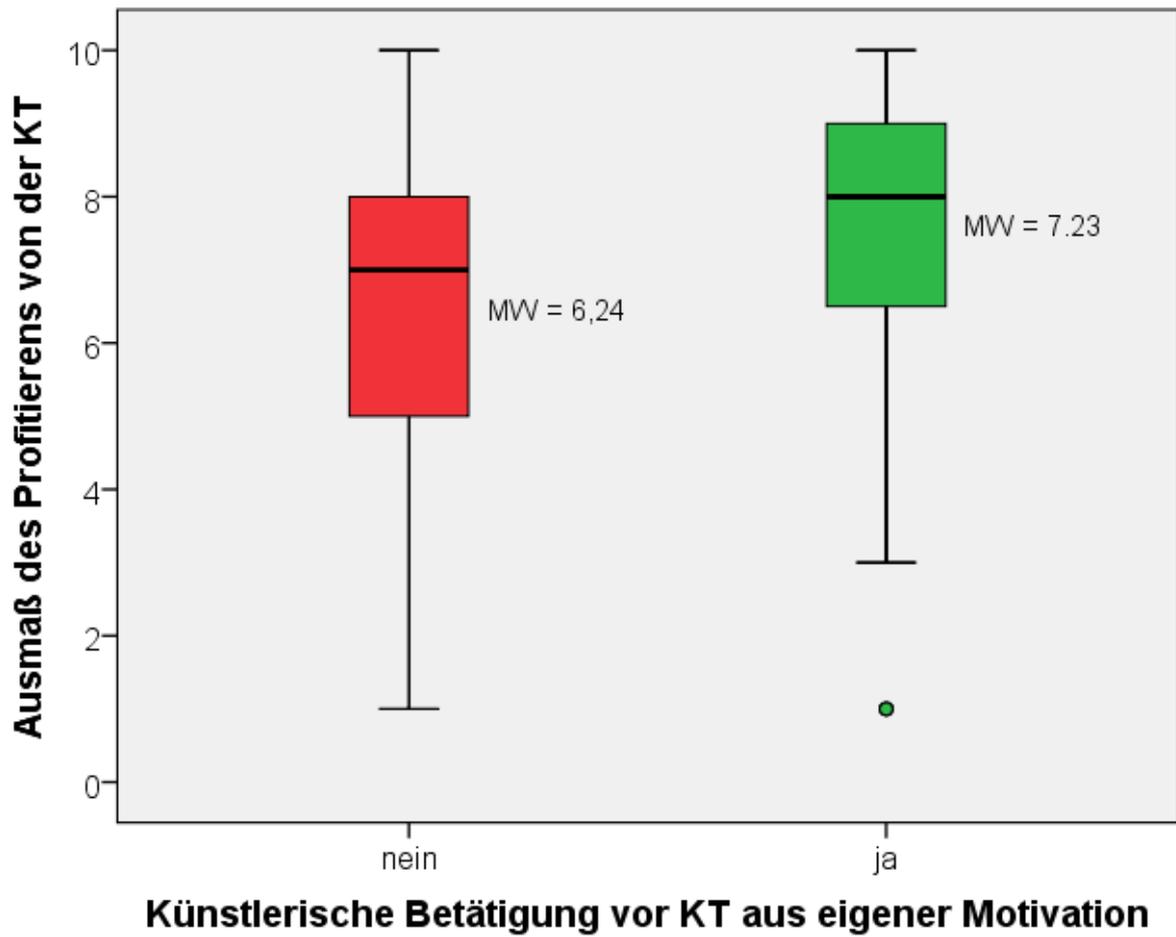
3.3 Ergebnisse der Hypothesentests

3.3.1 Fragestellung 1: Kreative Vorerfahrungen

1a) Profitieren Patienten, die sich auch vor diesem stationären Aufenthalt schon kreativ betätigt haben nach Einschätzung der Kunsttherapeutinnen eher von der Kunsttherapie?

Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurde die Einschätzung des Profitierens von der Kunsttherapie durch die Kunsttherapeutin (TNKT), sowie die Frage nach kreativer Betätigung vor diesem Indexaufenthalt (FKK) verwendet. Es gingen insgesamt 81 Fälle, für die beide Items vorhanden waren, in diese Untersuchung ein. Patienten, die sich bereits vor diesem Klinikaufenthalt kreativ betätigt hatten, wurden von der Kunsttherapeutin mit einem durchschnittlichen Wert von 7,23 (SD: 2,577, n=41) von maximal 10 auf der Beurteilungsskala des Profites von der Kunsttherapie bewertet. Patienten, die sich zum ersten Mal kreativ betätigten, hatten einen durchschnittlichen Wert von 6,24 (SD=2,684, n=40) auf der gleichen Skala. Die Daten sind nicht normalverteilt, folglich wurde eine Rangkorrelation nach Spearman durchgeführt. Es zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Tatsache, ob sich ein Patient auch vor diesem Aufenthalt bereits kreativ betätigt hatte und der Einschätzung der Kunsttherapeutin, inwieweit er von der KT profitierte ($r=0,239$, $p=0,31$, $n=81$). Obwohl der Korrelationskoeffizient zeigt, dass der Zusammenhang gering ist, ist das Ergebnis signifikant. Die Nullhypothese muss folglich abgelehnt werden.

Abb. 7) Profitieren Patienten, die sich auch vor diesem stationären Aufenthalt bereits kreativ betätigt haben eher von der Kunsttherapie?



1b) Sind Patienten, die sich vor ihrem derzeitigen Klinikaufenthalt bereits kreativ betätigt haben zufriedener mit der Kunsttherapie?

Wiederum wurden zur Überprüfung dieser Hypothese die Frage nach kreativer Betätigung vor diesem Indexaufenthalt aus dem FKK verwendet, sowie zusätzlich der berechnete Kunsttherapie-Zufriedenheitsscore aus dem FKT prä und post. Die Daten sind intervallskaliert und normalverteilt. Patienten, die sich vor ihrem derzeitigen Klinikaufenthalt bereits kreativ betätigten, hatten prä einen Durchschnittswert von 20,95 (SD=5,272, n=41) und post von 20,64 (SD=5,540, n=36). Patienten, die sich während dieses Aufenthaltes zum ersten Mal kreativ betätigten, hatten einen durchschnittlichen KT-Zufriedenheitswert von prä 20,62 (SD=6,304, n=45) und post von 21,16 (SD=5,339, n=40). Zur Analyse einer möglichen Varianz über zwei Zeitpunkte wurde eine einfaktorielle ANOVA (=analysis of variance) mit Messwiederholung berechnet. Das Ergebnis ist nicht signifikant. Weder die Tatsache einer kreativen Betätigung vor dem Indexaufenthalt, noch der Zeitfaktor scheinen die Zufriedenheit mit der Kunsttherapie in signifikantem Ausmaß zu beeinflussen. Die Nullhypothese kann somit nicht abgelehnt werden.

3.3.2 Fragestellung 2: Einflussfaktor Kreativität

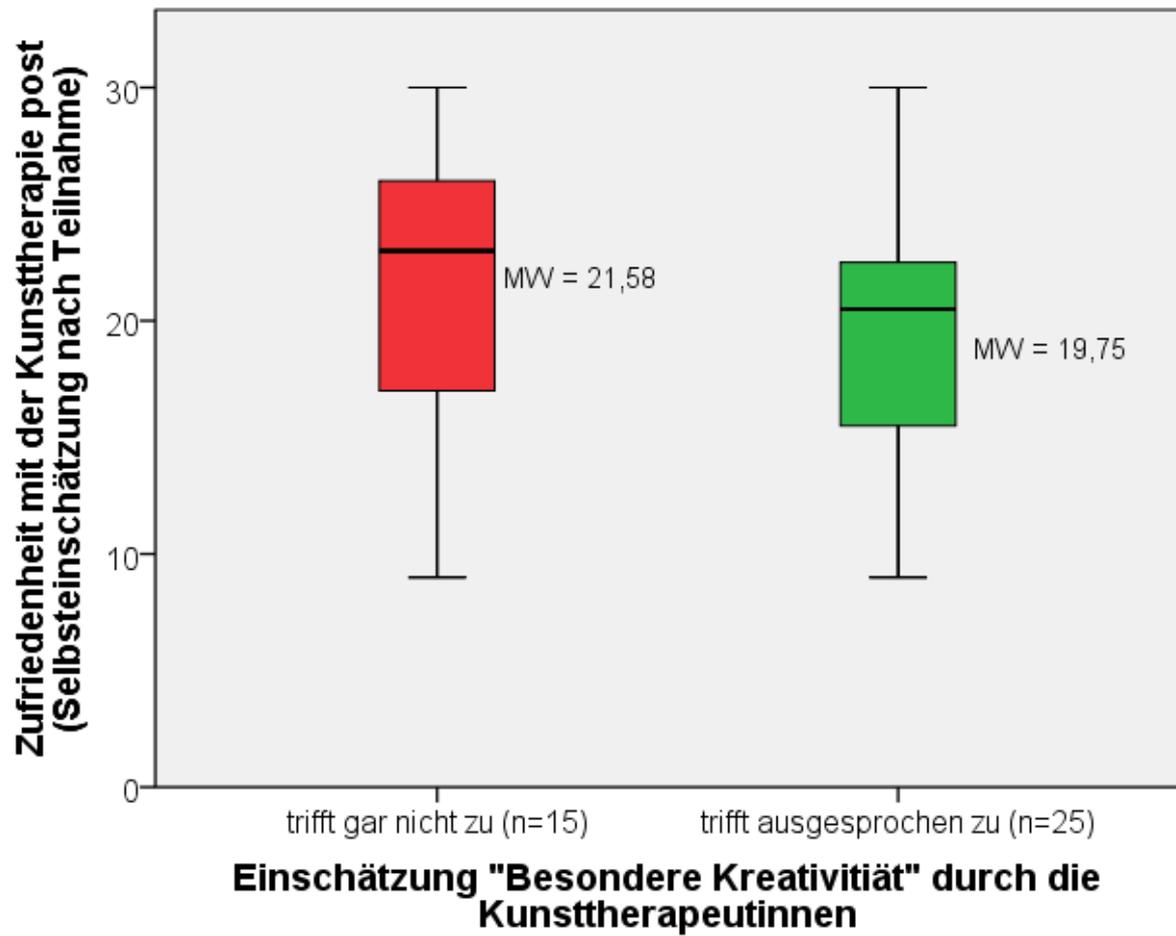
2a) Sind besonders kreative Patienten zufriedener mit der Kunsttherapie als weniger kreative Patienten?

Verglichen wurden die beiden Gruppen, die von den Kunsttherapeutinnen auf die Frage "Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf" mit der jeweils besten bzw. schlechtesten Ausprägung "trifft ausgesprochen zu" oder "trifft gar nicht zu" bewertet wurden. Dies wurde in Korrelation gesetzt mit der Selbsteinschätzung der Zufriedenheit der Teilnehmer nach 4 Wochen Kunsttherapie. Es ist ein Trend dahingehend erkennbar, dass Patienten, die als besonders kreativ eingeschätzt wurden, tendenziell etwas unzufriedener sind (Mittelwert = 19,750, SD = 5,350, n=25), als jene, die als besonders un kreativ eingeschätzt wurden (Mittelwert = 21,583, SD = 6,473, n=15). Da in beiden Subgruppen Normalverteilung bezüglich der Zufriedenheitsscores herrscht, darf der t-Test für unverbundene Stichproben verwendet werden. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Mittelwerten der beiden Gruppen ($T=0,868$, $df=30$, $p=0,392$ zweiseitig, $n=32$).

Tab. 25) Sind besonders kreative Patienten zufriedener mit der Kunsttherapie?

		Zufriedenheit mit der Kunsttherapie (Score post)		
		Mittelwert	Anzahl	Standardabweichung
Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf. (Fremdrating Kunsttherapeutinnen)	Trifft gar nicht zu	21,583	15	6,473
	Trifft ausgesprochen zu	19,750	25	5,350

Abb. 8) Sind besonders kreative Patienten zufriedener mit der Kunsttherapie?



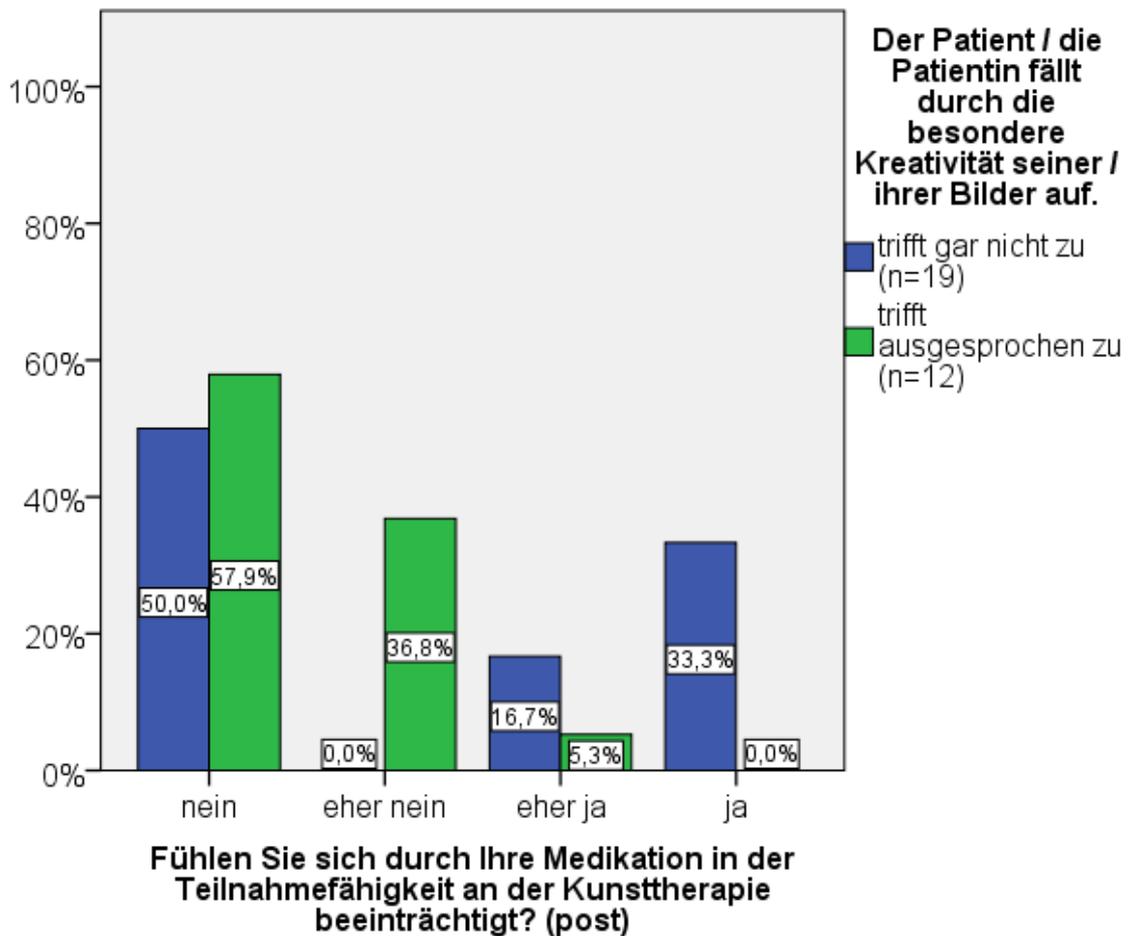
2b) Fühlen sich besonders kreative Patienten eher durch ihre Medikation in der Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt als weniger kreative Patienten?

Es gingen wiederum die Bewertung der Kunsttherapeutinnen "kreativ" vs. "unkreativ" anhand der Patientenbilder ein, sowie die Meinung der Patienten bezüglich der Aussage "Durch meine Medikation fühle ich mich in meiner Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt". Da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit von kleiner 5 haben, wird der Exakte Test nach Fisher interpretiert. Dieser zeigt in signifikantem Ausmaß, dass Patienten, die von den Kunsttherapeutinnen als "besonders kreativ" eingeschätzt wurden, sich eher nicht durch ihre Medikamentennebenwirkungen in ihrer Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt fühlen. Die als "besonders unkreativ" eingeschätzten Patienten gaben an, sich eher beeinträchtigt zu fühlen durch die Nebenwirkungen ihrer Medikation (χ^2 nach Fisher Exakt=11,458, $p=0,003$ exakte Signifikanz zweiseitig, $n=31$).

Tab. 26) **Fühlen Sie sich durch Ihre Medikation in der Teilnahmefähigkeit an der KT beeinträchtigt?**

		"Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf."			
		Gar nicht	Ausgesprochen	Etwas / Überwiegend	Gesamt
Fühlen Sie sich durch Ihre Medikation in der Teilnahmefähigkeit an der KT beeinträchtigt? (post)	Nein	6 (11,54%)	18 (34,61%)	28 (53,85%)	52 (100%)
	Ja	6 (27,27%)	1 (4,55%)	15 (68,18%)	22 (100%)
	Gesamt	12 (16,22%)	19 (25,67%)	43 (58,11%)	74 (100%)

Abb. 9) **Fühlen sich besonders kreative Patienten eher durch ihre Medikation in der Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt?**



Nachfolgende Tabelle zeigt in diesem Kontext, welche Diagnosen und welche Medikamente bei den Patienten vorlagen, sowie das Ausmaß an Nebenwirkungen, wie es von den behandelnden Ärzten eingeschätzt wurde.

Tab. 27) Fremdrating "Kreativität" im Vergleich verschiedener Kontextfaktoren

		"Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf."			
		Gar nicht	Ausgesprochen	Etwas / Überwiegend	Gesamt
Geschlecht (n=92)	Weiblich	8 (14,5%)	11 (20,0%)	36 (65,5%)	55 (100,0%)
	Männlich	7 (18,9%)	14 (37,8%)	16 (43,2%)	37 (100,0%)
Diagnose (n=92)*	F2 (Schizophrenie)	7 (15,6%)	8 (17,8%)	30 (66,6%)	45 (100,0%)
	F3 (Affektiv)	6 (15,8%)	12 (31,6%)	20 (52,7%)	38 (100,0%)
CGI post (n=75)	Grenzwertig krank	0 (0,0%)	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (100,0%)
	Leicht krank	2 (11,1%)	4 (22,2%)	12 (66,7%)	18 (100,0%)
	Mäßig krank	4 (13,8%)	9 (31,0%)	16 (55,1%)	29 (100,0%)
	Deutlich krank	5 (27,8%)	5 (27,8%)	8 (44,4%)	18 (100,0%)
	Schwer krank	0 (0,0%)	1 (16,7%)	5 (83,4%)	6 (100,0%)
Vegetative Nebenwirkungen post (n=75)	Gar nicht	8 (18,18%)	9 (20,46%)	27 (61,36%)	44 (100,0%)
	Etwas	3 (11,54%)	9 (34,61%)	14 (53,85%)	26 (100,0%)
	Deutlich	0 (0,0%)	2 (40,0%)	3 (60,0%)	5 (100,0%)
EPMS post (n=75)	Keines	10 (14,9%)	18 (26,9%)	39 (58,2%)	67 (100,0%)
	Leicht	1 (12,5%)	2 (25,0%)	5 (62,5%)	8 (100,0%)
Medikamente (n=87)	Neuroleptika	11 (22,9%)	11 (22,9%)	26 (54,1%)	48 (100,0%)
	Antidepressiva	2 (7,4%)	11 (40,7%)	14 (51,8%)	27 (100,0%)

* Z.T. Komorbidität beider Erkrankungen. In der Gesamthäufigkeit fehlende Teilnehmer rekrutieren sich aus anderweitigen psychischen Erkrankungen.

3.3.3: Fragestellung 3: Übereinstimmung zwischen Profitieren aus Sicht der Patienten und Profit aus Sicht der Kunsttherapeutin

3) Korreliert die subjektive Einschätzung der Patienten bezüglich des positiven Einflusses der KT auf ihren Genesungsprozess mit dem Urteil der Kunsttherapeutinnen zum Ausmaß des Profitierens von der KT?

Zusätzlich zur Beurteilung des Ausmaßes des Profitierens von der Kunsttherapie durch die Kunsttherapeutinnen wurde die Einschätzung der Patienten betrachtet, wie wichtig die Kunsttherapie für ihren Genesungsprozess ist. Patienten, die die Kunsttherapie als "ziemlich unwichtig" für ihren Genesungsprozess betrachteten hatten einen durchschnittlichen "KT-Profitwert" von 7 (SD=2, n=6). Diejenigen Patienten die angaben, die KT sei "eher unwichtig für ihren Genesungsprozess hatten einen Durchschnittswert von 6 (SD=3, n=22) und diejenigen, die die KT als "überwiegend wichtig" betrachteten von 7 (SD=3, n=34). Die Patientengruppe, die die Kunsttherapie als "ausgesprochen wichtig" für ihren Genesungsprozess einschätzte, wurde von den Kunsttherapeutinnen durchschnittlich mit einem Wert von 8 (SD=1, n=17) bewertet. Es liegt keine Normalverteilung vor. Zum Vergleich der Mittelwerte der 4 Gruppen wurde der Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben verwendet. Es ließ sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Patienten und derjenigen der Kunsttherapeutinnen nachweisen. Es besteht ein sehr schwacher positiver Zusammenhang zwischen beiden Variablen (Teststatistik=1,374, df=3, p=0,712, n=68).

Da die Gruppe der Patienten welche die Kunsttherapie als "ziemlich unwichtig" einschätzten mit einem Gesamt-n von 6 nur sehr schwach besetzt ist, wurde sie in unten stehender Tabelle mit der Gruppe "eher unwichtig" zusammengefasst.

Tab. 28) **Korrelation der Meinung der Patienten und der Kunsttherapeutinnen zum KT-Profit**

		Profit von der KT	n
Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess?	Ziemlich/eher unwichtig	6,21	(n=28)
	überwiegend wichtig	7	(n=34)
	ausgesprochen wichtig	8	(n=17)

3.3.4 Fragestellung 4: Zusammenhang zwischen globaler Behandlungszufriedenheit und Kunsttherapie-Zufriedenheit

4) Sind Patienten, die zufriedener mit der Kunsttherapie sind, auch generell zufriedener mit der stationären Versorgung?

Nach vier Wochen Teilnahme an der Kunsttherapie wurde den Patienten zusammen mit der zweiten Runde des FKT auch der ZUF-8 zur Beurteilung der generellen Behandlungszufriedenheit ausgeteilt. Der Mittelwert des ZUF-8-Gesamtscores in diesem Kollektiv beträgt 26,10 (SD=4,413, n=63, Skalenrange 8-32).

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Auflistung der Items des ZUF-8 mit den jeweiligen absoluten und relativen Häufigkeiten, den Mittelwerten und der jeweiligen Standardabweichung.

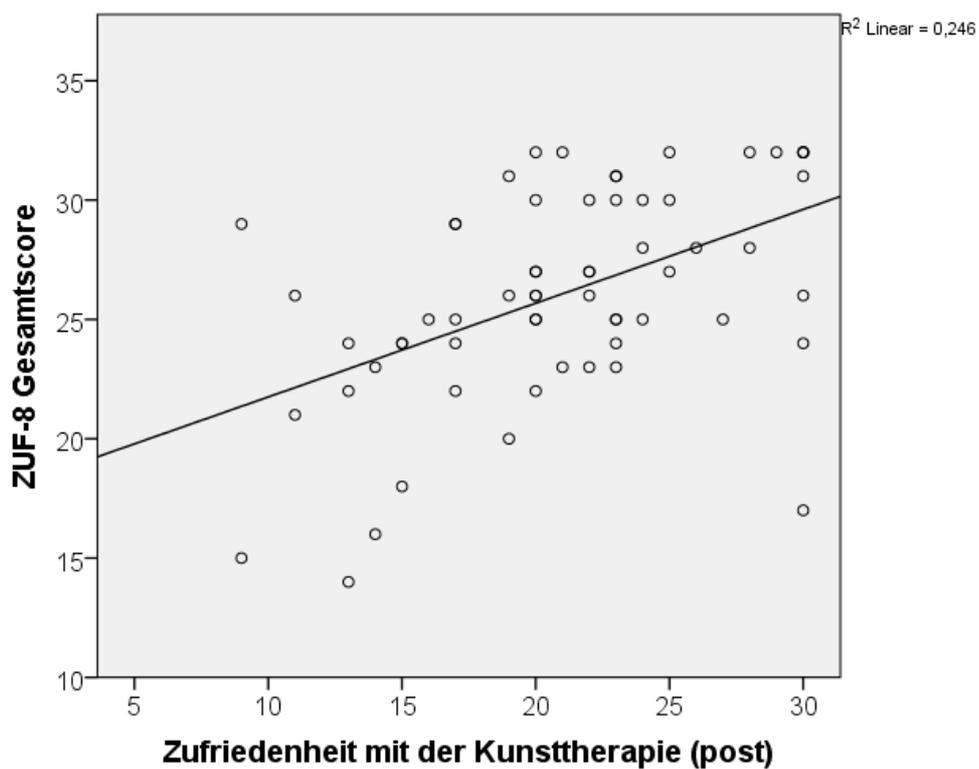
Tab. 29) ZUF-8: Häufigkeiten

		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Mittelwert	SD
1. Wie würden Sie die Qualität der Behandlung, welche Sie erhalten haben, beurteilen?	Schlecht	1	1,6%	3,17	0,610
	Weniger gut	4	6,3%		
	Gut	41	65,1%		
	Ausgezeichnet	17	27,0%		
2. Haben Sie die Art von Behandlung erhalten, die Sie wollten?	Eindeutig nicht	2	3,2%	3,00	0,728
	Eigentlich nicht	9	14,3%		
	Im Allgemeinen ja	36	57,1%		
	Eindeutig ja	16	25,4%		
3. In welchem Maße hat unsere Klinik Ihren Bedürfnissen entsprochen?	Sie hat meinen Bedürfnissen nicht entsprochen	1	1,6%	3,00	0,644
	Sie hat nur wenigen meiner Bedürfnisse entsprochen	6	9,5%		
	Sie hat den meisten meiner Bedürfnisse entsprochen	39	61,9%		
	Sie hat fast allen meinen Bedürfnisse entsprochen	17	27,0%		
4. Würden Sie einem Freund / einer Freundin unserer Klinik empfehlen, wenn er / sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?	Eindeutig nicht	1	1,6%	4,00	0,733
	Ich glaube nicht	6	9,5%		
	Ich glaube ja	22	34,9%		
	Eindeutig ja	34	54,0%		
5. Wie zufrieden sind Sie mit dem Ausmaß der Hilfe, welche Sie hier erhalten haben?	Ziemlich unzufrieden	1	1,6%	3,00	0,643
	Leidlich oder leicht unzufrieden	3	4,8%		
	Weitgehend zufrieden	34	54,0%		
	Sehr zufrieden	25	39,7%		
6. Hat die Behandlung, die Sie hier erhielten, Ihnen dabei geholfen, angemessener mit Ihren Problemen umzugehen?	Nein, sie hat mir die Dinge schwerer gemacht	3	4,8%	4,00	0,806
	Nein, sie half eigentlich nicht	4	6,3%		
	Ja, sie half etwas	24	38,1%		
	Ja, sie half eine ganze Menge	32	50,8%		
7. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?	Ziemlich unzufrieden	0	0,0%	3,00	0,677
	Leidlich oder leicht unzufrieden	8	12,7%		
	Weitgehend zufrieden	30	47,6%		
	Sehr zufrieden	25	39,7%		
8. Würden Sie wieder in unsere Klinik kommen, wenn Sie eine Hilfe bräuchten?	Eindeutig nicht	2	3,2%	3,00	0,765
	Ich glaube nicht	5	7,9%		
	Ich glaube ja	25	39,7%		
	Eindeutig ja	31	49,2%		
ZUF-8 Gesamtscore				26	

Anhand der Betrachtung der relativen Häufigkeiten geht ein eindeutiger Trend dahingehend hervor, dass die Patienten den Fragebogen eher zugunsten der positiven Ausprägungen ausfüllten.

Zur Beurteilung des Zusammenhanges zwischen ZUF-8-Gesamtscore und dem KT-Zufriedenheitsscore wurde aufgrund der gegebenen Normalverteilung der beiden Scores die Korrelation nach Pearson berechnet. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der generellen Behandlungszufriedenheit und der Zufriedenheit mit der Kunsttherapie ($r=0,496$, $p<0,001$, $n=62$).

Abb. 10) **Sind Patienten, die zufriedener mit der Kunsttherapie sind auch generell zufriedener mit der stationären Versorgung?**



3.3.5 Fragestellung 5: Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen

5a) Geben schizophren erkrankte Patienten eher ein prästationäres Interesse an kreativer Betätigung an als die übrigen Diagnosegruppen?

Im Folgenden sollte der Frage nachgegangen werden, inwieweit bei den Patienten mit verschiedenen Diagnosen Interesse an kreativer Betätigung besteht. Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurden das Item "In meiner Freizeit male und/oder zeichne ich gerne" aus dem FKK, sowie die Diagnose nach ICD-10, vergeben durch die behandelnden Ärzte bei Einschluss in die Studie, herangezogen. Da viele Patienten mehrere Diagnosen hatten, wurde eine Rangfolge nach der Schwere der Erkrankung festgelegt, um den Patienten eine Hauptdiagnose zuzuweisen. So galt "Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis" > "Affektive Störungen" > "Persönlichkeitsstörungen" > "übrige Diagnosen". So wurde beispielsweise ein Patient mit der Diagnose Paranoide Schizophrenie der Gruppe "Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis" zugeordnet, auch wenn gleichzeitig noch eine Depression bestand. Da die meisten Patienten den ersten beiden Gruppen "Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis" oder "Affektive Störungen" zugeordnet werden konnten, waren die übrigen Gruppen zu gering besetzt, um mit ihnen sinnvolle Berechnungen durchführen zu können. Folglich lag der Fokus auf dem Vergleich der ersten beiden Diagnosegruppen.

Die folgende Tabelle zeigt die dichotomisierte Verteilung der Häufigkeiten innerhalb der vier Diagnosegruppen bezüglich des Items "Kunst als Freizeitbeschäftigung".

Tab. 30) Vergleich des prästationären kreativen Interesses innerhalb der Diagnosegruppen

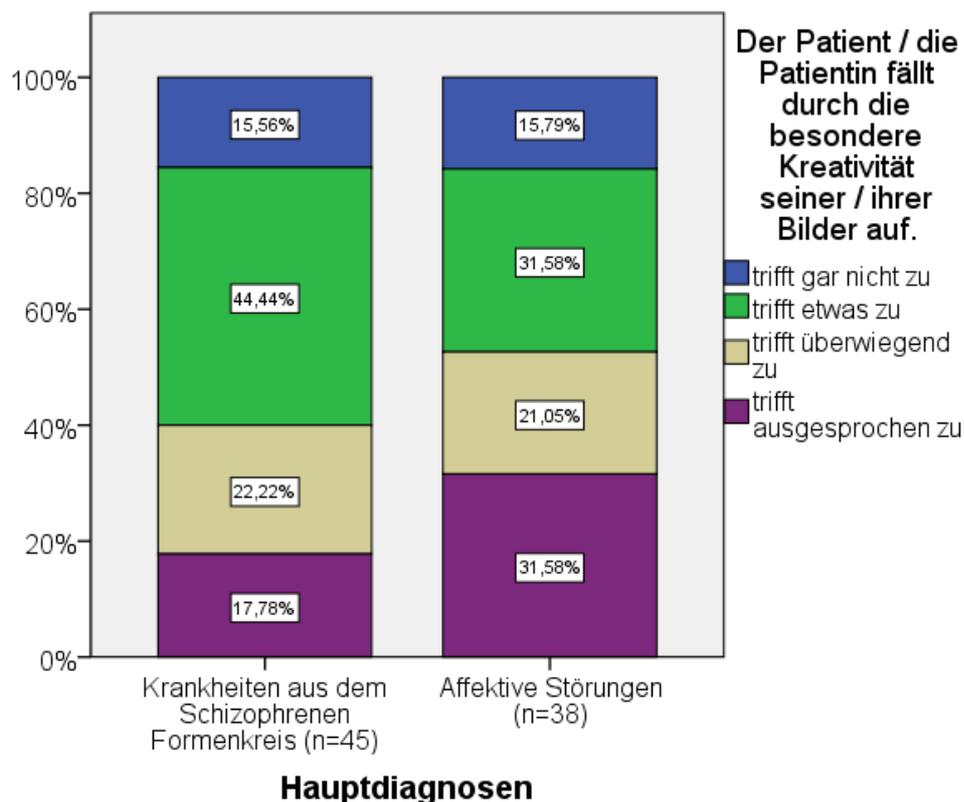
			In meiner Freizeit male und/oder zeichne ich gerne.		
			Nein	Ja	Gesamt
Hauptdiagnosen	Krankheiten aus dem Schizophrenen Formenkreis	Absolute Häufigkeit	34	14	48
		Relative Häufigkeit	70,8%	29,2%	100,0%
	Affektive Störungen	Absolute Häufigkeit	28	15	43
		Relative Häufigkeit	65,1%	34,9%	100,0%
	Persönlichkeitsstörungen	Absolute Häufigkeit	3	2	5
		Relative Häufigkeit	60,0%	40,0%	100,0%
	Sonstiges	Absolute Häufigkeit	3	2	5
		Relative Häufigkeit	60,0%	40,0%	100,0%
	Gesamt	Absolute Häufigkeit	68	33	101
		Relative Häufigkeit	67,3%	32,7%	100,0%

Es fällt auf, dass wie oben bereits angedeutet, die Hauptdiagnosegruppen "Persönlichkeitsstörungen" und "Sonstiges" zu gering besetzt sind, um Aussagen bezüglich des kreativen Interesses machen zu können. Die Gruppen "Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis" (n=48) sowie "Affektive Störungen" (n=43) sind jedoch annähernd gleich groß, sodass die folgenden Analysen anhand dieser Gruppen erfolgen. Da 2 Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 haben (> 20%), wird der Exakte Test nach Fisher interpretiert. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen schizophrenen und affektiv erkrankten Patienten bezüglich ihrer Aussage, in ihrer Freizeit gerne zu malen oder zu zeichnen (Fisher $X^2=2,138$, $df=3$, $p=0,572$ (exakte Signifikant zweiseitig), $n=91$). Es ist ein Trend dahingehend ersichtlich, dass Patienten aus der Gruppe "Affektive Störungen" häufiger angeben, in ihrer Freizeit zu malen und / oder zu zeichnen, als in der Gruppe "Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis".

5b) Werden schizophran erkrankte Patienten von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft als die übrigen Diagnosegruppen?

Die Kunsttherapeutinnen sollten zu der Aussage "Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf." Stellung nehmen und dies entweder mit "Trifft ausgesprochen zu", "Trifft überwiegend zu", "Trifft etwas zu" oder "Trifft gar nicht zu" bewerten. Untersucht wurde die Verteilung dieser Bewertungen innerhalb der beiden Diagnosegruppen der schizophranen und der affektiv erkrankten Patienten. Es wurden von den Kunsttherapeutinnen eher Patienten mit affektiven Störungen als kreativ bewertet, als Patienten mit Schizophrenie. Dieser Trend nimmt jedoch kein signifikantes Ausmaß an. Da keine der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 hat, wird der Chi-Quadrat-Test nach Pearson interpretiert (Pearson $X^2=2,527$, $df=3$, $p=0,474$ (exakte zweiseitige Signifikanz), $n=83$).

Abb. 11) Werden schizophran erkrankte Patienten von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft als die übrigen Diagnosegruppen?



5c) Schätzen schizophrene erkrankte Patienten ihren persönlichen Nutzen an der Kunsttherapie im zeitlichen Verlauf höher ein als die übrigen Diagnosegruppen?

Tab. 31) **Einschätzung des subjektiven Nutzens an der KT innerhalb der Diagnosegruppen**

Wie wichtig ist die KT für Ihren Genesungsprozess?	Hauptdiagnosen					
	Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis		Affektive Störungen		Gesamt (F2+F3)	
	Prä	Post	Prä	Post	Prä	Post
Eher unwichtig	15	16	15	9	30	25
	34,9%	42,1%	40,5%	27,3%	37,5%	35,2%
Eher wichtig	28	22	22	24	50	46
	65,1%	57,9%	59,4%	72,7%	62,5%	64,8%
Gesamt	43	38	37	33	80	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Die dichotomisierte Tabelle zeigt, dass die Einschätzung der Patienten, wie wichtig die Kunsttherapie für ihren Genesungsprozess ist, relativ unabhängig von der jeweiligen Diagnose ist. Auch ändert sich die Meinung der Patienten zwischen den beiden Beobachtungszeitpunkten nicht wesentlich. Sowohl zum ersten, als auch zum zweiten Beobachtungszeitpunkt fanden jeweils ca. zwei Drittel der Patienten, dass die KT "Eher wichtig" für den Genesungsprozess sei (prä 62,5%, post 64,8%). Etwas mehr als ein Drittel der Patienten fanden sowohl prä als auch post, dass die KT "Eher unwichtig" für die Genesung sei (prä 37,5%, post 35,2%).

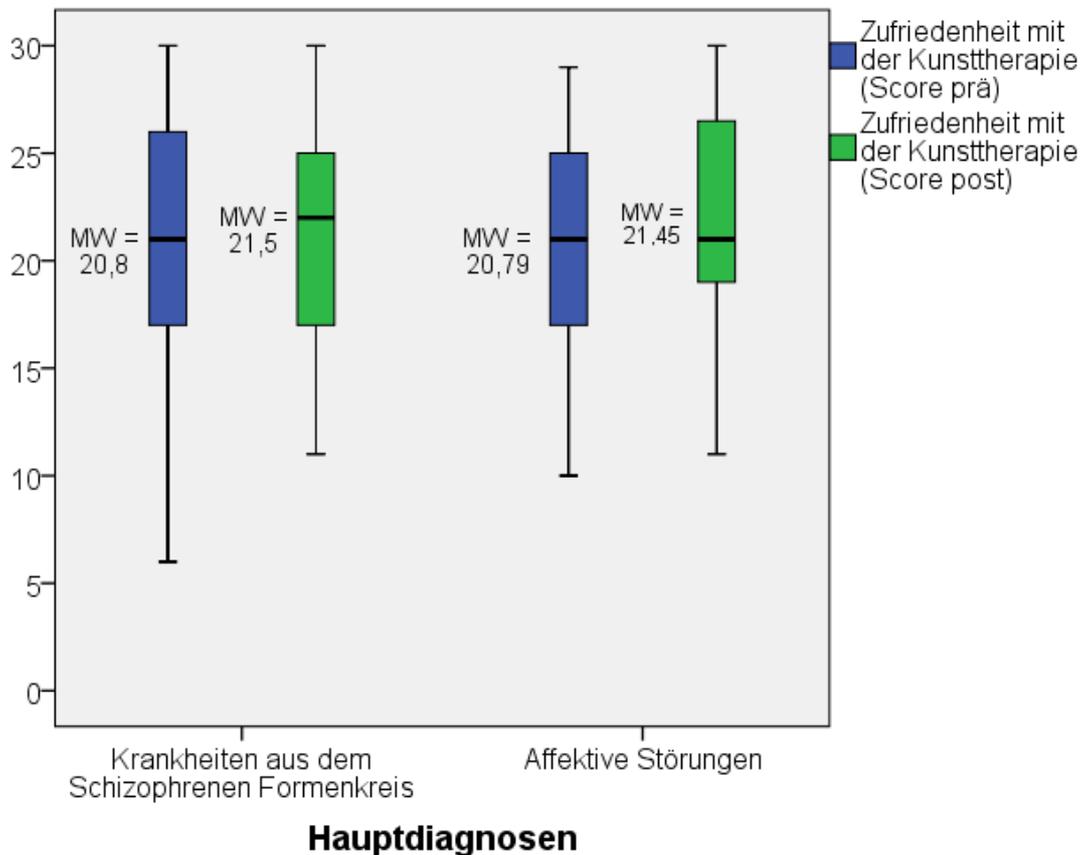
Bei schizophren Erkrankten ist eine Abnahme um 7%, bei den affektiv Erkrankten jedoch eine Zunahme um 14% erkennbar. Möglicherweise spiegelt sich darin die unterschiedliche Genesungsgeschwindigkeit in beiden Patientengruppen wieder.

Da die Zelhäufigkeit der Ursprungstabelle in mehr als 20% der Zellen kleiner 5 ist, wird ein Fisher-Exakt-Test durchgeführt. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Diagnosegruppen bezüglich der subjektiven Einschätzung inwieweit die Kunsttherapie sich positiv auf den Genesungsprozess auswirkt (X^2 nach Fisher Exakt=0,419, df=3, p=0,713 (exakte Signifikanz 2-seitig), n=80).

5d) Sind schizophren erkrankte Patienten im zeitlichen Verlauf zufriedener mit der Kunsttherapie als die übrigen Diagnosegruppen?

Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurden erneut Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Patienten mit affektiven Störungen miteinander verglichen. Die abhängige Variable war der Kunsttherapie-Zufriedenheitsscore, der prä und post aus den Items des FKT berechnet wurde. Bei diesem lag zu beiden Zeitpunkten eine Normalverteilung vor, folglich wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit zwei Messzeitpunkten zum Vergleich der Mittelwerte in beiden Gruppen und zu beiden Zeitpunkten berechnet. Das Ergebnis ist nicht signifikant. Es liegen weder ein Wechselwirkungs- noch ein additiver Effekt vor. Auch hat weder der Faktor Zeit, noch der Faktor Diagnose genügend Einfluss, um ein signifikanter Haupteffekt zu werden. Es besteht zu beiden Zeitpunkten fast kein Unterschied zwischen den Patienten mit affektiven Störungen und jenen mit Schizophrenie bezüglich ihrer Zufriedenheit mit der Kunsttherapie. Es lässt sich lediglich ein sehr schwacher Trend feststellen, dass die Zufriedenheit bei den schizophren erkrankten Patienten (Mittelwert Prä: 20,80, post: 21,50) etwas höher als bei den Patienten mit affektiver Störung (Mittelwert Prä: 20,79, post: 21,45) ist.

Abb. 12) **Sind schizophren erkrankte Patienten generell zufriedener mit der Kunsttherapie als die übrigen Diagnosegruppen?**



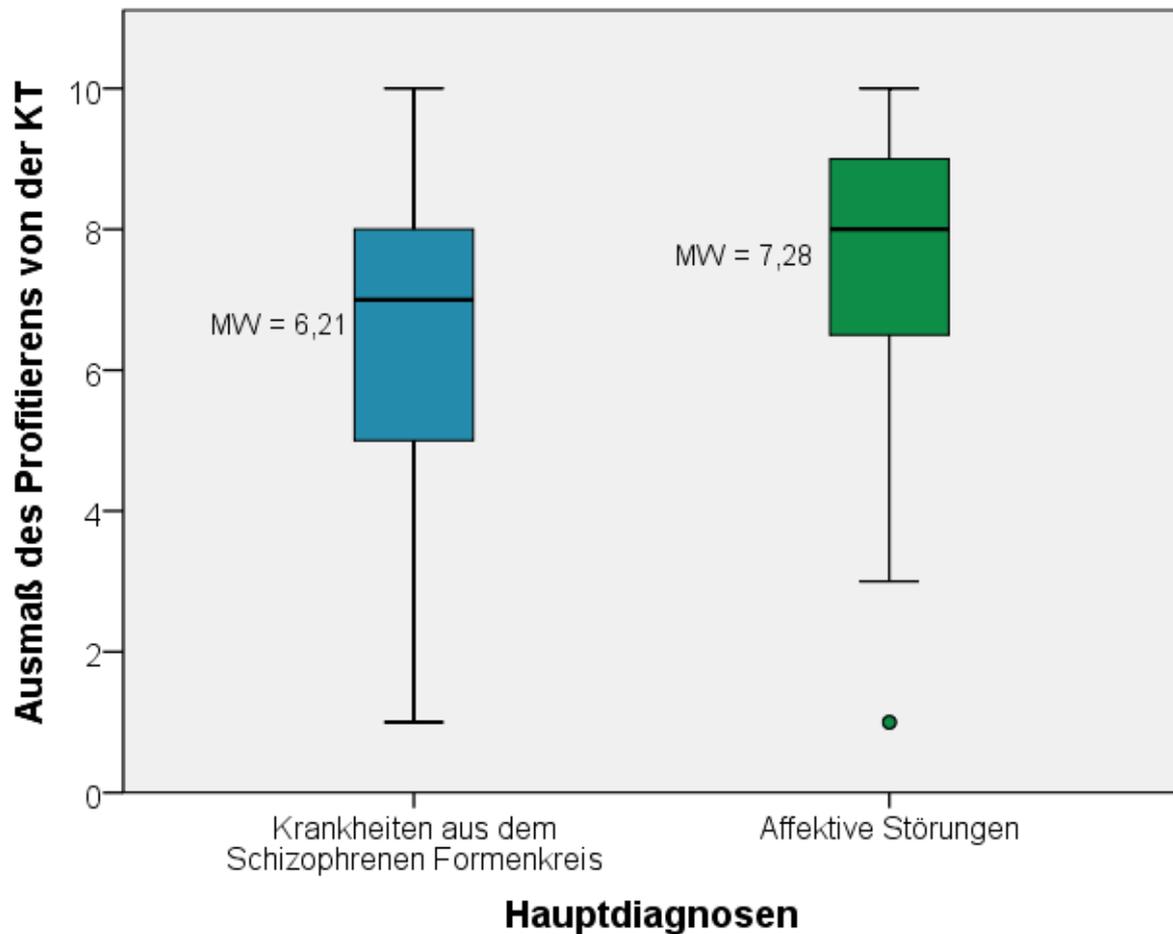
5e) Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen schizophren erkrankte Patienten eher von der Kunsttherapie als Patienten mit anderweitigen Diagnosen?

Die Einschätzung der Kunsttherapeutin, in welchem Ausmaß ein Patient ihrer Meinung nach von der Kunsttherapie profitiert, stand am Ende des vierwöchigen Beobachtungsintervalls. Im Mittel erhielten die Patienten dabei einen Wert von 6,65 (SD: 2,702). Es wurden alle Werte von 1 bis 10 vergeben.

Patienten mit Krankheiten aus dem Schizophrenen Formenkreis hatten dabei einen Mittelwert von 6,21 (SD: 2,80, n=51), Patienten mit affektiven Störungen einen Wert von 7,28 (SD: 2,43, n=43). Die Daten sind nicht normalverteilt. Anhand des Mann-Whitney-U-Testes für unverbundene Stichproben konnte nachgewiesen werden, dass hier ein starker Trend zugunsten der Patienten mit Affektstörungen vorliegt und

der p-Wert das Signifikanzniveau nur knapp überschreitet (M-W-U=838,500, $p=0,066$, $n=74$).

Abb. 13) **Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutin schizophren erkrankte Patienten eher von der Kunsttherapie?**



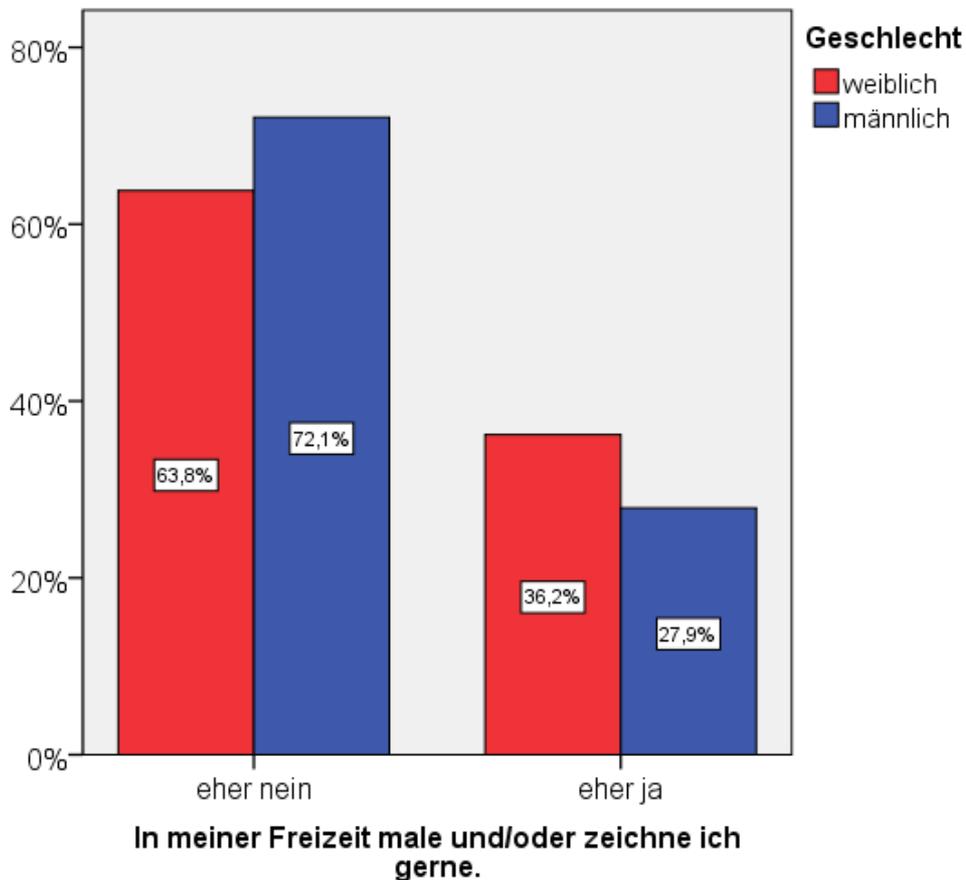
3.3.6 Fragestellung 6: Geschlechterunterschiede

6a) Geben Frauen eher ein Interesse an kreativer Betätigung an als Männer?

Um diese Hypothese zu überprüfen wurde das Item "In meiner Freizeit male und/oder zeichne ich gerne" in Bezug auf das Geschlecht (Männer: n=43, Frauen: n=58) genauer untersucht. Es zeichnet sich ein Trend ab, dass Frauen etwas häufiger angeben, in ihrer Freizeit gerne zu malen oder zu zeichnen. 25,9% der Frauen bezeichneten dies als "äußerst zutreffend" verglichen mit 16,3% der Männer. "überwiegend zutreffend" nannten dies 10,3% der Frauen und 11,6% der Männer. Als "etwas zutreffend" in ihrer Freizeit gerne zu malen oder zu zeichnen bezeichneten dies unter den männlichen Patienten 34,9% und unter den weiblichen Patienten 27,6%. 36,2% der Frauen und 37,2% der Männer fanden diese Aussage "gar nicht zutreffend". Weniger als 20% der Zellen besitzen eine Häufigkeit kleiner 5, somit kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson interpretiert werden. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich ihrer Affinität zu kreativer Betätigung (Pearson $X^2=1,514$, $df=3$, $p=0,695$ (exakte Signifikanz zweiseitig), $n=101$).

Die untenstehende Grafik zeigt anhand der dichotomisierten Daten den Trend zugunsten der weiblichen Patienten.

Abb. 14) **Geben Frauen eher ein Interesse an kreativer Betätigung an als Männer?**

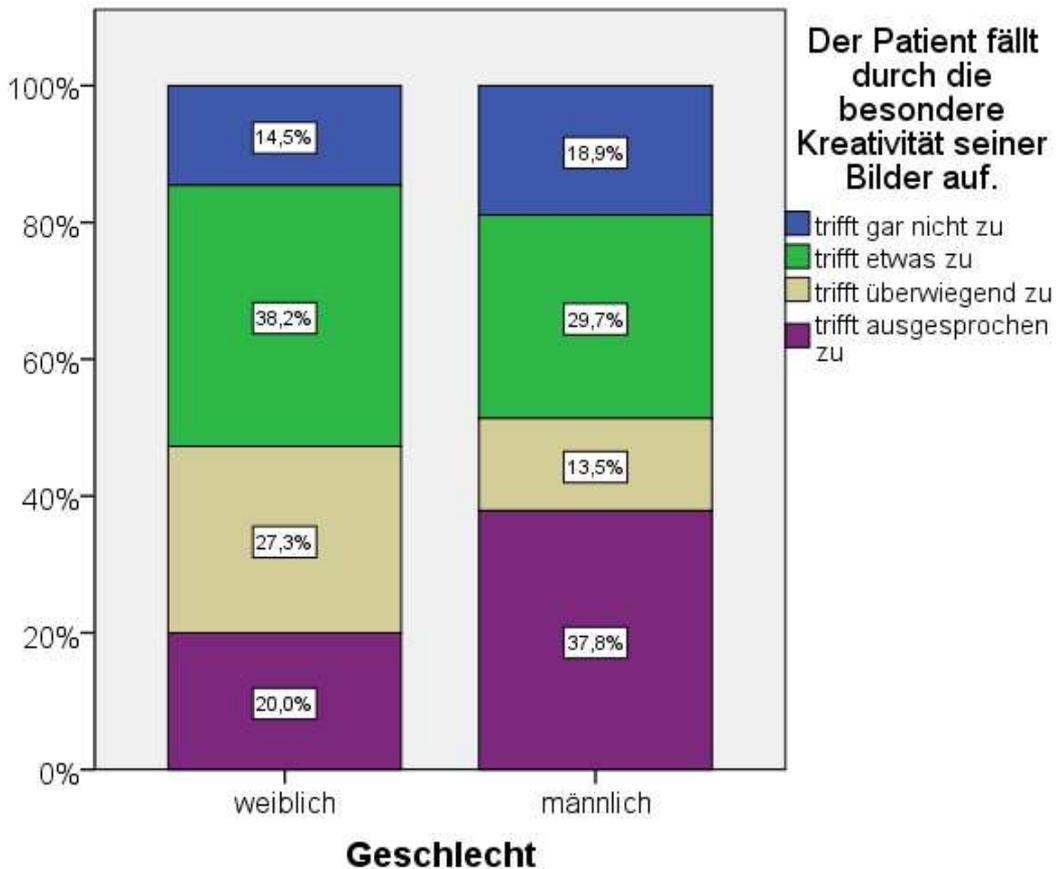


6b) Werden Frauen von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft als Männer?

Die Aussage "Der Patient fiel durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf." wurde von den Kunsttherapeutinnen für 37,8% der Männer mit "trifft ausgesprochen zu" bewertet, von den Frauen war dies bei 20,0% der Fall. "Trifft überwiegend zu" wurde für 13% der männlichen und 27,3% der weiblichen Patienten gewählt. Gemäß dem Urteil der Kunsttherapeutinnen trifft die besondere Kreativität der Bilder bei 29,7% der Männer etwas zu, hingegen bei 38,2% der Frauen. "Trifft gar nicht zu" wurde bei 18,9% der männlichen und 14,5% der weiblichen Patienten gewählt. Da in keiner der Zellen eine Häufigkeit kleiner 5 besteht, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson interpretiert werden. Alles in allem besteht nach Meinung der Kunsttherapeutinnen kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Kreativität (Pearson $X^2=5,230$, $df=3$, $p=0,163$ (exakte Signifikanz

zweiseitig), n=92). Ein Trend kann zugunsten der Männer beobachtet werden, die von den Kunsttherapeutinnen als etwas kreativer bewertet wurden.

Abb. 15) **Werden Frauen von der Kunsttherapeutin eher als kreativ eingestuft als Männer?**



6c) Schätzen Frauen ihren persönlichen Nutzen an der Kunsttherapie im zeitlichen Verlauf höher ein als Männer?

Bei der Beantwortung der Frage "Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess?" gab es sowohl prä als auch post Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Frauen schätzen Ihren Nutzen an der Kunsttherapie höher ein als Männer. Bereits bei der vierstufigen Ordinalskala ist ein starker Trend in diese Richtung ersichtlich Da in mehr als 20% der Zellen die Häufigkeit kleiner 5 war, wurde der Exakte Test nach Fisher interpretiert (prä: X^2 nach Fisher=3,697, $p=0,298$ (exakte Signifikanz zweiseitig), n=88; post: X^2 nach Fisher=6,731, $p=0,075$ (exakte

Signifikanz zweiseitig), n=79). Nach Dichotomisierung der Ergebnisse ("Ausgesprochen wichtig" und "Überwiegend wichtig" zu "Wichtig" und "Eher unwichtig" und "Ziemlich unwichtig" zu "Unwichtig") und Durchführung des McNemar-Testes für 2x2-Tabellen, wird ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich ihrer Einstellung zum Stellenwert der Kunsttherapie deutlich ($p=0,014$, $n=79$).

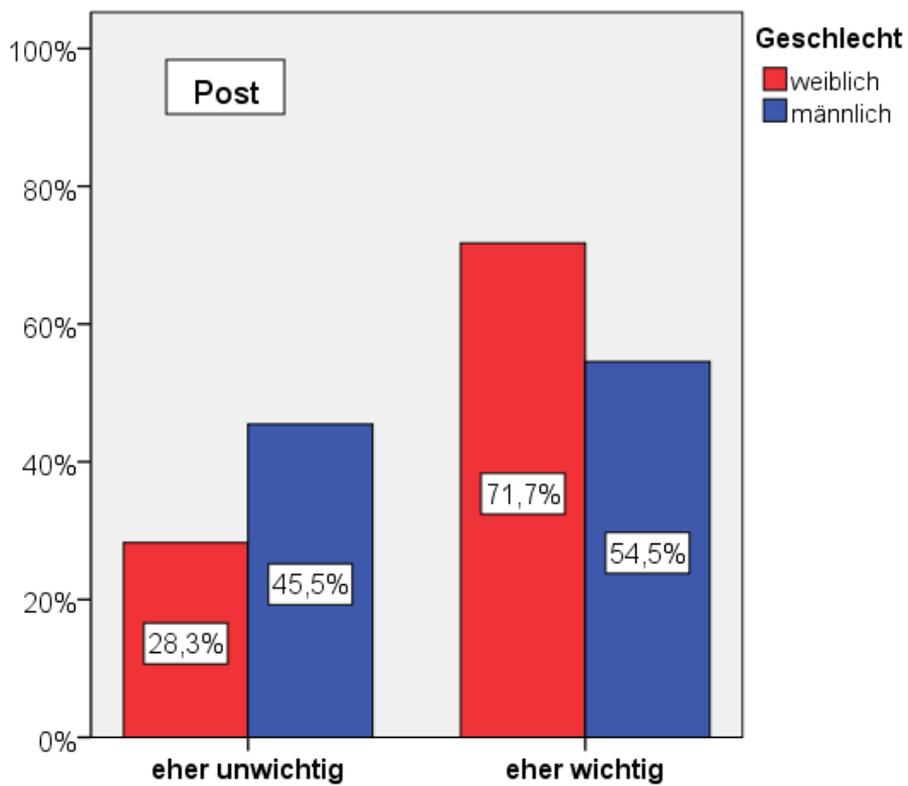
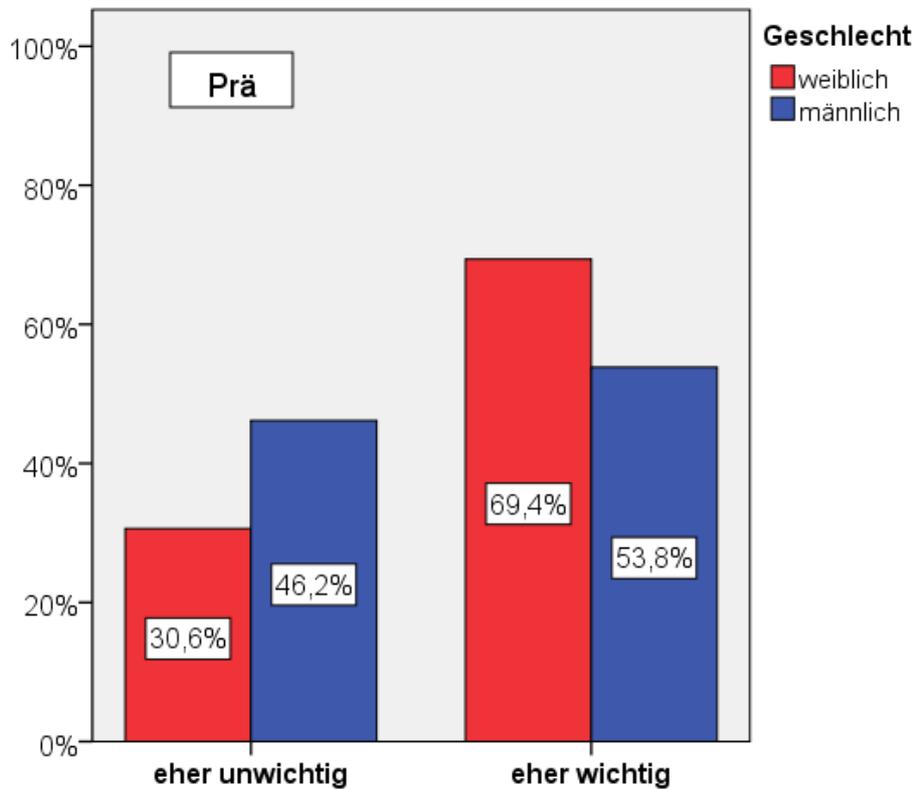
Tab. 32) **Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess?**

(Geschlechtervergleich, prä / post)

Prä		Eher unwichtig	Eher wichtig	Gesamt
Geschlecht	weiblich	15	34	49
		30,6%	69,4%	100,0%
	männlich	18	21	39
		46,2%	53,8%	100,0%
	Gesamt	33	55	88
		37,5%	62,5%	100,0%

Post		Eher unwichtig	Eher wichtig	Gesamt
Geschlecht	weiblich	13	33	46
		28,3%	71,7%	100,0%
	männlich	15	18	33
		45,5%	54,5%	100,0%
	Gesamt	28	51	79
		35,4%	64,6%	100,0%

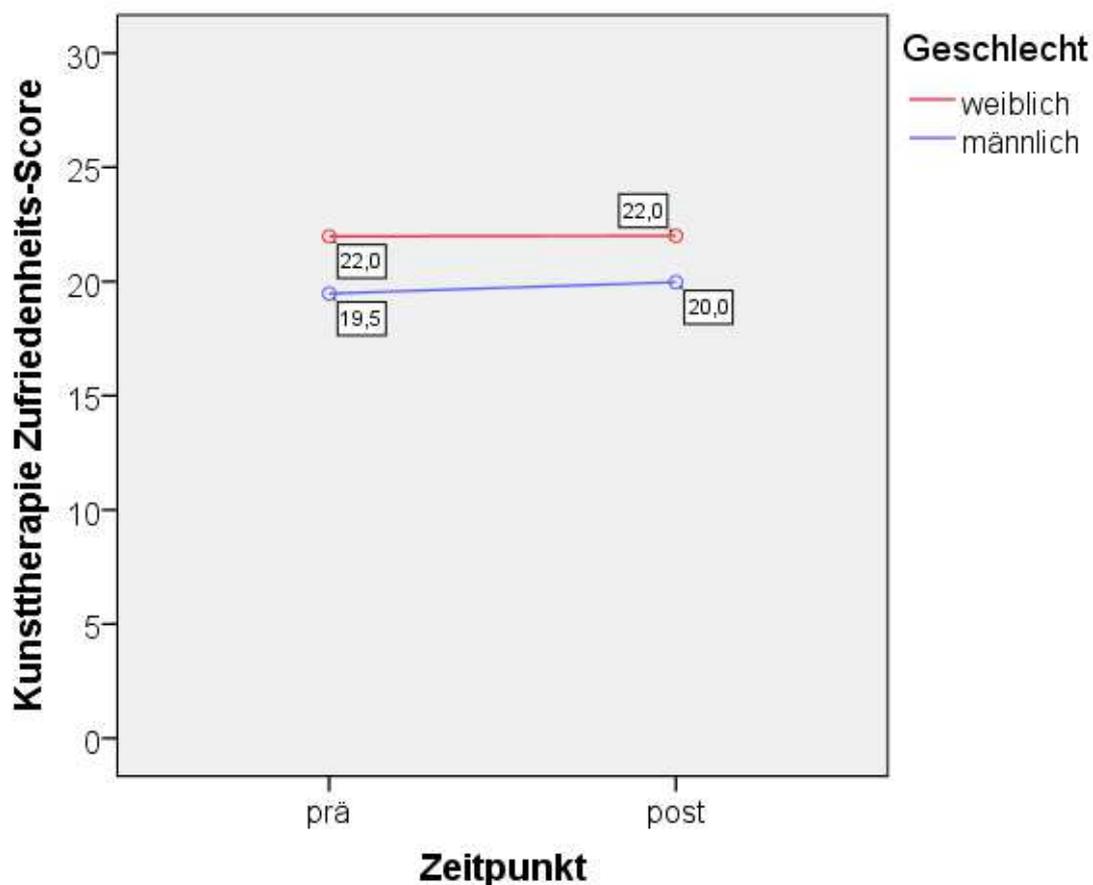
Abb. 16) **Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess?** (Geschlechtervergleich, prä / post)



6d) Sind Frauen im zeitlichen Verlauf zufriedener mit der Kunsttherapie als Männer?

Um die Zufriedenheit der Frauen mit der Kunsttherapie mit denen der Männer zu beiden Zeitpunkten zu vergleichen, wurde nach Bestätigung der Normalverteilung der Daten (K-S-Test), eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung berechnet. Es besteht keine signifikante Wechselwirkung, allerdings ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern relativ groß, wodurch auf das Geschlecht als Hauptfaktor geschlossen werden kann. Somit besteht ein beinahe signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p=0,052$). Frauen sind demnach über die Zeit konstant zufriedener mit der Kunsttherapie als Männer.

Abb. 18) Sind Frauen generell zufriedener mit der Kunsttherapie als Männer?



6e) Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen Frauen eher von der Kunsttherapie als Männer?

In die Berechnung wurden der KT-Profit-Score sowie das Geschlecht miteinbezogen. Der KT-Profit-Score weist keine Normalverteilung auf, deshalb wurde zum Vergleich der Mittelwerte der Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben verwendet. Gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen gibt es keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich des Profitierens von der Kunsttherapie. Männer hatten auf der KT-Profit Skala einen durchschnittlichen Wert von 6,76 von 10 möglichen Punkten (SD: 2,773, n=33), Frauen von 6,58 (SD: 2,681, n=50). Es zeigt sich ein schwacher Trend zugunsten der Männer, jedoch ergab der Mann-Whitney-U-Test keinen signifikanten Unterschied (M-W-U=878,500, p=0,615 (asymptotische Signifikanz zweiseitig), n=83). Männer und Frauen scheinen in ähnlichem Ausmaß von der Kunsttherapie zu profitieren.

3.3.7 Fragestellung 7: Bildungshintergrund

Der Bildungs- und Ausbildungsstand der Patienten wurde zunächst anhand der CASMIN-Klassifikation (siehe Anhang) erfasst. Aufgrund der Kollektivgröße von 101 Patienten und der daraus resultierenden geringen Besetzung der einzelnen CASMIN-Gruppen wurde jedoch eine Einteilung in 3 Gruppen vorgenommen. Diese waren "(Fach-) Hochschulreife mit/ohne Studium oder Ausbildung", "Mittlere Reife mit/ohne Ausbildung" und "Hauptschulabschluss oder kein Abschluss". Die Zusammenfassung der Patienten mit Hauptschulabschluss und jenen ohne jeden Abschluss geschah nicht um eine Gleichwertigkeit auszudrücken, sondern wegen der geringen Patientenzahl in beiden Gruppen.

Somit stellt sich folgende Verteilung der Häufigkeiten dar:

Tab. 33) **Schulbildung**

		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Schulbildung	(Fach-)Hochschulreife mit/ohne Studium oder Ausbildung	45	44,6%
	Mittlere Reife mit/ohne Ausbildung	36	35,6%
	Hauptschulabschluss oder kein Abschluss	20	19,8%
	Gesamt	101	100,0%

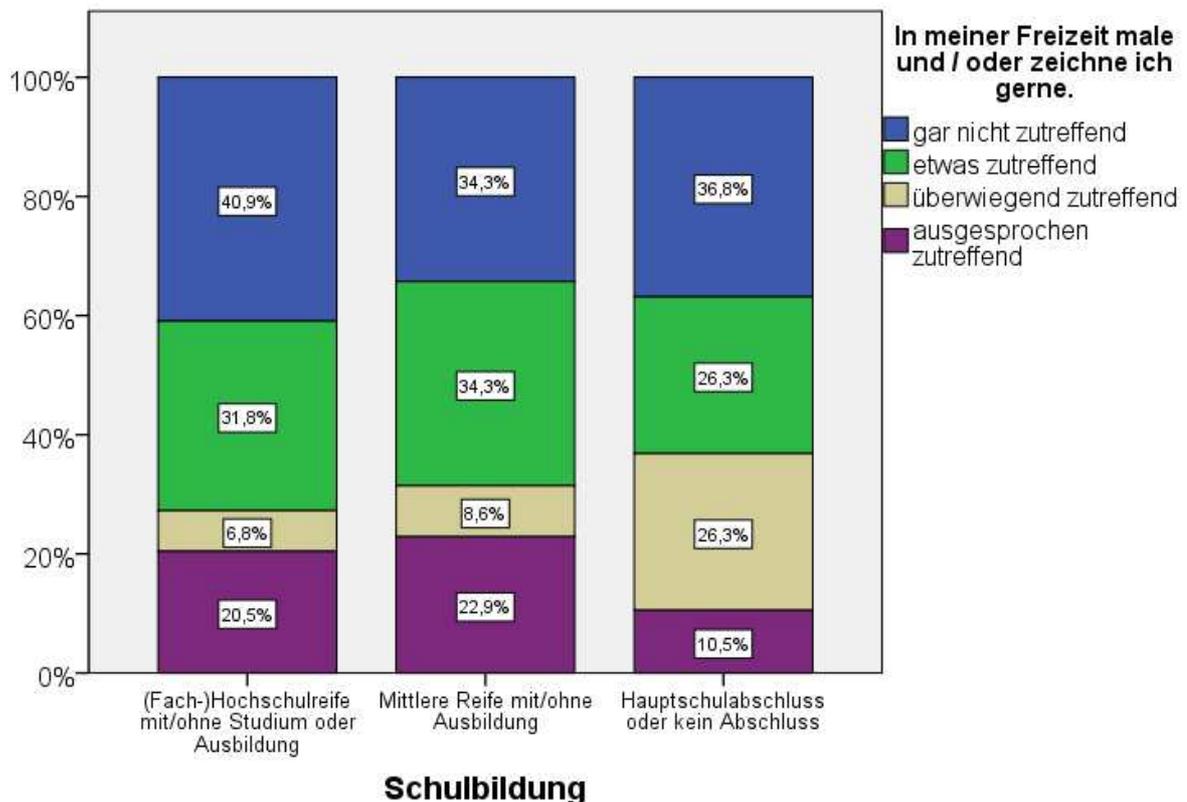
Der Großteil der Studienpatienten besitzt die Hochschulreife oder Fachhochschulreife, knapp 20% einen Hauptschulabschluss oder gar keinen Abschluss.

7a) Geben Patienten mit höherer Schulbildung eher ein Interesse an kreativer Betätigung an als Patienten mit einem niedrigeren Schulabschluss?

Es wurde für diese Fragestellung wieder die Variable "In meiner Freizeit male und oder zeichne ich gerne" verwendet und ihre Verteilung zwischen den verschiedenen Bildungsschichten untersucht.

Da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 hatten, wurde der Exakte Test nach Fisher interpretiert. Es ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten mit verschiedenem Bildungsbackground feststellen (X^2 nach Fisher=5,431, $df=6$, $p=0,496$ (exakte Signifikanz zweiseitig), $n=98$). Auch der Fisher-Exakt-Test bei Patienten mit (Fach-)Hochschulreife vs. den restlichen Patienten ergab kein signifikantes Ergebnis. Die Nullhypothese kann somit nicht abgelehnt werden, und es gibt keinen Anhalt dafür, dass das Interesse an kreativer Betätigung abhängig vom Bildungsstand des jeweiligen Patienten ist.

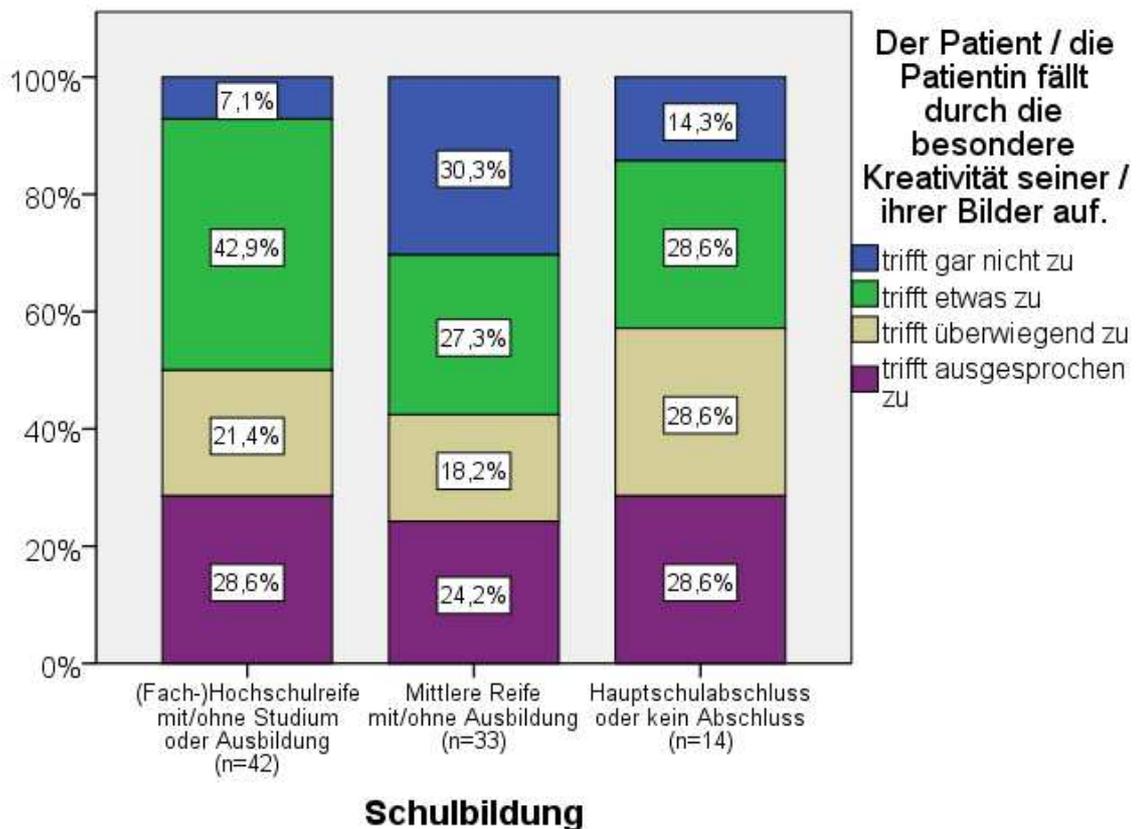
Abb. 18) Zeigen Patienten mit höherer Schulbildung ein größeres Interesse an künstlerischer Betätigung als Patienten mit einem niedrigeren Schulabschluss?



7b) Werden Patienten mit höherer Schulbildung von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft als Patienten mit niedrigerer Schulbildung?

Ähnliche Ergebnisse lieferte die Betrachtung der Variable "Der Patient fällt durch die besondere Kreativität seiner Bilder auf". In die Untersuchung gingen erneut die Schulbildung als unabhängige Variable ein, sowie die Einschätzung der Kunsttherapeutinnen "Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf". Da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 hatten, wurde der Exakte Test nach Fisher interpretiert. Es ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen bezüglich ihrer Kreativität feststellen (X^2 nach Fisher Exakt=7,825, $df=6$, $p=0,243$, Exakte Signifikanz zweiseitig, $n=89$). Die Kreativität der in der Kunsttherapie entstehenden Bilder scheint somit unabhängig vom jeweiligen Bildungsstand zu sein.

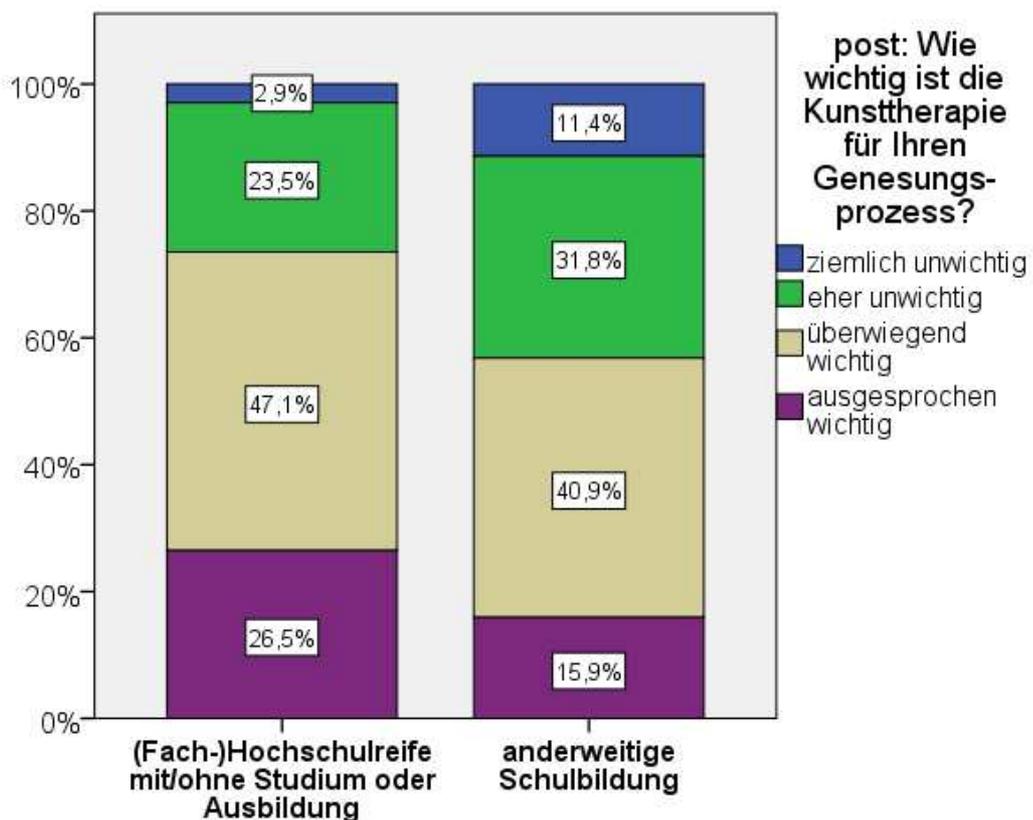
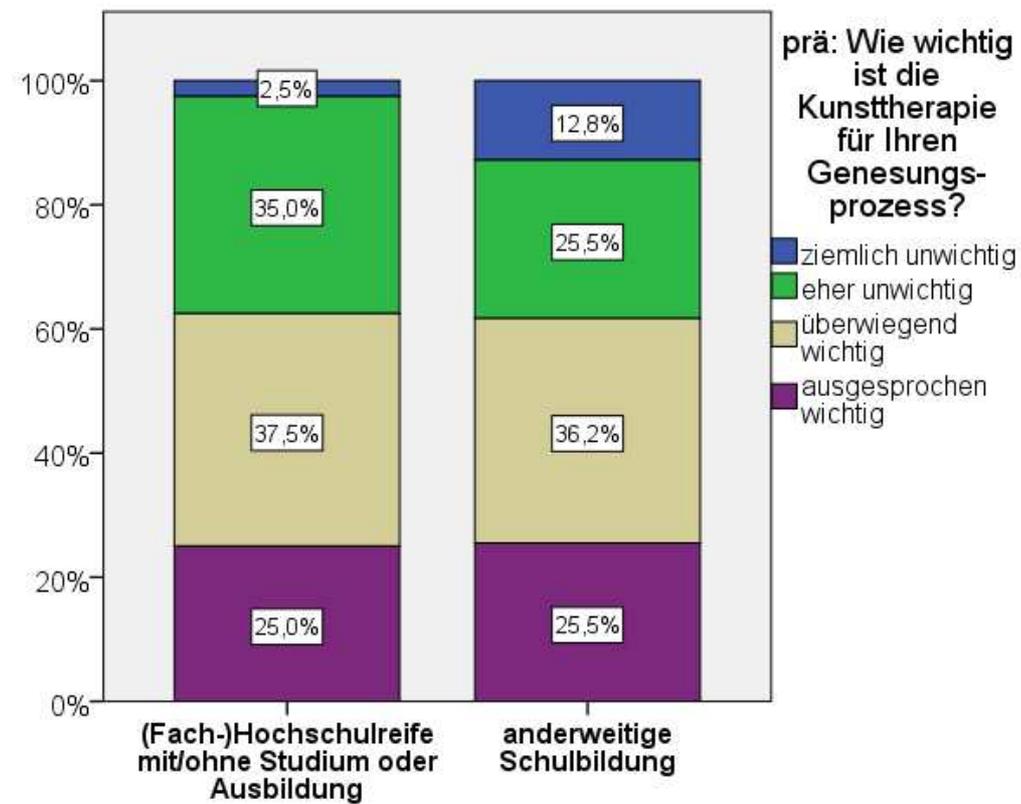
Abb. 19) **Werden Patienten mit höherer Schulbildung von der Kunsttherapeutin eher als kreativ eingestuft?**



7c) Schätzen Patienten mit höherer Schulbildung im zeitlichen Verlauf ihren persönlichen Nutzen an der KT höher ein als Patienten mit niedrigerer Schulbildung?

In die Untersuchung gingen die unabhängige Variable "Schule", sowie Bewertung der Patienten bezüglich der Frage "Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess?" ein. Da mehr als 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 hatten, wurde der Exakte Test nach Fisher interpretiert. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen bezüglich ihrer Meinung, wie wichtig die Kunsttherapie für ihren Genesungsprozess ist (X^2 nach Fisher Exakt=7,110, $p=0,297$, Exakte Signifikanz zweiseitig, $n=87$). Es besteht ein sehr schwacher Trend dahingehend, dass Patienten mit (Fach-)Hochschulreife ihren persönlichen Nutzen etwas höher einschätzen als Patienten mit anderweitiger Schulbildung (prä: Spearman-Rho=-0,037, $p=0,733$, post: Spearman-Rho=-0,199, $p=0,081$).

Abb. 20) Schätzen Pat. mit höherer Schulbildung ihren persönlichen Nutzen an der Kunsttherapie höher ein? (prä / post)



7d) Sind Patienten mit höherer Schulbildung im zeitlichen Verlauf zufriedener mit der Kunsttherapie als Patienten mit einem niedrigeren Schulabschluss?

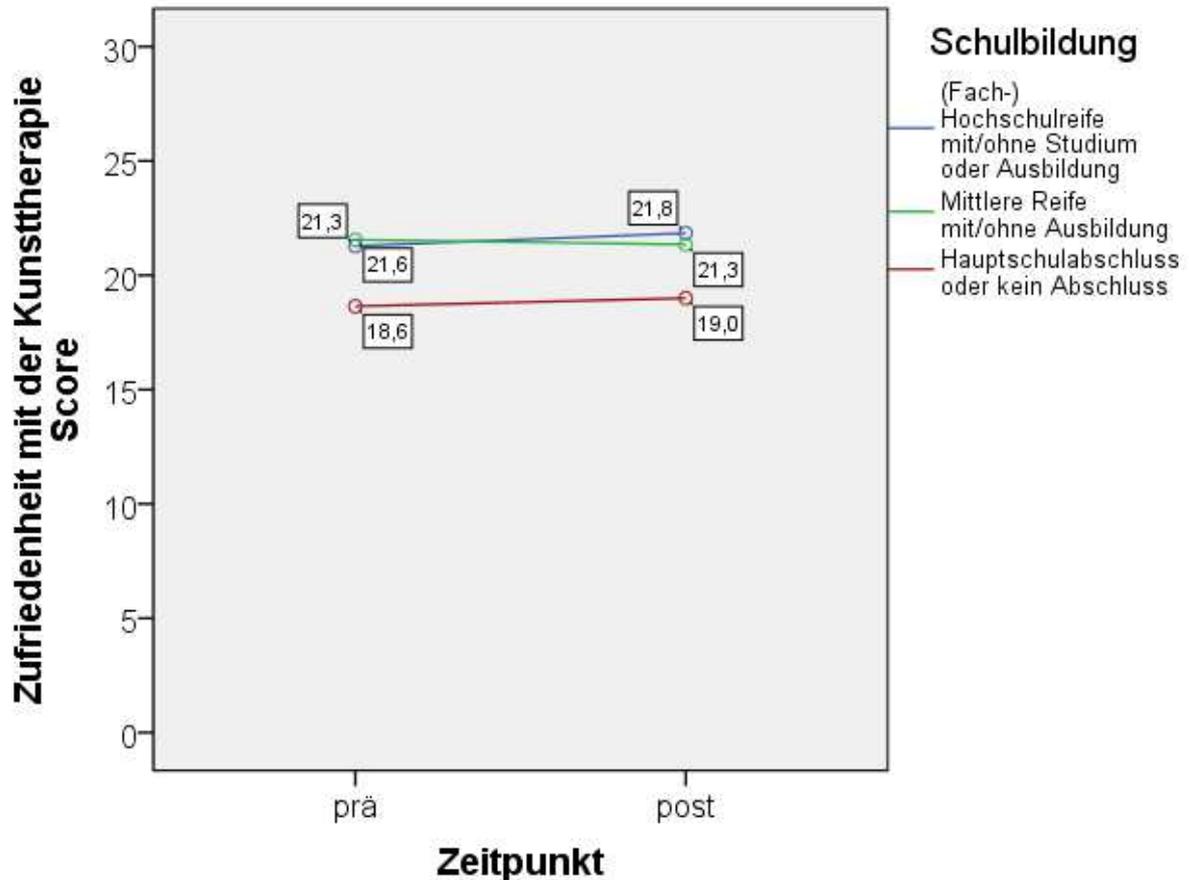
Es wurden die Schulbildung als unabhängige Variable, sowie die Scores der Zufriedenheit mit der Kunsttherapie prä und post betrachtet. Aus der nachfolgenden Tabelle wird ersichtlich, dass Patienten mit (Fach-)Hochschulreife zwar eine etwas höhere Zufriedenheit an der KT angeben als Patienten mit Hauptschulabschluss oder keinem Abschluss, die Unterschiede jedoch marginal sind.

Tab. 34) **Sind Patienten mit höherer Schulbildung generell zufriedener mit der Kunsttherapie? (prä / post)**

	Schulbildung	Mittelwert	Standard-abweichung	n
Zufriedenheit mit der Kunsttherapie (Score prä)	(Fach-)Hochschulreife mit/ohne Studium oder Ausbildung	21,28	4,733	32
	Mittlere Reife mit/ohne Ausbildung	21,55	5,501	29
	Hauptschulabschluss oder kein Abschluss	18,64	7,722	14
	Gesamt	20,89	5,701	75
Zufriedenheit mit der Kunsttherapie (Score post)	(Fach-)Hochschulreife mit/ohne Studium oder Ausbildung	21,84	4,712	32
	Mittlere Reife mit/ohne Ausbildung	21,34	5,440	29
	Hauptschulabschluss oder kein Abschluss	19,00	6,928	14
	Gesamt	21,12	5,480	75

Zur Überprüfung dieser Fragestellung wurde, nach der Probe auf Normalverteilung, eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung berechnet, die keine signifikanten Unterschiede nachweisen konnte. Es besteht zu beiden Beobachtungszeitpunkten kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit (Fach-)Hochschulreife und jenen mit Mittlerer Reife. Der Hauptfaktor Schulbildung macht sich nur bei denjenigen Patienten mit Hauptschulabschluss oder keinem Abschluss bemerkbar. Es bestehen keine signifikanten Wechselwirkungen. Generell kann davon ausgegangen werden, dass die Schulbildung eher keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Kunsttherapie hat.

Abb. 21) **Sind Patienten mit höherer Schulbildung generell zufriedener mit der Kunsttherapie?**

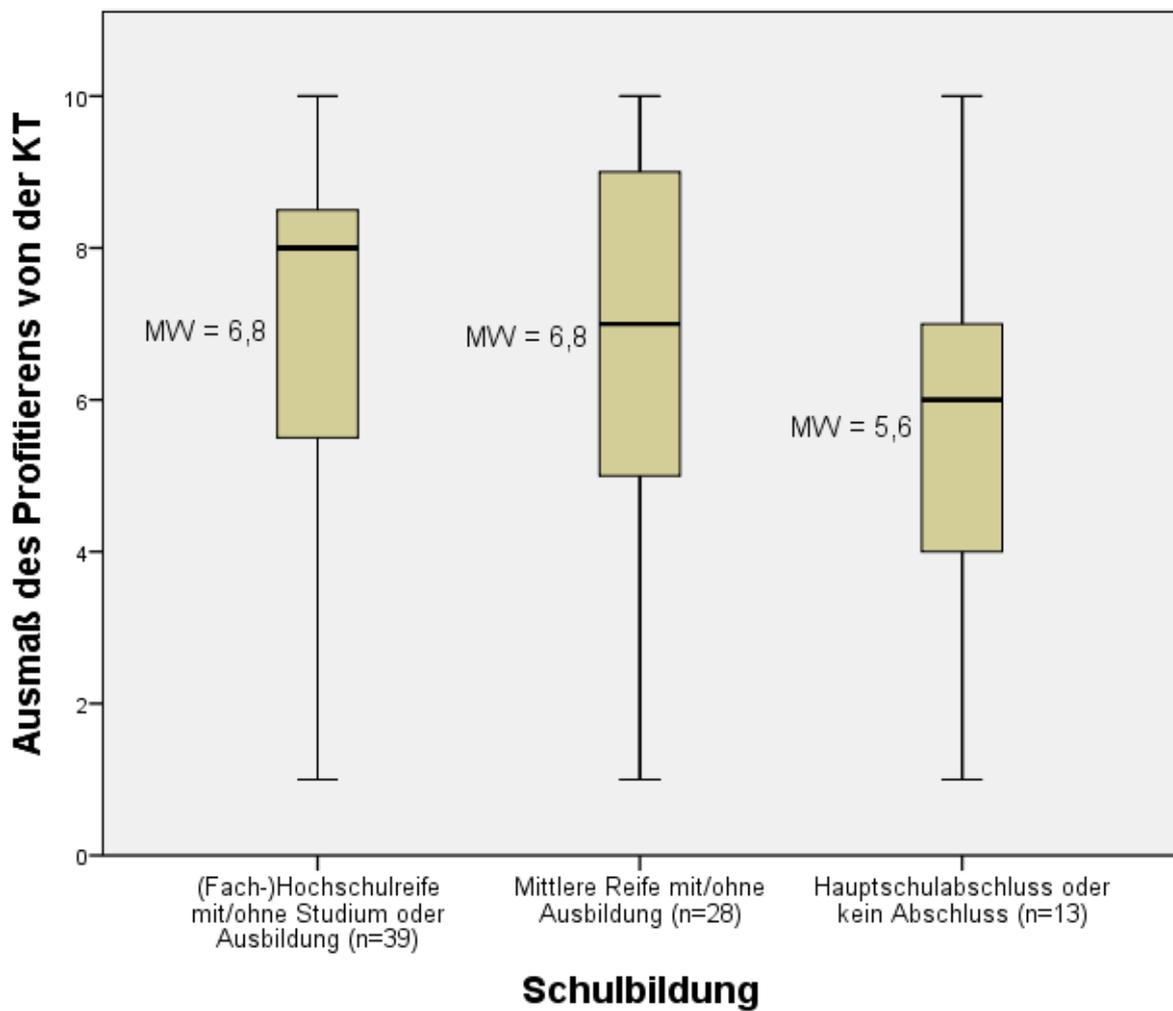


7e) Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen Patienten mit höherer Schulbildung eher von der Kunsttherapie als Patienten mit niedrigerem Schulabschluss?

In die Berechnung ging die Schulbildung als unabhängige Variable und der KT-Profit-Score der Kunsttherapeutinnen als abhängige Variable ein. Die Mittelwerte des KT-Profit-Scores sind bei Patienten mit (Fach-)Hochschulreife und Mittlerer Reife exakt identisch und betragen 6,79 von 10 möglichen Punkten (Gym: SD=2,525, n=39, MR: SD=2,973, n=28). Patienten mit Hauptschulabschluss oder keinem Abschluss (n=13) bekamen von den Kunsttherapeutinnen im Mittel einen KT-Profit-Wert von 5,62 zugesprochen (SD=2,815). Patienten mit höherer Schulbildung als einem Hauptschulabschluss scheinen also tendenziell etwas mehr von der Kunsttherapie zu

profitieren. Zum Vergleich der Mittelwerte wurde der Kruskal-Wallis-Test für unabhängige Stichproben berechnet. Dieser zeigt allerdings, dass der Zusammenhang nicht signifikant ist (Teststatistik=2,769, df=2, p=0,250, Asymptotische Signifikanz zweiseitig, n=80).

Abb. 22) **Ausmaß des Profitierens von der Kunsttherapie in den einzelnen Bildungsgruppen**



3.3.8 Fragestellung 8: Krankheitseinsicht

Die Krankheitseinsicht der Patienten wurde mit drei verschiedenen Skalen gemessen. Im Selbstrating füllten die Patienten zu Beginn und nach 4 Wochen Kunsttherapie die Cognitive Insight Scale von Beck et al. (2004) sowie die Insight Scale von Birchwood et al. (1994) aus. Als zusätzliches Fremdrating gab der jeweilige behandelnde Arzt zu beiden Zeitpunkten sein Urteil ab anhand der Bewertungsskala des SUMD von Amador et al. (1993).

3.3.8.1 Cognitive Insight Scale (Beck et al.)

Die nachfolgende Tabelle zeigt die dichotomisierten absoluten und relativen Häufigkeiten der Cognitive Insight Scale zu beiden Untersuchungszeitpunkten.

Tab. 35) **Beck Cognitive Insight Scale** (dichotomisiert)

		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
1) Manchmal habe ich die Einstellung anderer Leute mir gegenüber falsch verstanden.	stimme überhaupt nicht zu / Ich stimme ein bisschen zu	44	55,7%	46	61,4%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	35	44,3%	29	38,6%
	Gesamt	79	100,0%	75	100,0%
2) Meine Erklärungen für das was ich erlebe sind definitiv richtig.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	35	44,8%	34	46%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	43	55,2%	40	54%
	Gesamt	78	100,0%	74	100,0%
3) Andere verstehen die Gründe meiner ungewöhnlichen Erfahrungen besser als ich.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	67	84,8%	55	75,3%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	12	15,2%	18	24,7%
	Gesamt	79	100,0%	73	100,0%
4) Ich habe vorschnell Entscheidungen getroffen.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	46	59,8%	40	55,6%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	31	40,3%	32	44,4%
	Gesamt	77	100,0%	72	100,0%
5) Einige meiner Erlebnisse, die sich sehr echt angefühlt haben, könnten meiner Vorstellungskraft entsprungen sein.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	49	62,0%	47	64,4%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	30	38,0%	26	35,6%
	Gesamt	79	100,0%	73	100,0%

6) Einige der Vorstellungen, von denen ich sicher weiß, dass sie wahr sind, stellten sich als falsch heraus.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	55	69,6%	50	69,5%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	24	30,4%	22	30,5%
	Gesamt	79	100,0%	72	100,0%
7) Wenn sich etwas wahr anfühlt, bedeutet das, dass es wahr ist.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	54	69,2%	51	70,9%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	24	30,8%	21	29,1%
	Gesamt	78	100,0%	72	100,0%
8) Obwohl ich wirklich meine Recht zu haben, könnte ich falsch liegen.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	36	47,4%	35	48,0%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	40	52,7%	38	52,1%
	Gesamt	76	100,0%	73	100,0%
9) Ich weiß besser als jeder andere was mein Problem ist.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	39	48,8%	45	60,8%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	41	51,3%	29	39,2%
	Gesamt	80	100,0%	74	100,0%
10) Wenn jemand nicht meiner Meinung ist hat er überhaupt keine Ahnung.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	67	84,8%	67	90,5%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	12	15,2%	7	9,5%
	Gesamt	79	100,0%	74	100,0%
11) Wenn andere Leute meine Erfahrungen beurteilen, so kann ich diesen Beurteilungen nicht vertrauen.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	57	73,1%	60	83,4%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	21	26,9%	12	16,7%
	Gesamt	78	100,0%	72	100,0%
12) Wenn jemand anmerkt, dass meine Vorstellungen falsch sind, so bin ich bereit darüber nachzudenken.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	19	24,3%	17	23,3%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	59	75,7%	56	76,7%
	Gesamt	78	100,0%	73	100,0%
13) Ich kann meinem eigenen Urteil zu jeder Zeit vertrauen.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	38	48,1%	44	59,4%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	41	51,9%	30	40,6%
	Gesamt	79	100,0%	74	100,0%
14) Häufig gibt es mehr als eine Erklärung warum Menschen sich so verhalten wie sie es tun.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	8	10,1%	9	12,5%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	71	89,9%	63	87,5%
	Gesamt	79	100,0%	72	100,0%
15) Meine ungewöhnlichen Erfahrungen könnten durch meine extreme Aufregung oder mein extremes Stress-Gefühl bedingt sein.	stimme überhaupt nicht zu / ich stimme ein bisschen zu	31	39,3%	31	42,4%
	ich stimme zu / ich stimme absolut zu	48	60,8%	42	57,6%
	Gesamt	79	100,0%	73	100,0%

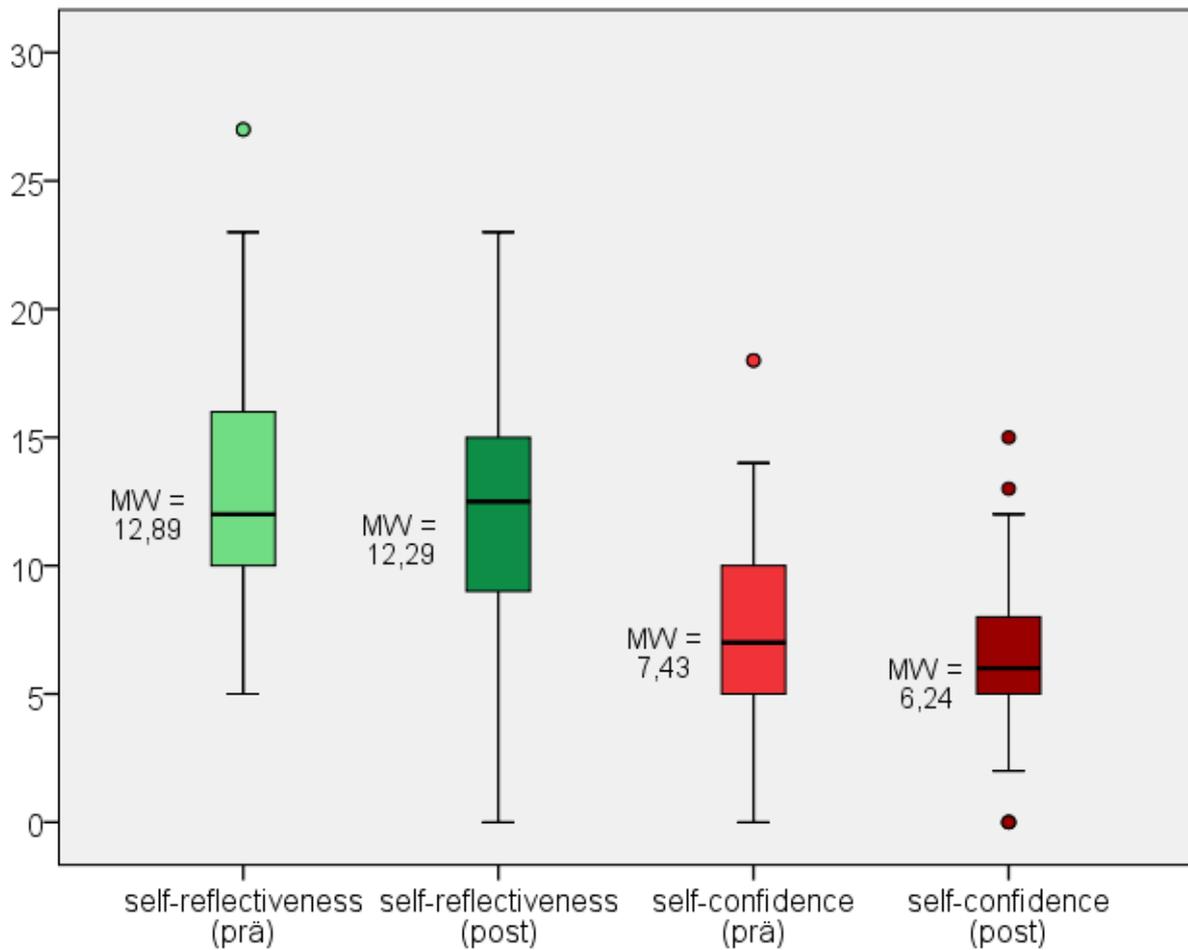
Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Subscores sowie des Birchwood Cognitive Insight Scale Composite Scores, jeweils zu beiden Untersuchungszeitpunkten.

Tab. 36) **Scores der Cognitive Insight Scale** (Beck et al.)

	Prä			Post		
	Self-reflectiveness-scale	Self-confidence-scale	Beck Cognitive Insight Scale Composite Index	Self-reflectiveness-scale	Self-confidence-scale	Beck Cognitive Insight Scale Composite Index
N	80	80	69	75	75	65
Mittelwert	12,89	7,43	5,64	12,29	6,24	6,58
Standardabweichung	4,958	3,471	5,380	4,736	3,017	5,083

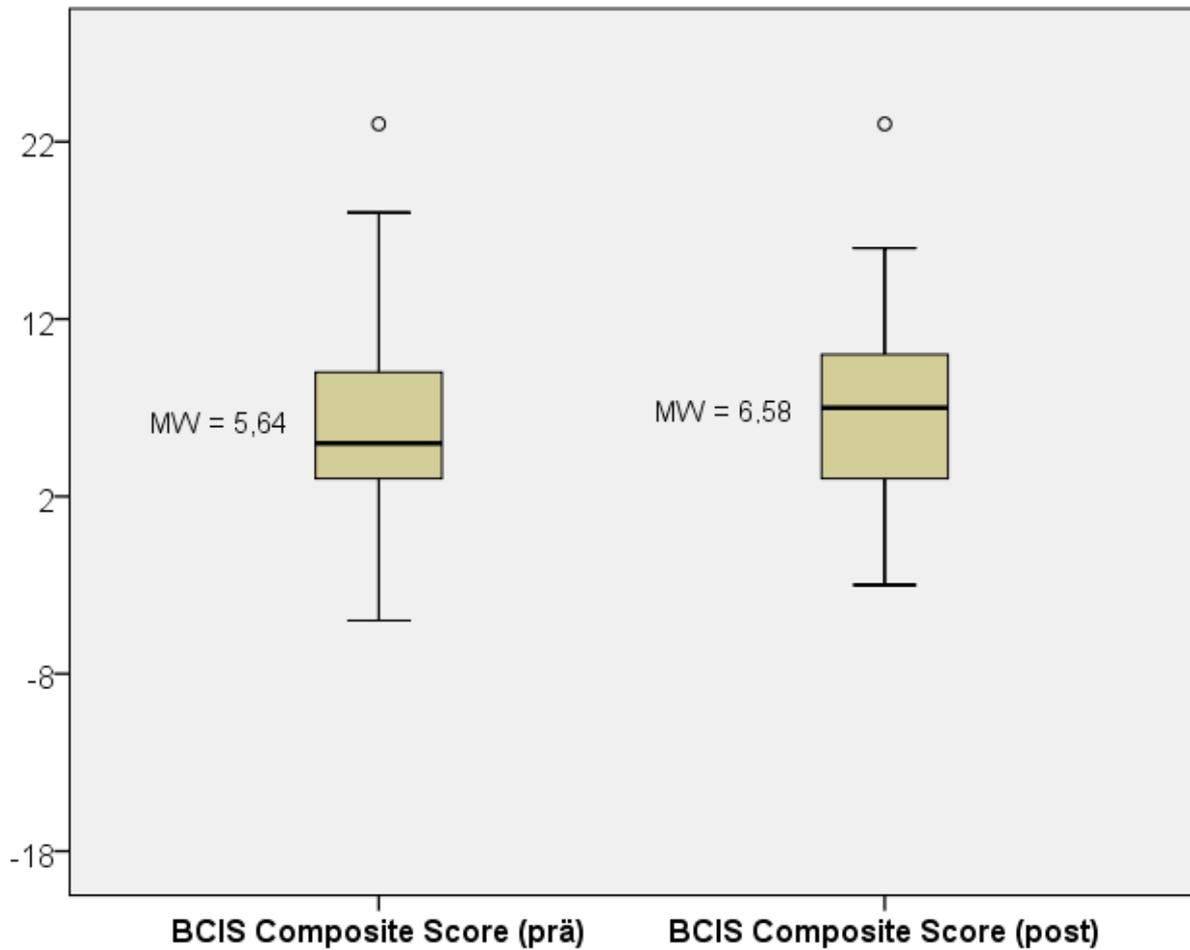
In diesem Patientenkollektiv ergaben sich für den "self-reflectiveness"-Subscore zum ersten Beobachtungszeitpunkt ein mittlerer Wert von 12,89 (SD=4,958, n=80), zum zweiten Zeitpunkt ein etwas niedrigerer Mittelwert von 12,29 (SD=4,736, n=75). Für den "self-confidence"-Subscore ergaben sich hier bei der Prä-Erfassung ein Mittelwert von 7,43 (SD=3,471, n=80) und bei der Post-Erfassung ein Mittelwert von 6,24 (SD=3,017, n=75). Es ist also eine leichte Zunahme der "Selbst-Reflektiertheit" und eine leichte Abnahme der "Selbst-Überzeugung" zum zweiten Messzeitpunkt hin zu verzeichnen.

Abb. 23) **Self-reflectiveness- und self-confidence-Subskalen**



Der Mittelwert des Composite-Index der ersten Beobachtung beträgt 5,64 (SD=5,64, n=69), der Mittelwert der zweiten Beobachtung 6,58 (SD=5,083, n=65). Das geringere n ergibt sich aus dem Umstand, dass nur vollständig ausgefüllte Fragebögen, in die Berechnung des Composite Index eingehen konnten. Zusammenfassend kann von einer leichten Zunahme der Krankheitseinsicht nach Beck zum zweiten Beobachtungszeitpunkt hin gesprochen werden. Da die Ergebnisse des Scores zu beiden Messzeitpunkten Normalverteilung aufweisen, kann ein t-Test für verbundene Stichproben zum Vergleich der Mittelwerte durchgeführt werden. Der Unterschied zwischen erstem und zweitem Messzeitpunkt ist nicht signifikant ($T=-1,331$, $df=53$, $p=0,189$ zweiseitig, $n=54$).

Abb. 24) **Der Composite-Index des Cognitive Insight Scale nach Beck et al.**
(prä / post)



3.3.8.2 Insight Scale (Birchwood et al.)

Dieser Fragebogen enthält Items, die drei verschiedene Subskalen abdecken, nämlich "Awareness of symptoms", "Awareness of illness" und "Need for treatment" (siehe auch Material und Methoden, 2.2.2 Birchwood Insight Scale). Die nachfolgende Tabelle zeigt die absoluten und relativen Häufigkeiten der Bewertungen der verschiedenen Items durch die Patienten.

Tab. 37) **Insight Scale** (Birchwood et al.)

		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
1) Einige der Symptome sind in meinem Kopf entstanden.	Stimme nicht zu	14	17,1%	15	19,7%
	Unsicher	22	26,8%	12	15,8%
	Stimme zu	46	56,1%	49	64,5%
	Gesamt	82	100,0%	76	100,0%
2) Ich fühle mich psychisch gut.	Stimme zu	35	42,2%	39	51,3%
	Unsicher	17	20,5%	20	26,3%
	Stimme nicht zu	31	37,3%	17	22,4%
	Gesamt	83	100,0%	76	100,0%
3) Ich brauche keine Medikamente.	Stimme zu	7	8,4%	7	9,2%
	Unsicher	21	25,3%	9	11,8%
	Stimme nicht zu	55	66,3%	60	78,9%
	Gesamt	83	100,0%	76	100,0%
4) Mein Aufenthalt im Krankenhaus war notwendig.	Stimme nicht zu	6	7,2%	7	9,3%
	Unsicher	7	8,4%	2	2,7%
	Stimme zu	70	84,3%	66	88,0%
	Gesamt	83	100,0%	75	100,0%
5) Der Arzt hat Recht wenn er mir Medikamente verschreibt.	Stimme nicht zu	7	8,5%	4	5,3%
	Unsicher	16	19,5%	8	10,7%
	Stimme zu	59	72,0%	63	84,0%
	Gesamt	82	100,0%	75	100,0%
6) Ich halte es nicht für notwendig einen Arzt oder Psychiater aufzusuchen.	Stimme zu	12	14,6%	10	13,2%
	Unsicher	11	13,4%	3	3,9%
	Stimme nicht zu	59	72,0%	63	82,9%
	Gesamt	82	100,0%	76	100,0%
7) Wenn jemand sagte, dass ich eine Erkrankung der Nerven oder der Psyche habe, dann hat er Recht.	Stimme nicht zu	10	12,2%	6	7,9%
	Unsicher	18	22,0%	6	7,9%
	Stimme zu	54	65,9%	64	84,2%
	Gesamt	82	100,0%	76	100,0%
8) Keine der ungewöhnlichen Dinge die ich erlebt habe, sind Folge einer Erkrankung.	Stimme zu	15	19,0%	12	16,4%
	Unsicher	16	20,3%	16	21,9%
	Stimme nicht zu	48	60,8%	45	61,6%
	Gesamt	79	100,0%	73	100,0%

Es ist eine Tendenz dahingehend erkennbar, dass die Patienten zum zweiten Erhebungszeitpunkt höhere Werte im Sinne zunehmender Krankheitseinsicht haben als zu Beginn.

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der drei Subskalen sowie des BIS-Scores zu beiden Messzeitpunkten. Angegeben sind jeweils die absolute Häufigkeit, der Mittelwert sowie die Standardabweichung.

Tab. 38) **Birchwood Insight Scale: Ergebnisse der Subskalen und des BIS-Scores** (prä / post)

	Prä				Post			
	Subskala 1: Awareness of symptoms	Subskala 2: Awareness of illness	Subskala 3: Need for treatment	BIS-Score	Subskala 1: Awareness of symptoms	Subskala 2: Awareness of illness	Subskala 3: Need for treatment	BIS-Score
N	83	83	83	78	76	76	76	72
Mittelwert	2,70	2,47	3,259	8,551	2,83	2,47	3,461	8,840
SD	1,257	1,347	,8778	2,4988	1,215	1,026	,9010	2,2136

Die Subskala 3 "Need for treatment" wird von allen Subskalen am höchsten bewertet. (Prä: 3,259, Post: 3,461). Der BIS-Gesamtscore ist beim zweiten Beobachtungszeitpunkt etwas höher als zu Beginn (Prä: 8,551, SD=2,4988, n=78, Post: 8,840, SD=2,2136, n=72). Wiederum können nur vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Berechnung des Gesamtscores eingehen, weshalb die Gesamtanzahl dieses Scores auch etwas kleiner ist als die Anzahl der Patienten, mit denen die Subscores berechnet werden konnten.

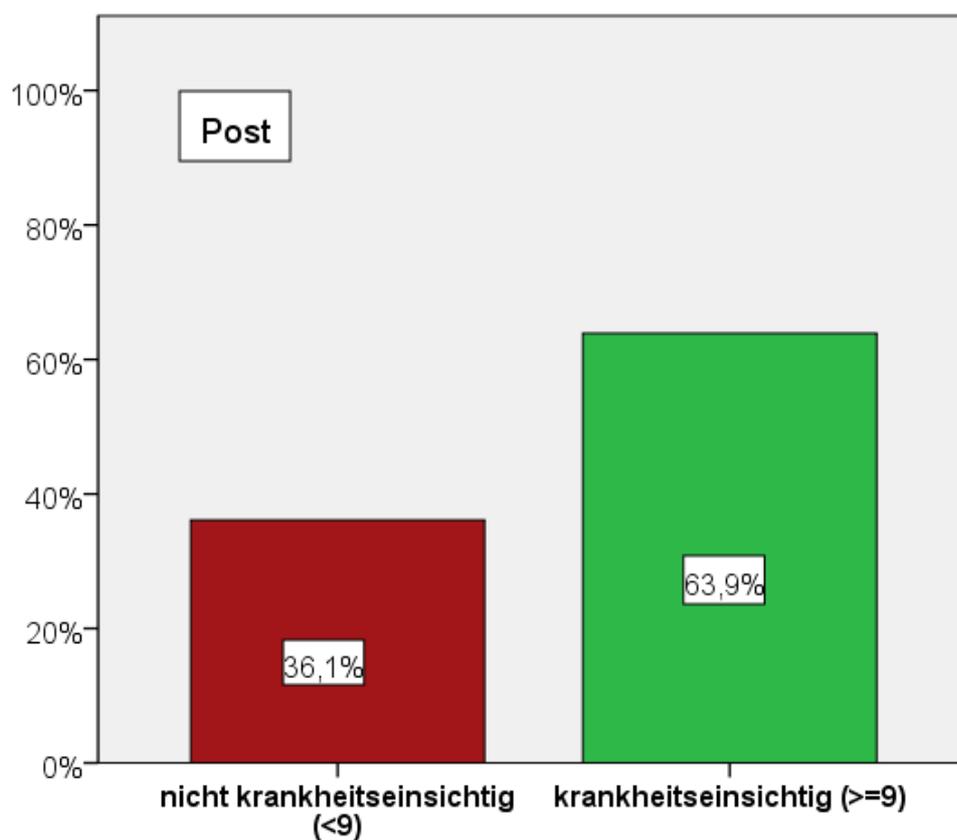
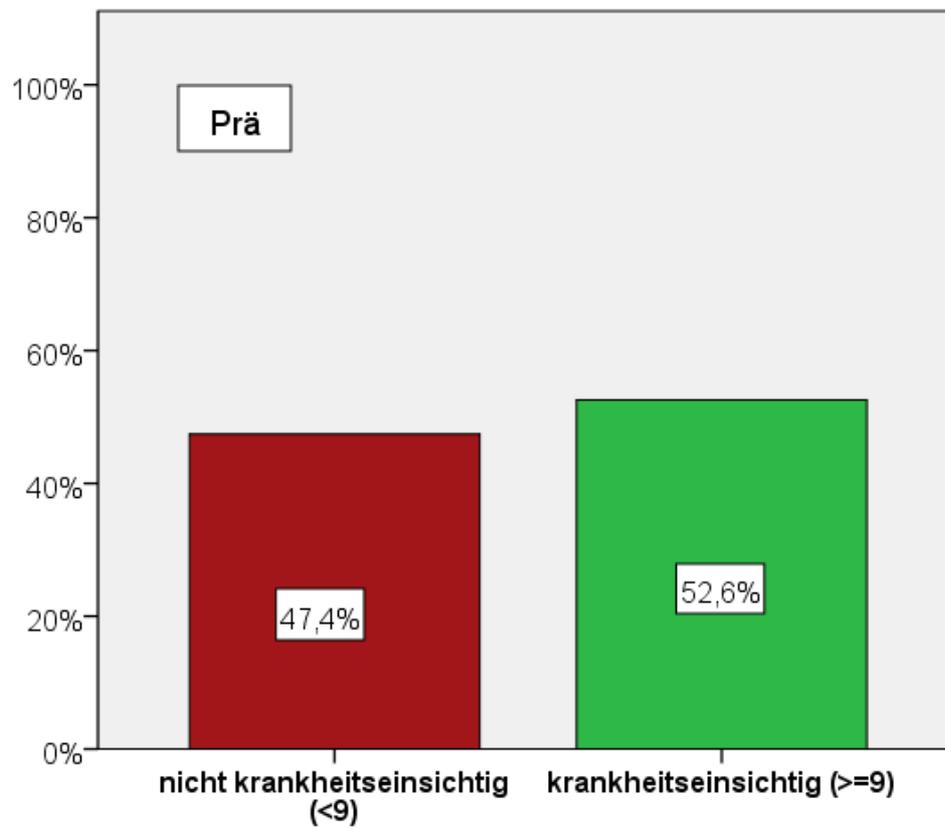
Abb. 25) **Birchwood Insight Scale: BIS-Score** (prä / post)



Da die Ergebnisse des BIS-Scores zum zweiten Messzeitpunkt nicht normalverteilt sind, wird zum Vergleich der Mittelwerte der Wilcoxon-Test herangezogen. Der p-Wert ist mit 0,251 (asymptotische Signifikanz zweiseitig) nicht signifikant, somit muss die Nullhypothese beibehalten werden ($Z=1,149$, $n=64$). Es besteht kein signifikanter Unterschied bezüglich des BIS-Scores zu beiden Messzeitpunkten.

Unter Berücksichtigung des Cut-Off-Wertes hatten zu Beginn der Kunsttherapie 52,6% der Patienten ($n=41$) einen BIS-Wert von mehr als 9 Punkten und können somit als krankheitseinsichtig bezeichnet werden, 47,4% ($n=37$) lagen darunter. Bei der Folgebefragung ergab sich für 63,9% der Patienten ($n=46$) ein Wert von mehr als 9 Punkten. 36,1% der Befragten ($n=26$) hatten weniger als 9 Punkte. Es kann somit festgestellt werden, dass zum zweiten Befragungszeitpunkt prozentual mehr Patienten krankheitseinsichtig gemäß der Insight Scale nach Birchwood sind als bei der Erstbefragung. Da in keiner der Zellen die erwartete Häufigkeit kleiner 5 ist, kann der Chi-Quadrat-Test nach Pearson interpretiert werden. Es besteht ein signifikanter Unterschied in der Krankheitseinsicht nach Birchwood zu beiden Messzeitpunkten (X^2 nach Pearson=8,851, $df=1$, $p=0,003$ (asymptotische Signifikanz zweiseitig), $n=64$).

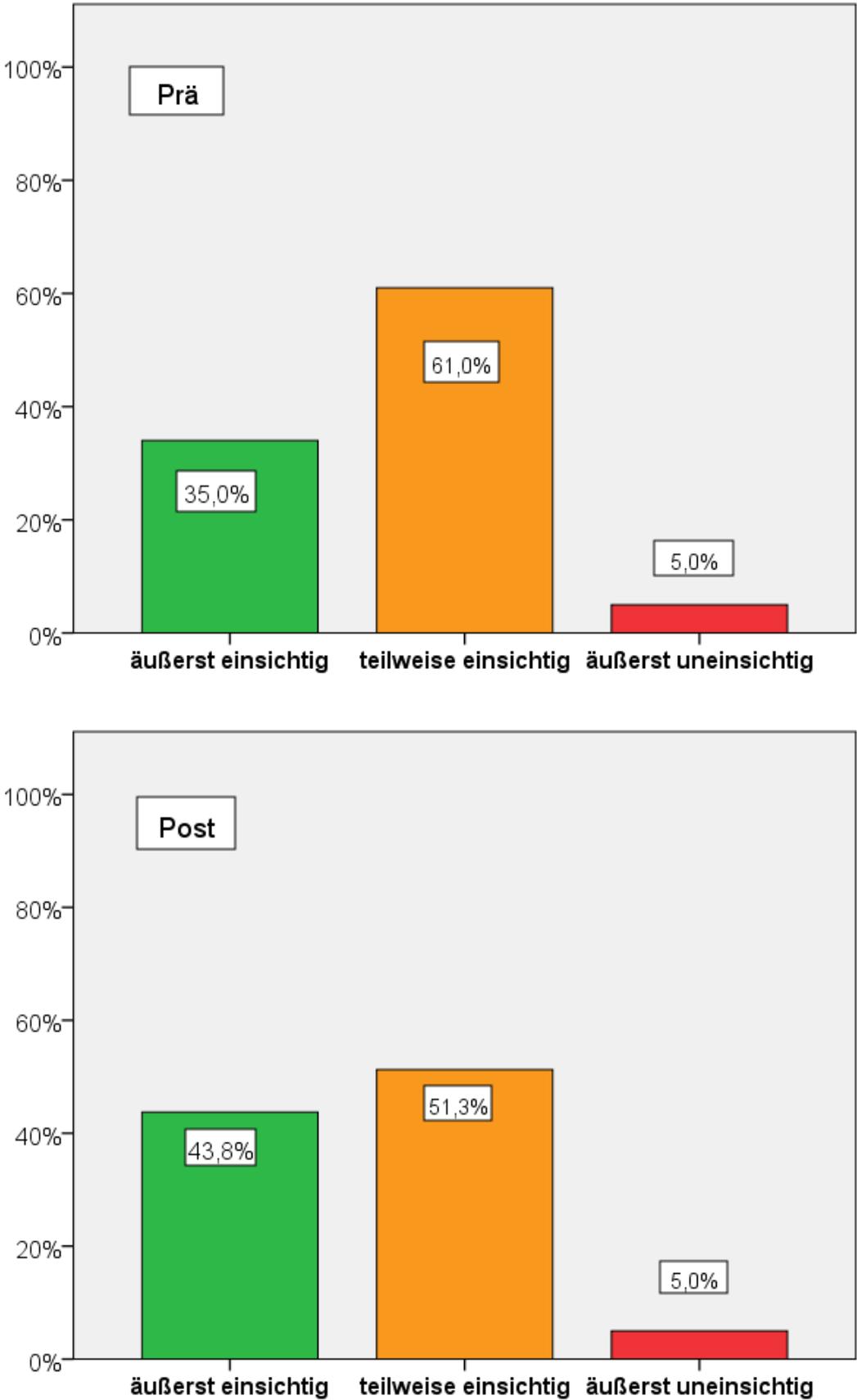
Abb. 26) **Birchwood Insight Scale: Krankheitseinsicht** (prä / post)



3.3.8.3 Beurteilung der Krankheitseinsicht durch die behandelnden Ärzte

Im Sinne eines Fremdratings wurde vom jeweiligen behandelnden Arzt zu Beginn sowie nach vier Wochen Kunsttherapie eine Einschätzung der Krankheitseinsicht vorgenommen. Als Beurteilungsskala dienten dabei die Ausprägungen des SUMD von Amador et al. (1993). Bei der Erstbeurteilung wurden 35% der Patienten von den behandelnden Ärzten als "äußerst krankheitseinsichtig", 61% als "teilweise einsichtig" und 5% als "äußerst uneinsichtig" bezeichnet. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt waren es 43,8% die von den Ärzten als "äußerst einsichtig" beschrieben wurden, 51,3% als "teilweise einsichtig" und wiederum 5% als "äußerst uneinsichtig". Es fällt auf, dass es bei der Post-Untersuchung eine Verschiebung der Häufigkeiten zugunsten der Kategorie "äußerst einsichtig" gab. In der entsprechenden Kreuztabelle haben mehr als 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Somit wird der Exakte Test nach Fisher interpretiert. Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen dem Prä- und Post-Rating der Ärzte bezüglich der Krankheitseinsicht ihrer Patienten (X^2 nach Pearson=78,968, df=4, $p<0,001$ (asymptotische Signifikanz), $n=77$).

Abb. 27) **Ärztliche Beurteilung der Krankheitseinsicht** (prä / post)



3.3.8.4 Korrelation der drei Messinstrumente zur Krankheitseinsicht

Zur Überprüfung, ob die drei verwendeten Skalen zur Krankheitseinsicht auch dasselbe nachweisen und in etwa gleiche Ergebnisse liefern, wurden sie miteinander korreliert.

Zuerst wurden die Birchwood Insight Scale und die Cognitive Insight Scale von Beck et al. verglichen. Da die Daten des ersten Messzeitpunktes bei beiden Scores intervallskaliert und normalverteilt sind, wurde die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Es zeigte sich eine signifikante positive Korrelation zwischen den Ergebnissen der Insight Scale nach Birchwood et al. und jenen der Cognitive Insight Scale nach Beck et al. ($r=0,301$, $p=0,013$ zweiseitig, $n=67$). Da die Werte des BIS-Scores zum zweiten Messzeitpunkt zwar intervallskaliert aber nicht normalverteilt sind, wurde die Rangkorrelation nach Spearman berechnet. Es besteht auch zum zweiten Messzeitpunkt eine signifikante positive Korrelation zwischen BIS-Score und BCIS-Score (Spearman-Rho= $0,457$, $p<0,001$ zweiseitig, $n=63$).

Des Weiteren korrelierten die Ergebnisse der Insight Scale von Birchwood et al. in signifikantem Ausmaß mit den Ergebnissen des Ärzte-Fremdratings (Spearman-Rho: prä: $r=0,262$, $p=0,022$ (zweiseitig), $n=77$, post: $r=0,394$, $p=0,001$ (zweiseitig), $n=69$).

Es gibt keine signifikante Korrelation zwischen den Ergebnissen des Ärzte-Fremdratings und jenen der Cognitive Insight Scale nach Beck et al. Es ist jedoch Prä und Post ein Trend zu positiver Korrelation erkennbar.

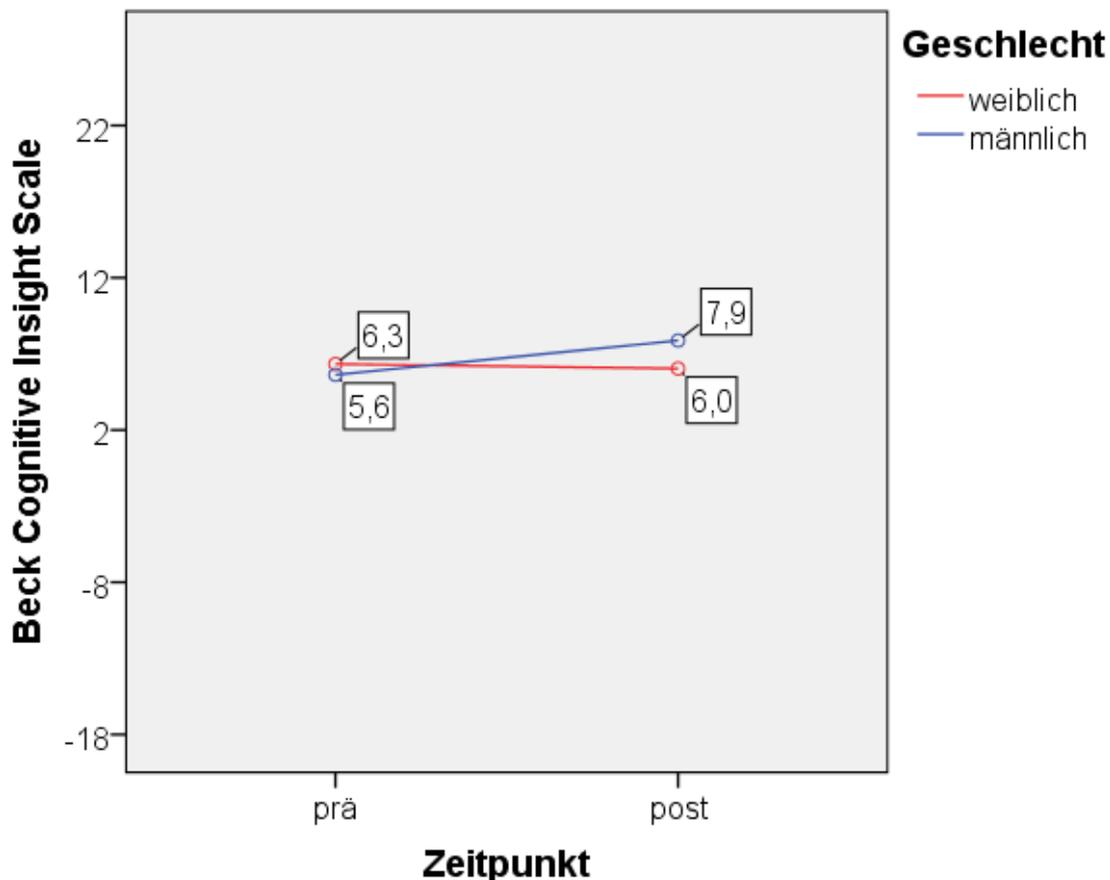
Nach Beschreibung der Gesamtergebnisse der drei Messinstrumente zur Krankheitseinsicht soll nun noch eine gesonderte Betrachtung der Subgruppen Geschlecht, Diagnose und Schulbildung erfolgen. Es wird der Frage nachgegangen, welche Patienten die höheren Werte in Bezug auf die Krankheitseinsicht haben.

3.3.8.5 Subgruppenvergleich: Geschlecht

In die Untersuchung gingen als unabhängige Variable das Geschlecht und als abhängige Variablen die Krankheitseinsicht nach Birchwood, Beck und dem Fremdrating der behandelnden Ärzte ein. Es konnte der Trend beobachtet werden, dass Männer eher höhere Werte in Bezug auf die Krankheitseinsicht hatten.

Bei Betrachtung des BCIS über einen Zeitraum von 4 Wochen mit zwei Messungen jeweils zu Beginn und am Ende fällt auf, dass die männlichen Patienten stärker an Krankheitseinsicht zunehmen als die weiblichen Patienten. Es besteht zu beiden Zeitpunkten Normalverteilung der Werte des BCIS. Nach Berechnung einer einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung kann von einem signifikanten Wechselwirkungseffekt zwischen Geschlecht und Zeit gesprochen werden. ($p=0,047$, $n=54$). Das heißt, dass die unterschiedliche Entwicklung in Bezug auf die Krankheitseinsicht zwischen beiden Geschlechtern über die Zeit signifikant ist.

Abb. 28) **Die Krankheitseinsicht (Beck Cognitive Insight Scale) in Abhängigkeit vom Geschlecht**



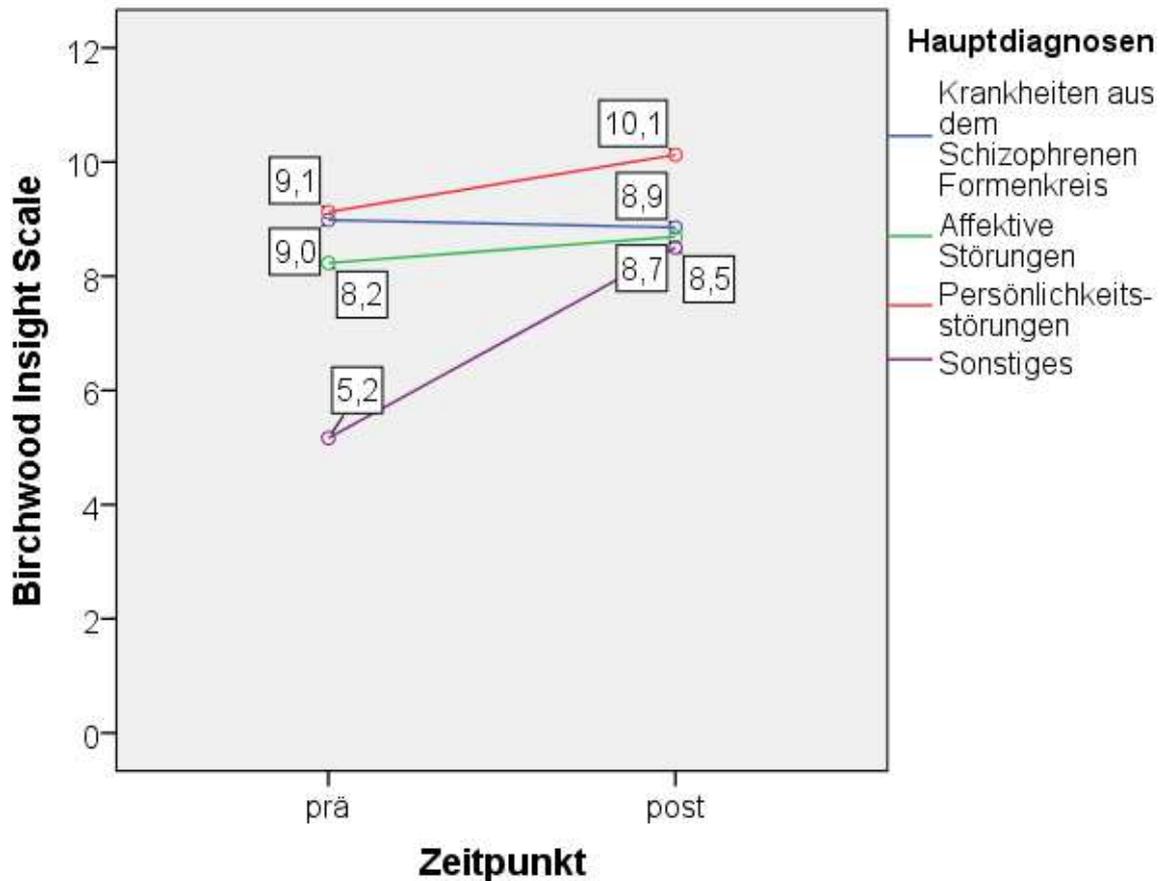
Ein ähnlicher Trend kann auch unter Betrachtung der Krankheitseinsicht nach Birchwood festgestellt werden. Bei der Ersterfassung ist die Krankheitseinsicht zwischen den Geschlechtern quasi identisch, bei der Folgeerfassung haben Männer tendenziell etwas höhere Werte als Frauen, jedoch erfolgt dieser Anstieg nicht in signifikantem Ausmaß.

Auch die Krankheitseinsicht nach Einschätzung der behandelnden Ärzte geht in dieselbe Richtung. Zu Beginn ist quasi kein Unterschied zwischen den Geschlechtern feststellbar, zum zweiten Untersuchungszeitpunkt hin jedoch zeigen die Männer tendenziell, wenn auch nicht signifikant, eher stärkere Krankheitseinsicht als die Frauen. Da sowohl Prä als auch Post mehr als 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner 5 haben, wurde der Exakte Test nach Fisher interpretiert (Prä: X^2 nach Fisher Exakt=0,218, $p=0,942$ Exakte Signifikanz zweiseitig, $n=100$; Post: X^2 nach Fisher Exakt=4,286, $p=0,099$ Exakte Signifikanz zweiseitig, $n=80$).

3.3.8.6 Subgruppenvergleich: Diagnose

Es sollten zudem etwaige Unterschiede zwischen den verschiedenen Diagnosegruppen bezüglich der Krankheitseinsicht untersucht werden. Zunächst erfolgte eine Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppen bezüglich der Veränderung des BIS-Scores zum zweiten Messzeitpunkt hin. Die Berechnung einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung erbrachte einen Wechselwirkungseffekt zwischen den Diagnosegruppen und der zeitlichen Entwicklung ($df=3$, $p=0,049$ von Zeitpunkt*Hauptdiag, $n=64$), sowie einen signifikanten Haupteffekt des Zeitpunkts ($df=1$, $p=0,007$, $n=64$). Da aber ein signifikanter Wechselwirkungseffekt vorliegt, muss der Haupteffekt nicht mehr interpretiert werden.[25] Es kann also gefolgert werden, dass sich die Diagnosegruppen signifikant voneinander unterscheiden und dass dieser Unterschied in einem Wechselwirkungseffekt zwischen der Diagnose und der zeitlichen Entwicklung begründet ist. Demnach scheinen die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ($n=4$) die beste Krankheitseinsicht nach Birchwood zu haben, gefolgt von Patienten mit Schizophrenie ($n=31$), denjenigen mit affektiven Störungen ($n=26$) und den Patienten mit sonstigen psychiatrischen Diagnosen ($n=3$).

Abb. 29) Subgruppenvergleich der Krankheitseinsicht: Diagnosen



Betrachtet man jedoch die Varianzen im BIS-Score lediglich für die zwei am stärksten besetzten Gruppen der Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis und jenen mit affektiven Störungen anhand einer einfaktoriellen ANOVA mit Messwiederholung, so lässt sich kein signifikanter Wechselwirkungseffekt mehr nachweisen. Auch besteht kaum ein Unterschied zwischen den beiden Diagnosegruppen. Tendenziell ist bei den Patienten mit Schizophrenie zu beiden Zeitpunkten ein etwas höherer BIS-Score erkennbar als bei jenen mit affektiven Störungen.

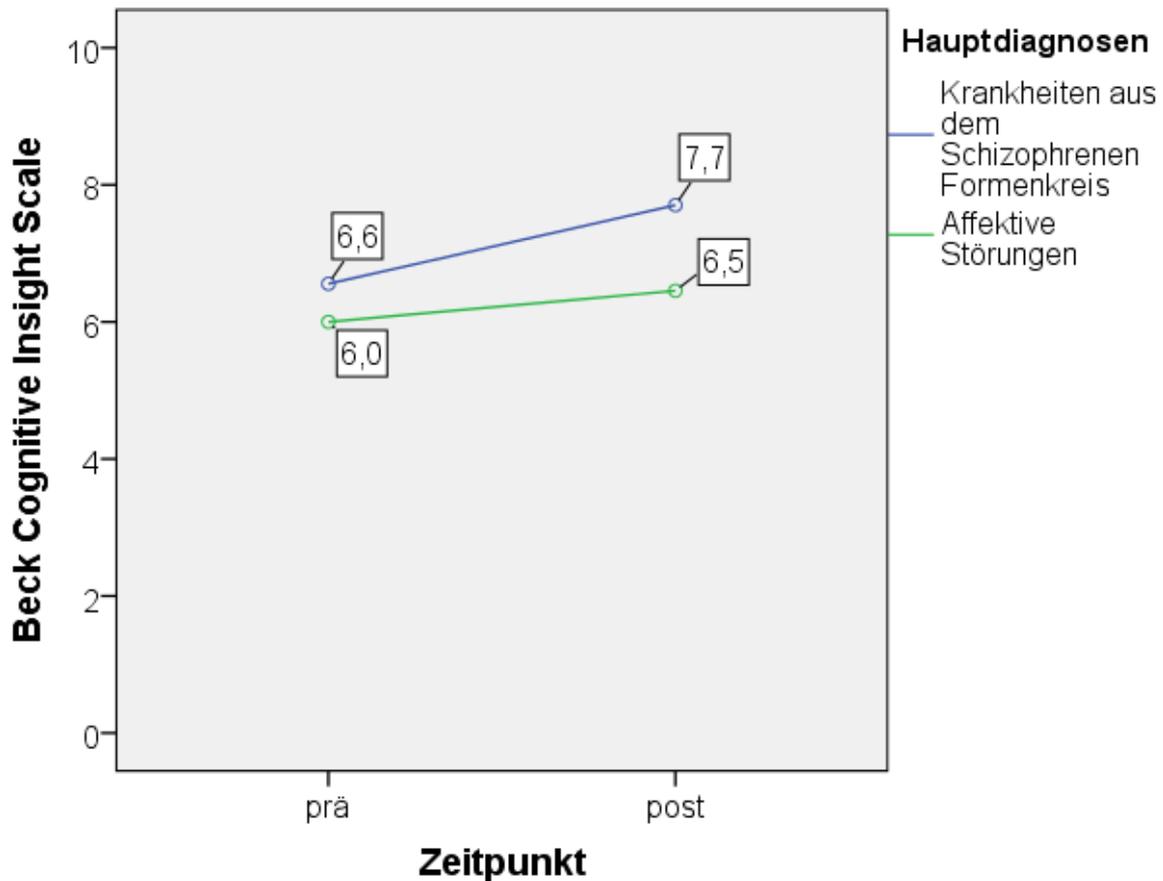
Tab. 39) **BIS-Score: Subgruppenvergleich Hauptdiagnosen**

	Hauptdiagnosen	Mittelwert	Standard- abweichung	n
BIS-Score (prä)	Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis	8,984	2,2601	31
	Affektive Störungen	8,231	2,7285	26
	Gesamt	8,640	2,4906	57
BIS-Score (post)	Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis	8,855	2,0091	31
	Affektive Störungen	8,692	2,3025	26
	Gesamt	8,781	2,1298	57

Nimmt man den von den Autoren empfohlenen Cut-off-Wert von 9 Punkten auf der BIS-Skala und untersucht die Patienten nach Krankheitseinsicht oder keiner Krankheitseinsicht getrennt zu beiden Zeitpunkten, so scheinen die Unterschiede in der Krankheitseinsicht ebenfalls sehr schwach zu sein. Hier ist kein signifikanter Unterschied mehr feststellbar (X^2 nach Pearson=0,160, df=1, p=0,689 asymptotische Signifikanz zweiseitig, n=70).

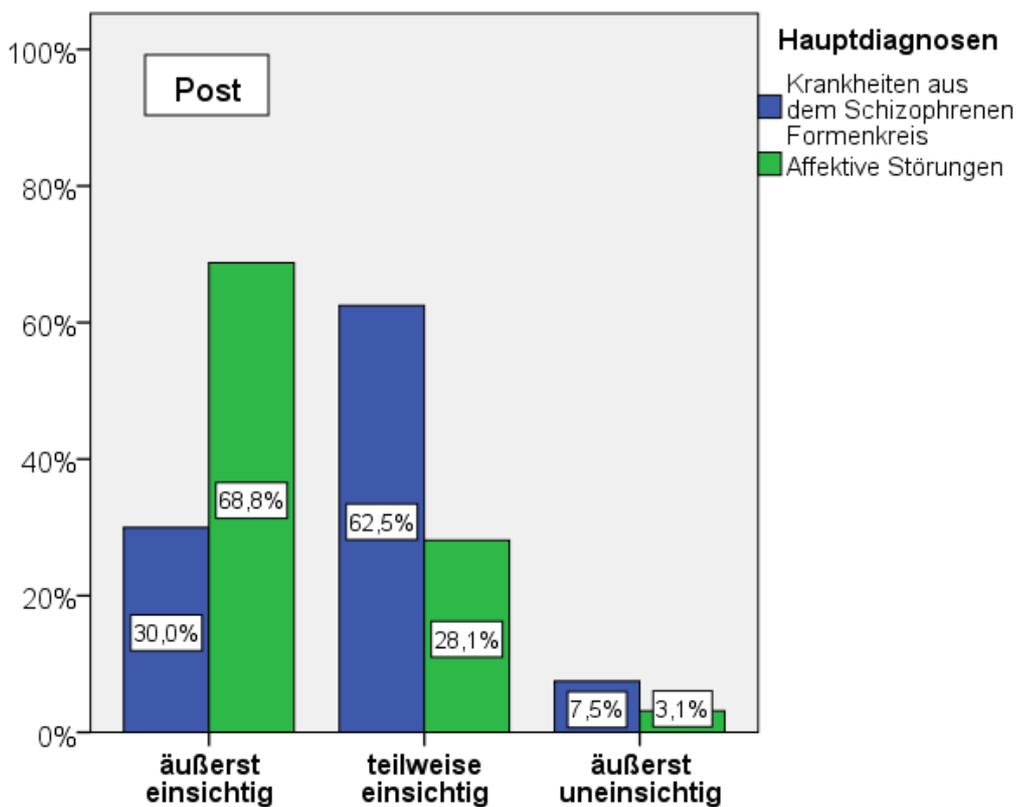
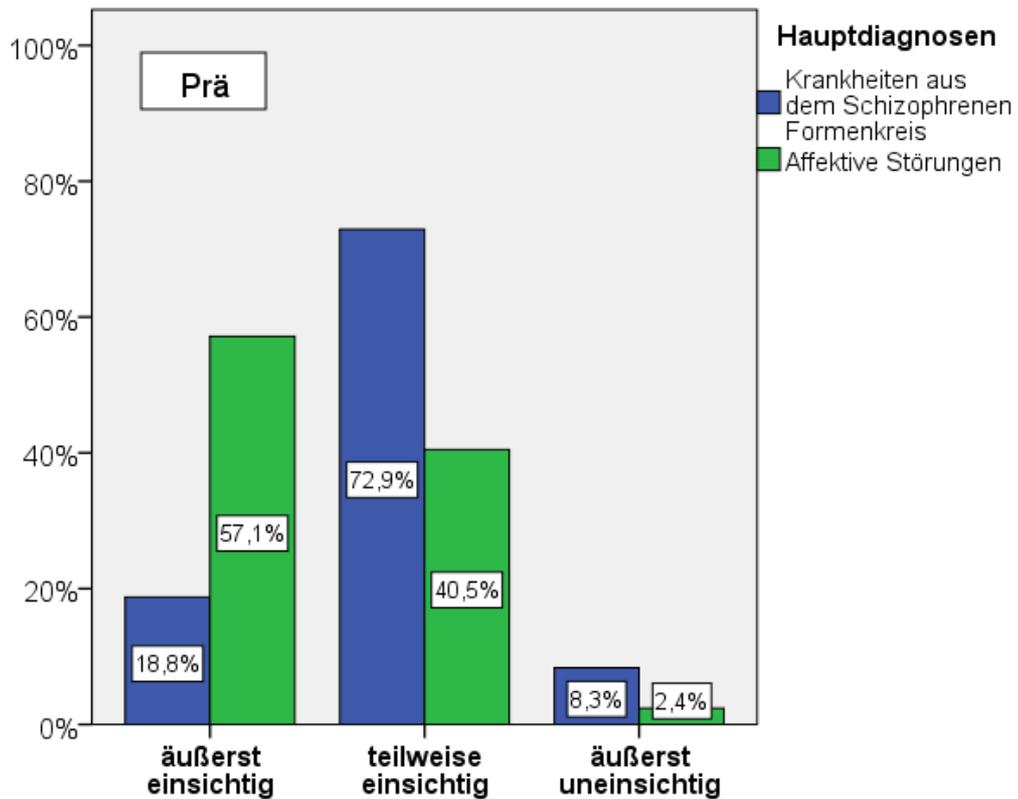
Der Trend der stärkeren Krankheitseinsicht bei Patienten mit Schizophrenie ist auch bei Betrachtung der Cognitive Insight Scale nach Beck zu erkennen (einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung). Es gibt keine signifikanten Änderungen hinsichtlich des BCIS-Scores bei Patienten mit affektiven Störungen oder Schizophrenie, allerdings haben Patienten mit Schizophrenie tendenziell eine bessere Krankheitseinsicht nach Beck, die zum Post-Zeitpunkt hin stärker zunimmt als bei Patienten mit affektiven Störungen.

Abb. 30) **BCIS-Composite-Index: Subgruppenvergleich Hauptdiagnosen**



Bezüglich der Einschätzung der Ärzte zur Krankheitseinsicht der Patienten besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis und jenen mit affektiven Störungen. Patienten mit Affektstörungen werden sowohl Prä als auch Post signifikant krankheitseinsichtiger bewertet, als Patienten mit Schizophrenie. Der Chi-Quadrat-Test nach Fisher-Exakt (>20% der Zellen haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5) ergibt für die Ersteinschätzung der Ärzte einen p-Wert von 0,0004 (df=2, n=90), für die Folgebeurteilung einen p-Wert von 0,004 (df=2, n=72). Es besteht also ein signifikanter Unterschied in der Einschätzung der Krankheitseinsicht zugunsten der Patienten mit affektiver Störung.

Abb. 31) Subgruppenvergleich Hauptdiagnosen: Ärztliche Beurteilung der Krankheitseinsicht (prä / post)



3.3.8.7 Subgruppenvergleich: Schulbildung

Untersucht wurden die Bildungsgruppen "(Fach-)Hochschulreife mit/ohne Ausbildung", "Mittlere Reife mit/ohne Ausbildung" und "Hauptschulabschluss oder kein Abschluss". Mit keinem der drei Messinstrumente ließ sich ein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen bezüglich ihrer Krankheitseinsicht feststellen.

8a) Schätzen krankheitsuneinsichtige Patienten ihren persönlichen Nutzen an der Kunsttherapie im zeitlichen Verlauf höher ein als krankheitseinsichtige Patienten?

Ziel war es herauszufinden, ob zwischen Patienten, die anhand der Skalen von Birchwood und Beck eher als krankheitsuneinsichtig und jenen, die eher als krankheitseinsichtig gesehen werden können, ein Unterschied zwischen ihrer Meinung, wie wichtig die Kunsttherapie für ihren jeweiligen Genesungsprozess ist besteht.

Da die eine der beiden Variablen nur ordinalskaliert ist, wird eine Spearman-Rangkorrelation durchgeführt. Bei Betrachtung des BIS-Scores und der Variable "Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess?", ergibt sich Prä und Post eine schwach negative Korrelation. Man könnte also sagen, je krankheitsuneinsichtiger ein Patient anhand des BIS-Scores ist, desto höher schätzt er für sich den Nutzen an der Kunsttherapie ein. Dies geschieht jedoch nicht in signifikantem Ausmaß, sondern stellt lediglich einen Trend dar.

Ein ähnliches Ergebnis liefert der Einbezug des Cut-off-Wertes für die Krankheitseinsicht nach Birchwood. Patienten, die in die Gruppe "krankheitsuneinsichtig" fallen (< 9 Punkte), schätzen ihren persönlichen Nutzen an der Kunsttherapie etwas höher ein als krankheitseinsichtige Patienten (≥ 9 Punkte). Die Korrelation ist unter diesen Bedingungen etwas stärker, jedoch ebenfalls nicht signifikant (Spearman-Rho: Prä: $r=-0,115$, $p=0,337$ (zweiseitig), $n=72$; Post: $r=-0,209$, $p=0,077$ zweiseitig, $n=72$).

Auch bezüglich der Krankheitseinsicht gemäß des Composite-Index der Cognitive Insight Scale von Beck et al. konnten keine signifikanten Zusammenhänge zu der

Frage "Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess" nachgewiesen werden. Im Gegensatz zu den oben genannten Ergebnissen ist hier auch kein eindeutiger Trend erkennbar.

Ein signifikanter Zusammenhang, zumindest bei der Prä-Erhebung, besteht jedoch zwischen Einschätzung der Krankheitseinsicht durch die behandelnden Ärzte und der Meinung der Patienten bezüglich des Stellenwertes der Kunsttherapie für ihren Genesungsprozess. Je weniger die Patienten von ihren Ärzten als krankheitseinsichtig eingeschätzt werden, desto höher beurteilen sie für sich selbst den Nutzen der Kunsttherapie. Dies bestätigt auf signifikante Weise den bereits anhand der Birchwood-Skala (siehe oben) ersichtlichen Trend. Die Bestimmung der Rangkorrelation nach Spearman ergibt zum ersten Beurteilungszeitpunkt eine signifikante Korrelation ($r=-0,215$, $p=0,047$ (zweiseitig), $n=86$). Bei der Folgebeurteilung ist der gleiche Trend erkennbar, jedoch nicht signifikant.

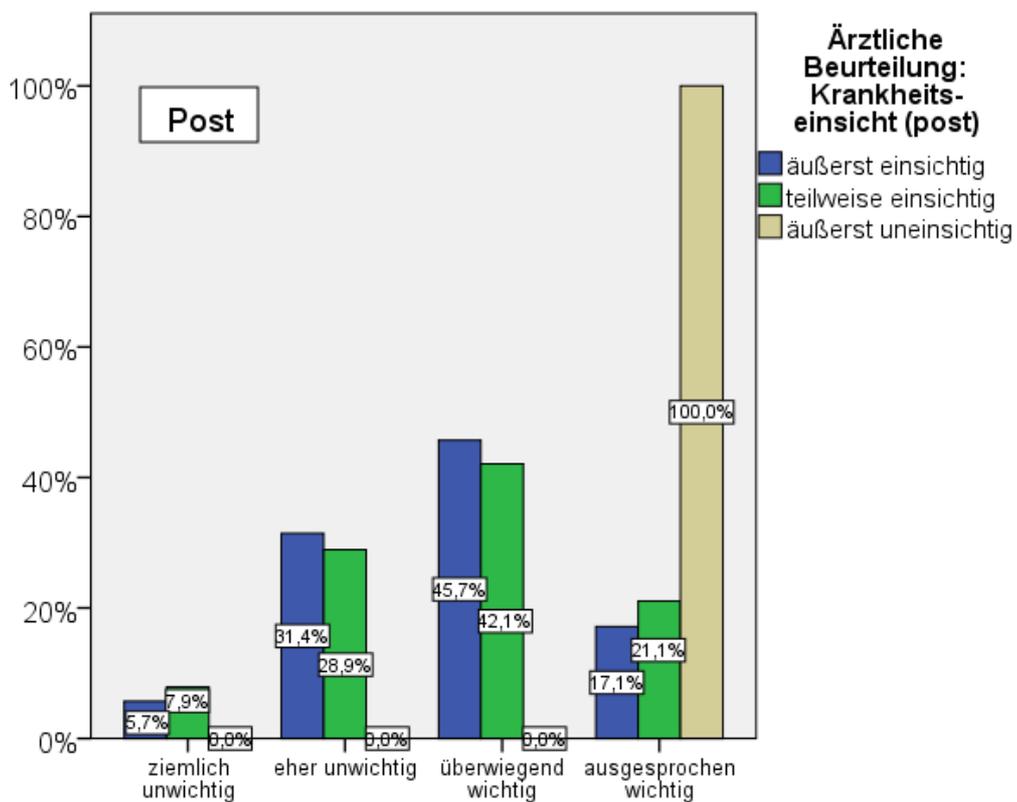
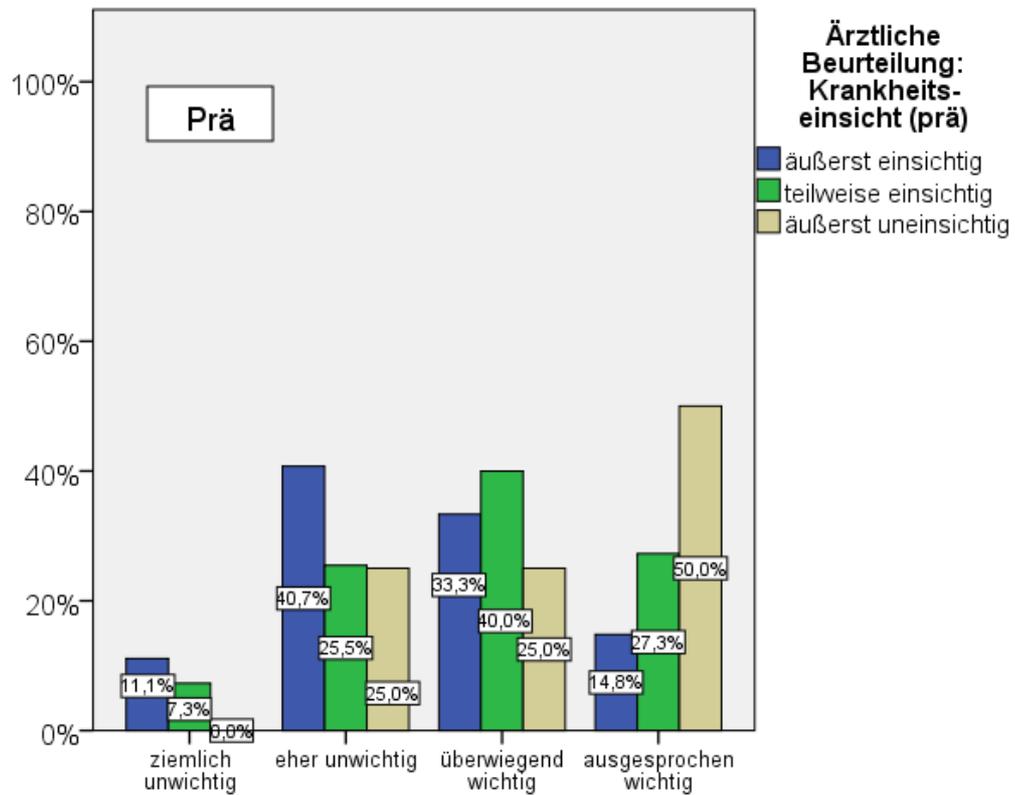
Tab. 40) **Schätzen krankheitsuneinsichtige Patienten ihren persönlichen Nutzen an der KT höher ein als krankheitseinsichtige Patienten?**
(prä/post-Vergleich, dichotomisiert)

Prä		Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess?		Gesamt
		Eher unwichtig	Eher wichtig	
Ärztliche Beurteilung: Krankheitseinsicht	Äußerst einsichtig	14* 51,9%*	13 48,1%	27 100,0%
	Teilweise einsichtig	18 32,7%	37 67,3%	55 100,0%
	Äußerst uneinsichtig	1 25,0%	3 75,0%	4 100,0%
Gesamt		33 38,4%	53 61,6%	86 100,0%

Post		Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess?		Gesamt
		Eher unwichtig	Eher wichtig	
Ärztliche Beurteilung: Krankheitseinsicht	Äußerst einsichtig	13 37,1%	22 62,9%	35 100,0%
	Teilweise einsichtig	14 36,8%	24 63,2%	38 100,0%
	Äußerst uneinsichtig	0 0,0%	3 100,0%	3 100,0%
Gesamt		27 35,5%	49 64,5%	76 100,0%

* angegeben sind jeweils die absoluten (n) und relativen (%) Häufigkeiten in Bezug auf die verschiedenen Kategorien der Krankheitseinsicht nach ärztlichem Rating.

Abb. 32) Schätzen krankheitsuneinsichtige Patienten ihren persönlichen Nutzen an der KT höher ein als krankheitseinsichtige Patienten? (prä / post)



8b) Sind krankheitsuneinsichtige Patienten im zeitlichen Verlauf zufriedener mit der Kunsttherapie als krankheitseinsichtige Patienten?

Es gingen die Ergebnisse der gleichen Messinstrumente in die Berechnung dieser Hypothese ein, wie schon im vorigen Punkt beschrieben. Zusätzlich wurde als Maß der Kunsttherapie-Zufriedenheit zu Beginn sowie nach 4 Wochen Kunsttherapie der KT-Zufriedenheitsscore verwendet. Generell kann von einem Trend dahingehend gesprochen werden, dass Patienten mit geringerer Krankheitseinsicht eher zufriedener mit der Kunsttherapie sind. Am stärksten zu beobachten ist diese Tendenz bei Betrachtung des BIS-Scores. Patienten, die niedrige Werte auf dieser Skala haben, zeigen tendenziell auch eher niedrigere Werte auf der KT-Zufriedenheitsskala (Spearman Rangkorrelation, Prä: $r=-0,193$, $p=0,100$ zweiseitig, $n=90$; Post: $r=-0,202$, $p=0,089$ zweiseitig, $n=72$). Es besteht folglich ein Trend dahingehend, dass Patienten mit weniger Krankheitseinsicht eher zufriedener mit der Kunsttherapie sind.

8c) Werden krankheitsuneinsichtige Patienten von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft als krankheitseinsichtige Patienten?

Mangelnde Krankheitseinsicht ist oft ein Zeichen für schwereres Kranksein. In diesem Patientenkollektiv zeigt sich nach Durchführung einer Rangkorrelation nach Spearman ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem CGI eines Patienten und der ärztlichen Einschätzung seiner Krankheitseinsicht (prä: $r=0,239$, $p=0,016$ zweiseitig, $n=100$; post: $r=0,322$, $p=0,004$ zweiseitig, $n=80$). Je kränker ein Patient, desto weniger Krankheitseinsicht wird ihm von Seiten der Ärzte attestiert.

Ziel war es nun herauszufinden, inwieweit die Krankheitseinsicht der Patienten mit ihrer Kreativität gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen korreliert.

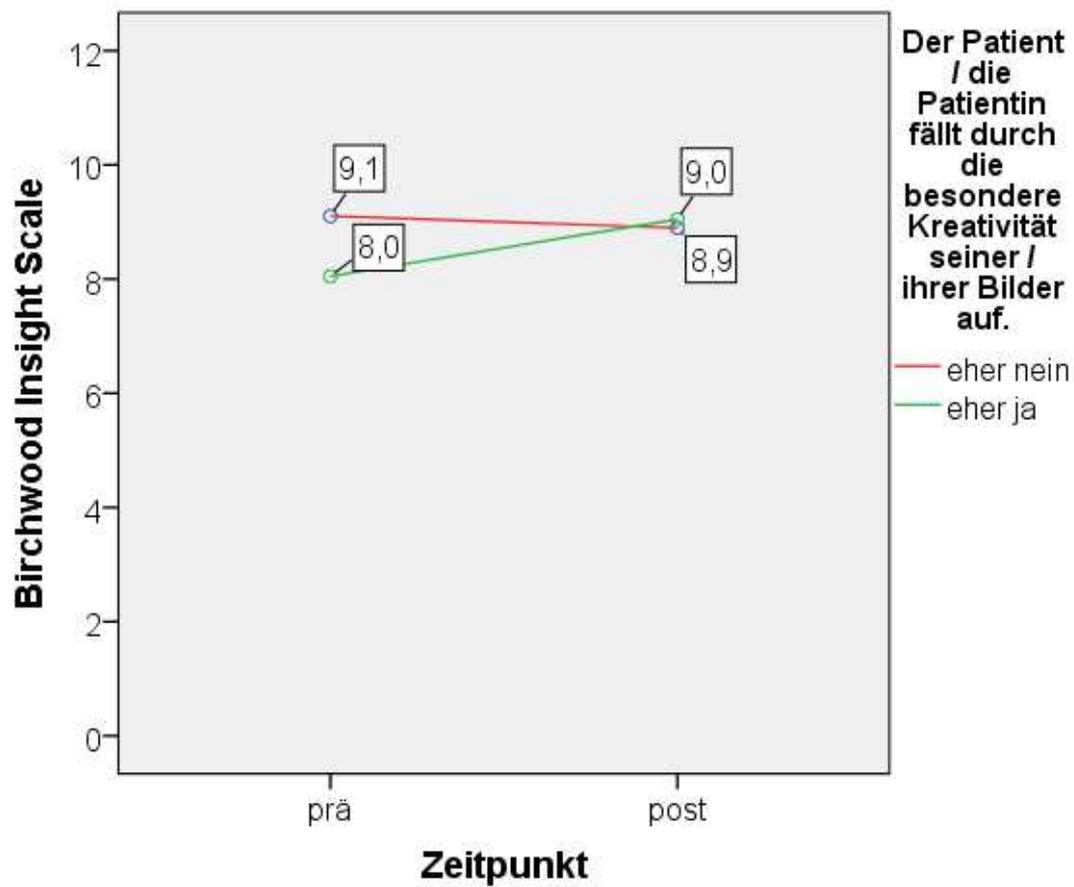
Betrachtet wurden der BIS-Score, sowie die dichotomisierten Werte der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen bezüglich der Kreativität der Patienten ("Der Patient / die Patientin fällt durch die Kreativität seiner / ihrer Bilder auf"). Um eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung durchführen zu können, wurden die Ergebnisse der Kreativitätseinschätzung der Kunsttherapeutinnen dichotomisiert und die Ausprägungen "Trifft ausgesprochen zu" und "Trifft überwiegend zu" zu

"Eher ja", die Ausprägungen "Trifft etwas zu" und "Trifft gar nicht zu" zu "Eher nein" zusammengefasst. Im zeitlichen Verlauf fällt ein signifikanter Wechselwirkungseffekt zwischen dem Zeitpunkt und der Kreativitätseinschätzung auf ($p=0,028$, $df=1$, $n=60$). Von der Kunsttherapeutin als kreativ eingestufte Patienten haben zu Beginn eine geringere Krankheitseinsicht nach Birchwood als "Unkreative" (Mittelwert 8,309 vs. 8,847). Im Verlauf holen die kreativen Patienten jedoch auf und gelangen bezüglich ihrer Krankheitseinsicht (BIS-Score) sogar etwas über das Niveau der "Unkreativen" (Mittelwert 9,181 vs. 8,688).

Tab. 41) **Werden krankheitsuneinsichtige Patienten (BIS-Score) von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft?**

	Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf.	Mittelwert	Standardabweichung	n
Birchwood Insight Scale (prä)	Eher nein	9,10	2,2653	29
	Eher ja	8,05	2,6906	31
	Gesamt	8,56	2,5296	60
Birchwood Insight Scale (post)	Eher nein	8,90	2,0502	29
	Eher ja	9,05	1,8901	31
	Gesamt	8,98	1,9538	60

Abb. 33) **Werden krankheitsuneinsichtige Patienten von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft?**



Betrachtet man nur diejenigen Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis, so lässt sich kein signifikanter Zusammenhang mehr nachweisen.

Tab. 42) **Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis:
Korrelation von Krankheitseinsicht (BIS-Score) und Fremdeinschätzung
Kreativität**

	Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf.	Mittelwert	Standard-abweichung	n
Birchwood Insight Scale (prä)	Eher nein	9,23	2,0868	20
	Eher ja	8,69	2,5868	13
	Gesamt	9,02	2,2724	33
Birchwood Insight Scale (post)	Eher nein	8,87	2,4429	19
	Eher ja	8,46	2,2306	12
	Gesamt	8,71	2,3337	31

Verwendet man anstelle des Birchwood Insight Scales den Beck Cognitive Insight Scale, so ist das Ergebnis zwar nicht signifikant, jedoch ist ein Trend in dieselbe Richtung ersichtlich. Patienten, die von den Kunsttherapeutinnen eher als un kreativ bewertet werden, haben zu beiden Zeitpunkten etwas höhere Werte auf der Skala der Krankheitseinsicht nach Beck, als jene, die eher als kreativ eingeschätzt werden. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant (einfaktorielle ANOVA mit Messwiederholung).

Tab. 43) **Werden krankheitsuneinsichtige Patienten (BCIS-Composite-Index)
von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft?**

	Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf.	Mittelwert	Standard-abweichung	N
Beck Cognitive Insight Scale (prä)	Eher nein	6,70	5,135	27
	Eher ja	4,72	5,741	25
	Gesamt	5,75	5,473	52
Beck Cognitive Insight Scale (post)	Eher nein	7,04	5,095	27
	Eher ja	6,24	5,002	25
	Gesamt	6,65	5,017	52

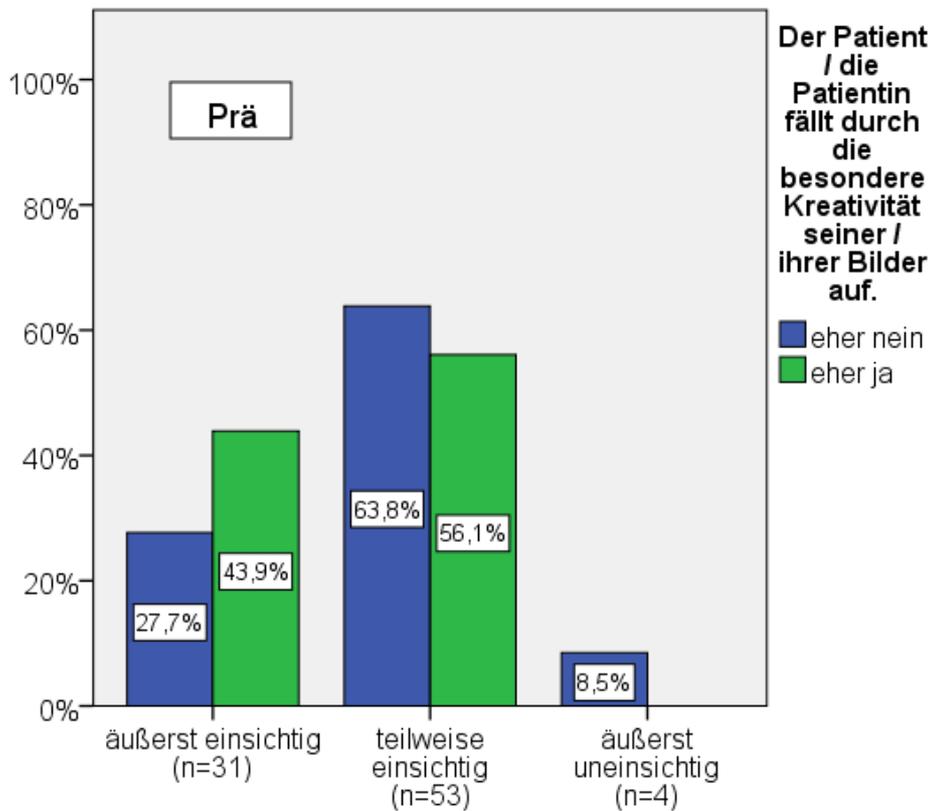
Betrachtet man erneut lediglich jene Patienten mit der Diagnose Schizophrenie, so ist das Ergebnis wiederum nicht signifikant. Jedoch ist hier der Trend, dass die eher als kreativ bezeichneten Patienten eher niedrigere Krankheitseinsichts-Scores haben wieder zu erkennen.

Tab. 44) **Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis:
Korrelation von Krankheitseinsicht (BCIS-Composite-Index) und
Fremdeinschätzung Kreativität**

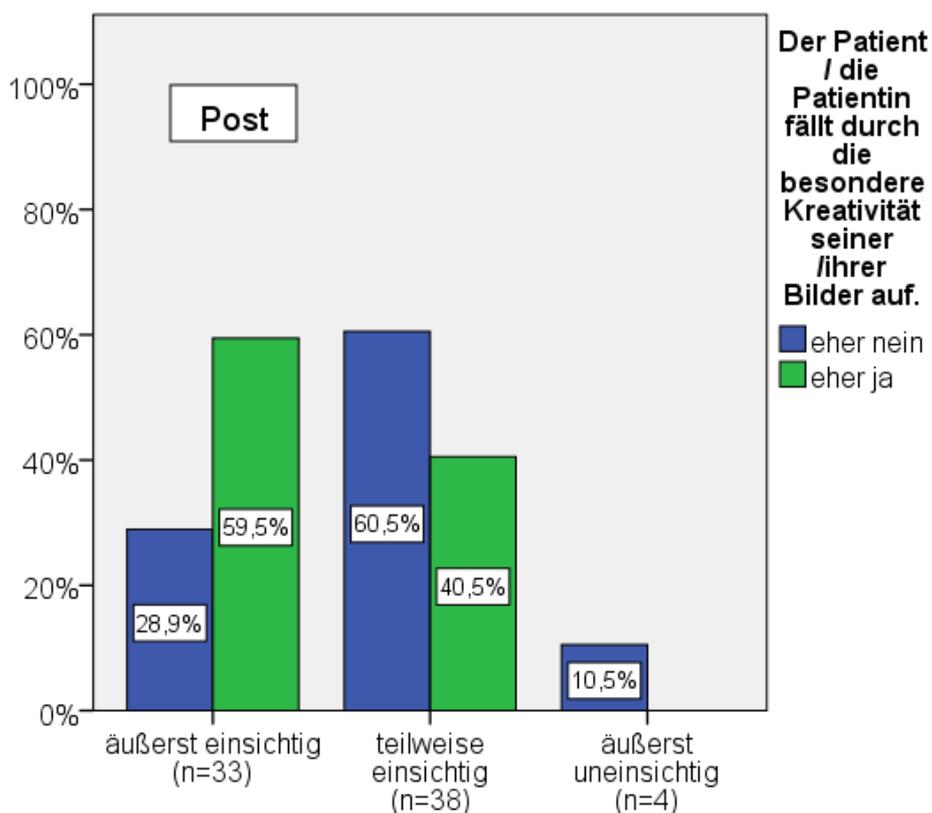
	Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf. (nur schizophren erkrankte Patienten)	Mittelwert	Standardabweichung	n
BCIS Composite Score (prä)	Eher nein	6,05	5,749	19
	Eher ja	4,82	4,490	11
	Gesamt	5,60	5,276	30
BCIS Composite Score (post)	Eher nein	7,70	5,841	20
	Eher ja	5,90	4,254	10
	Gesamt	7,10	5,359	30

Bezüglich der Bewertung der Krankheitseinsicht durch die Ärzte stellt sich ein gegenteiliger Zusammenhang dar. Patienten, die nach Meinung der Ärzte Prä und Post eher "Teilweise einsichtig" oder "Äußerst uneinsichtig" sind, werden von den Kunsttherapeutinnen eher als un kreativ bewertet. Diejenigen Patienten, die die Ärzte als "Äußerst einsichtig" bezeichnen, fallen gemäß den Kunsttherapeutinnen durch die Kreativität ihrer Bilder auf. Mehr als 20% der Zellen der Vierfeldertafel weisen eine erwartete Häufigkeit kleiner als 5 auf, folglich wird der Exakte Test nach Fisher interpretiert (Prä: X^2 nach Fisher Exakt=5,026, $p=0,071$ exakte Signifikanz zweiseitig, $n=88$; Post: X^2 nach Fisher Exakt=8,991, $p=0,006$ exakte Signifikanz zweiseitig, $n=75$). Bei der Post-Messung stellt sich hiermit ein zu den Vorergebnissen der Selbstratings konträres signifikantes Ergebnis dar.

Abb. 34) **Werden krankheitsuneinsichtige Patienten von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft? (prä / post)**



Ärztliche Beurteilung der Krankheitseinsicht



Ärztliche Beurteilung der Krankheitseinsicht

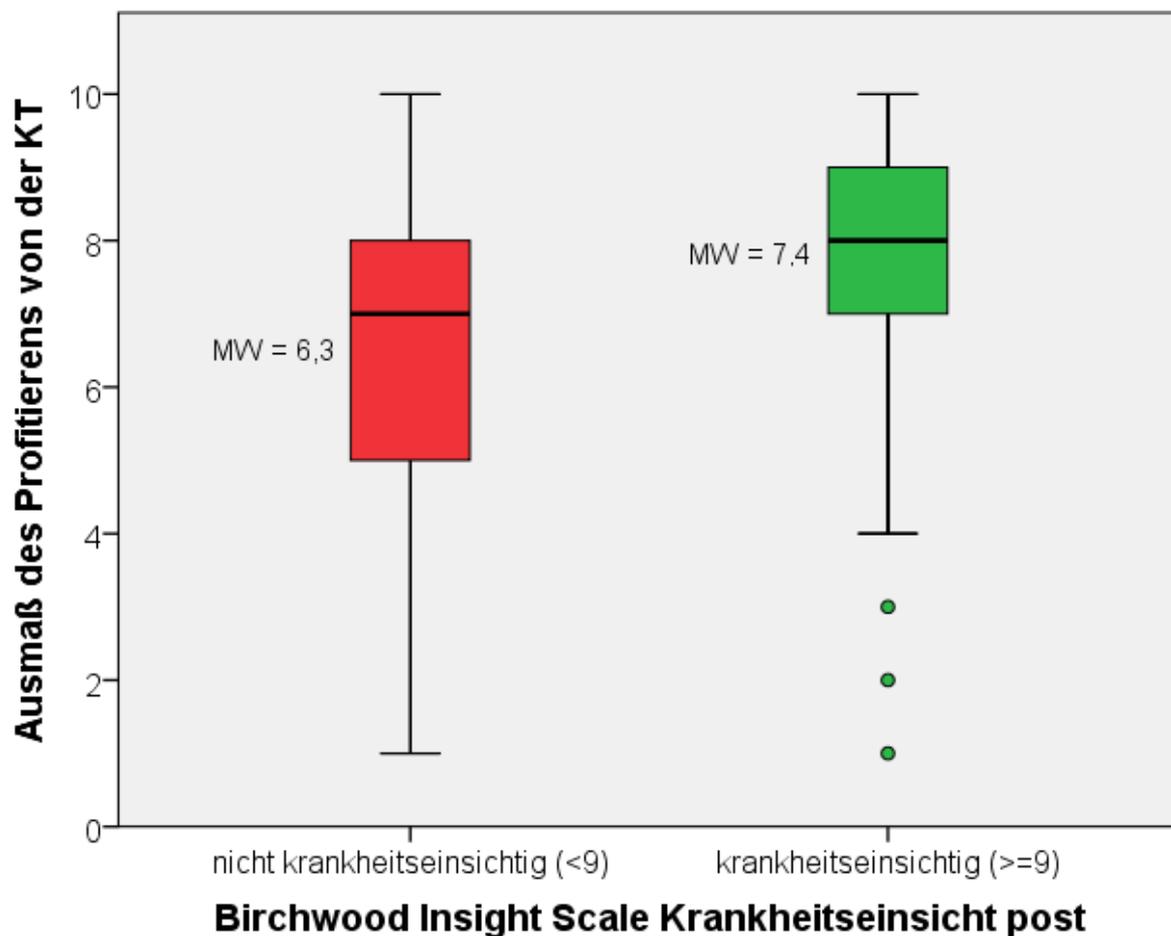
**8e) Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen
krankheitsuneinsichtige Patienten eher von der Kunsttherapie als
krankheitseinsichtige Patienten?**

In die Untersuchung gehen die bereits bekannten Scores zur Krankheitseinsicht sowie der KT-Profit-Score ein. Die Bewertung der Kunsttherapeutinnen erfolgte nur zum Ende der Untersuchung, deswegen wird hier eine Korrelation mit dem Post-BIS-Score vorgenommen. Da der KT-Profit-Score nicht normalverteilt ist, wird der Mann-Whitney-U-Test für unverbundene Stichproben angewendet. Korreliert wurde die Krankheitseinsicht nach Birchwood unter Berücksichtigung des Cut-off-Wertes sowie der KT-Profit-Score. Es wird ein positiver Trend ersichtlich, wenngleich dieses Ergebnis nicht signifikant ist (Prä: Mann-Whitney-U=467,500, p=0,722 asymptotische Signifikanz zweiseitig, n=63; Post: Mann-Whitney-U=569,500, p=0,083 asymptotische Signifikanz zweiseitig, n=63). Es zeigt sich, dass krankheitseinsichtige Patienten tendenziell von den Kunsttherapeutinnen den höheren Profit zugesprochen bekommen.

Tab. 45) **Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen
krankheitsuneinsichtige Patienten eher von der Kunsttherapie?**

		Ausmaß des Profitierens von der KT		
		n	Mittelwert	Standard- abweichung
Krankheitseinsicht nach der Birchwood Insight Scale	Nicht krankheitseinsichtig (<9)	26	6,318	3,626
	Krankheitseinsichtig (>=9)	46	7,366	2,107
	Gesamt	72	7,000	2,335

Abb. 35) **Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen krankheitsuneinsichtige Patienten eher von der Kunsttherapie?**



Die Korrelation der Skala der Birchwood Insight Scale mit der KT-Profit-Skala ergibt eine signifikante positive Korrelation. Patienten, die sich selbst als eher krankheitseinsichtig bewerten, wird von den Kunsttherapeutinnen ein höherer KT-Profit zugestanden. Anhand der Rangkorrelation nach Spearman ergibt sich ein Korrelationskoeffizient von 0,250 sowie ein p-Wert von 0,045 (n=63). Das Ergebnis ist somit auf dem 0,05-Niveau signifikant.

Abb. 36) **Ausmaß des Profitierens von der KT in Abhängigkeit von der Krankheitseinsicht (BIS-Score)**



Erneut kann man eine Subgruppenbetrachtung der schizophren erkrankten Patienten vornehmen. Es besteht auch hier kein signifikanter Zusammenhang. Es bestätigt sich jedoch der schon am Gesamtkollektiv ersichtliche Trend, dass Patienten mit mehr Krankheitseinsicht nach Meinung der Kunsttherapeutinnen auch in höherem Ausmaß von der Kunsttherapie profitieren.

Tab. 46) **Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis:
Korrelation von Krankheitseinsicht (Birchwood Insight Scale) und
Fremdeinschätzung Kreativität**

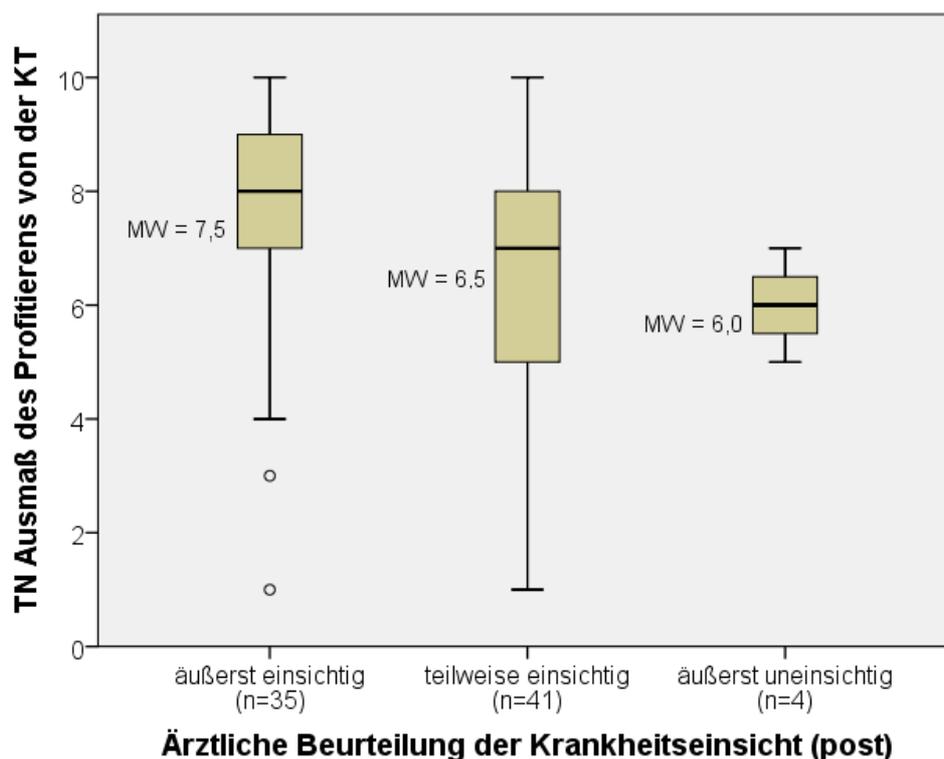
		Ausmaß des Profitierens von der KT (nur schizophren erkrankte Patienten)		
		n	Mittelwert	Standard- abweichung
Krankheitseinsicht nach der Birchwood Insight Scale	Nicht krankheitseinsichtig (<9)	13	6,46	2,470
	Krankheitseinsichtig (≥9)	16	7,06	2,048
	Gesamt	29	6,79	2,226

Derselbe Trend lässt sich bei der ärztlichen Beurteilung der Krankheitseinsicht beobachten. Patienten, die von den Ärzten als "Äußerst einsichtig" bewertet werden, weisen einen höheren KT-Profit-Wert auf als jene, die von den Ärzten als "Teilweise einsichtig" bewertet werden. Diejenigen Patienten, die als "Äußerst uneinsichtig" bezeichnet wurden, haben nochmals einen geringeren KT-Profit-Wert. Durchgeführt wird eine Spearman-Rangkorrelation. Das daraus folgende Ergebnis ist auf dem 0,05-Niveau signifikant ($r=0,253$, $p=0,039$ zweiseitig, $n=67$).

Tab. 47) **Ausmaß des Profitierens von der KT in Abhängigkeit von der Krankheitseinsicht (Ärztliche Beurteilung)**

		Ausmaß des Profitierens von der KT		
		n	Mittelwert	Standardabweichung
Krankheitseinsicht nach ärztlicher Einschätzung (Amador)	Äußerst einsichtig	30	7,50	2,177
	Teilweise einsichtig	34	6,47	2,711
	Äußerst uneinsichtig	3	6,00	1,000
	Gesamt	67	6,91	2,466

Abb. 37) **Ausmaß des Profitierens von der KT in Abhängigkeit von der Krankheitseinsicht (Ärztliche Beurteilung)**



Betrachtet man lediglich die Gruppe der schizophren erkrankten Patienten, so ist der schon wiederholt festgestellte Trend erkennbar. Auch unter Berücksichtigung der ärztlichen Einschätzung der Krankheitseinsicht scheinen am ehesten die krankheitseinsichtigeren Patienten von der Kunsttherapie zu profitieren.

Tab. 48) **Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis:
Korrelation von Krankheitseinsicht (ärztliche Beurteilung) und
Fremdeinschätzung Kreativität**

		Ausmaß des Profitierens von der KT (schizophrene Patienten)		
		n	Mittelwert	Standard- abweichung
Krankheitseinsicht nach ärztlicher Einschätzung (Amador)	Äußerst einsichtig	10	7,60	1,713
	Teilweise einsichtig	20	6,35	2,907
	Äußerst uneinsichtig	3	6,00	1,000
	Gesamt	33	6,70	2,506

3.3.9 Fragestellung 9: Zusammenhang zwischen Kunsttherapie-Compliance und genereller Therapie-Compliance

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Items, die in die Berechnung des Kunsttherapie-Compliance-Scores eingingen:

Tab. 49) **KT-Compliance-Score**

Der Patient / die Patientin...		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
...erscheint stets pünktlich zur Kunsttherapie.	Trifft gar nicht zu	6	6,5%
	Trifft etwas zu	18	19,6%
	Trifft überwiegend zu	33	35,9%
	Trifft ausgesprochen zu	35	38,0%
	Gesamt	92	100,0%
...erscheint stets ohne vorhergehende Aufforderung zur Kunsttherapie.	Trifft gar nicht zu	5	5,4%
	Trifft etwas zu	19	20,7%
	Trifft überwiegend zu	33	35,9%
	Trifft ausgesprochen zu	35	38,0%
	Gesamt	92	100,0%
...arbeitet während der Kunsttherapie sehr konzentriert an seinem / ihren Bild.	Trifft gar nicht zu	4	4,3%
	Trifft etwas zu	14	15,2%
	Trifft überwiegend zu	30	32,6%
	Trifft ausgesprochen zu	44	47,8%
	Gesamt	92	100,0%
...beteiligt sich an den Nachbesprechungen.	Trifft gar nicht zu	6	6,5%
	Trifft etwas zu	25	27,2%
	Trifft überwiegend zu	29	31,5%
	Trifft ausgesprochen zu	32	34,8%
	Gesamt	92	100,0%

Tab. 50) **Deskriptive Statistik des Kunsttherapie-Compliance-Scores**

n	92
Mittelwert	8,33
Median	9,00
Standardabweichung	2,890
Minimum	0
Maximum	12

Zur Messung der Medikamentenadhärenz wurde der MARS (Medication Adherence Rating Scale, Thompson et al., 2000) zu Beginn sowie nach 4 Wochen KT verwendet. Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeiten der Items des MARS.

Tab. 51) **Medication Adherence Rating Scale** (Absolute und relative Häufigkeiten)

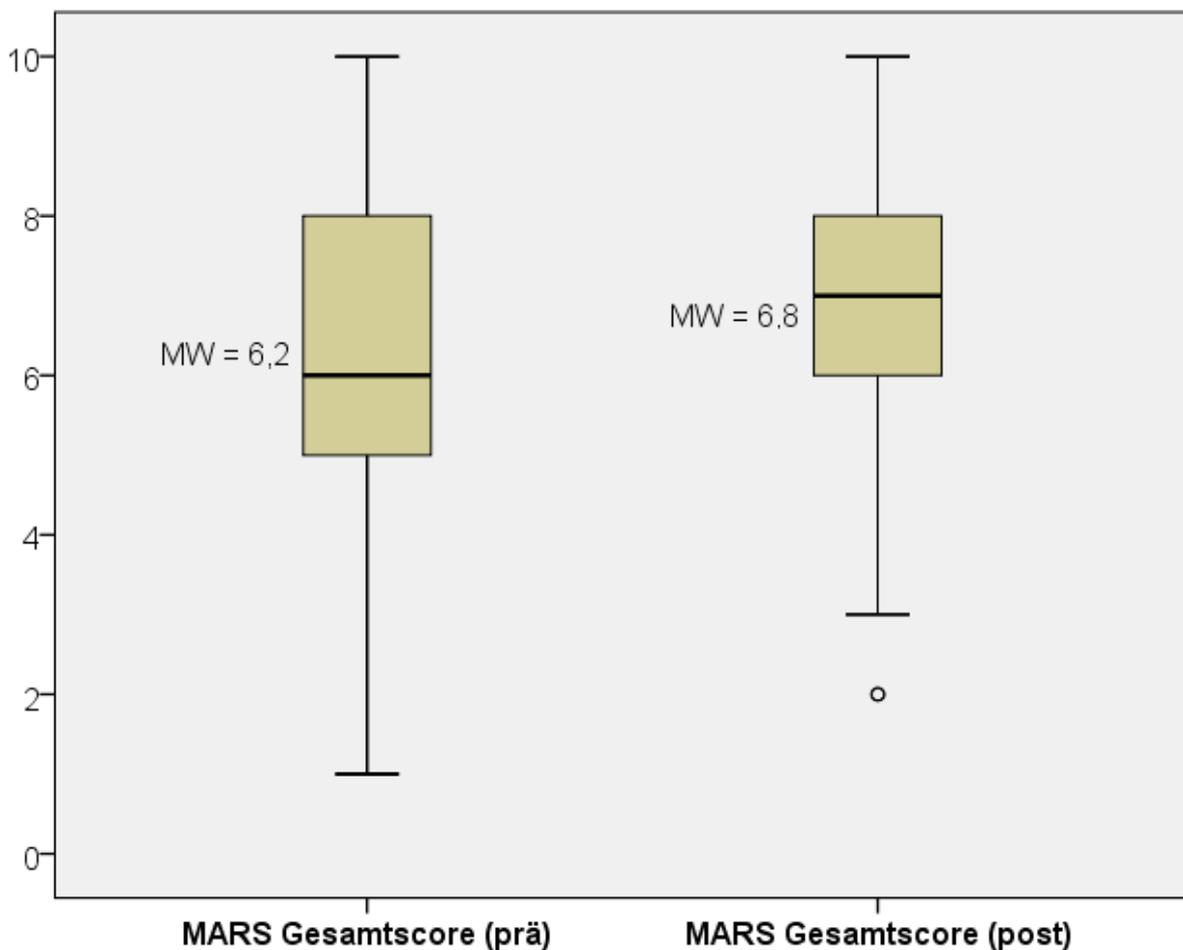
		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
1) Vergessen Sie manchmal Ihre Medikamente zu nehmen?	Ja	19	22,6%	21	28,0%
	Nein	65	77,4%	54	72,0%
	Gesamt	84	100,0%	75	100,0%
2) Nehmen Sie es manchmal nicht so genau mit der Einnahme Ihrer Medikamente?	Ja	15	17,9%	11	14,5%
	Nein	69	82,1%	65	85,5%
	Gesamt	84	100,0%	76	100,0%
3) Wenn Sie sich wohler fühlen, setzen Sie dann manchmal Ihre Medikamente ab?	Ja	14	16,7%	6	7,9%
	Nein	70	83,3%	70	92,1%
	Gesamt	84	100,0%	76	100,0%
4) Wenn Sie sich manchmal schlechter fühlen nach der Einnahme Ihrer Medikamente, setzen Sie sie dann ab?	Ja	14	16,7%	10	13,2%
	Nein	70	83,3%	66	86,8%
	Gesamt	84	100,0%	76	100,0%
5) Ich nehme Medikamente nur wenn ich krank bin.	Ja	36	43,4%	30	39,5%
	Nein	47	56,6%	46	60,5%
	Gesamt	83	100,0%	76	100,0%
6) Ich finde es "unnatürlich", wenn mein Geist und mein Körper von Medikamenten beeinflusst werden.	Ja	43	51,2%	33	44,6%
	Nein	41	48,8%	41	55,4%
	Gesamt	84	100,0%	74	100,0%
7) Meine Gedanken sind klarer, wenn ich Medikamente nehme.	Nein	56	70,0%	37	49,3%
	Ja	24	30,0%	38	50,7%
	Gesamt	80	100,0%	75	100,0%
8) Solange ich Medikamente nehme kann ich verhindern, dass ich krank werde.	Nein	36	44,4%	26	35,1%
	Ja	45	55,6%	48	64,9%
	Gesamt	81	100,0%	74	100,0%
9) Wenn ich Medikamente nehme, fühle ich mich merkwürdig, wie "im Tran".	Ja	25	30,9%	21	28,0%
	Nein	56	69,1%	54	72,0%
	Gesamt	81	100,0%	75	100,0%
10) Durch Medikamente fühle ich mich träge und müde.	Ja	50	61,0%	44	57,9%
	Nein	32	39,0%	32	42,1%
	Gesamt	82	100,0%	76	100,0%

Tab. 52) **MARS-Gesamtscore**

	n	Mittelwert	Standardabweichung
MARS-Gesamtscore prä	104	6,227	2,044
MARS-Gesamtscore post	104	6,803	1,924

Aus obigen Tabellen wird ersichtlich, dass sich die Ergebnisse des MARS beim zweiten Erhebungszeitpunkt im Sinne erhöhter Medikamentenadhärenz verbessern. Die Rangkorrelation nach Pearson bestätigt eine signifikante Erhöhung des MARS-Gesamtscores zum zweiten Messzeitpunkt (X^2 nach Pearson=0,677, $p < 0,01$ zweiseitige Signifikanz, $n=61$).

Abb. 38) **MARS-Gesamtscore** (prä / post)

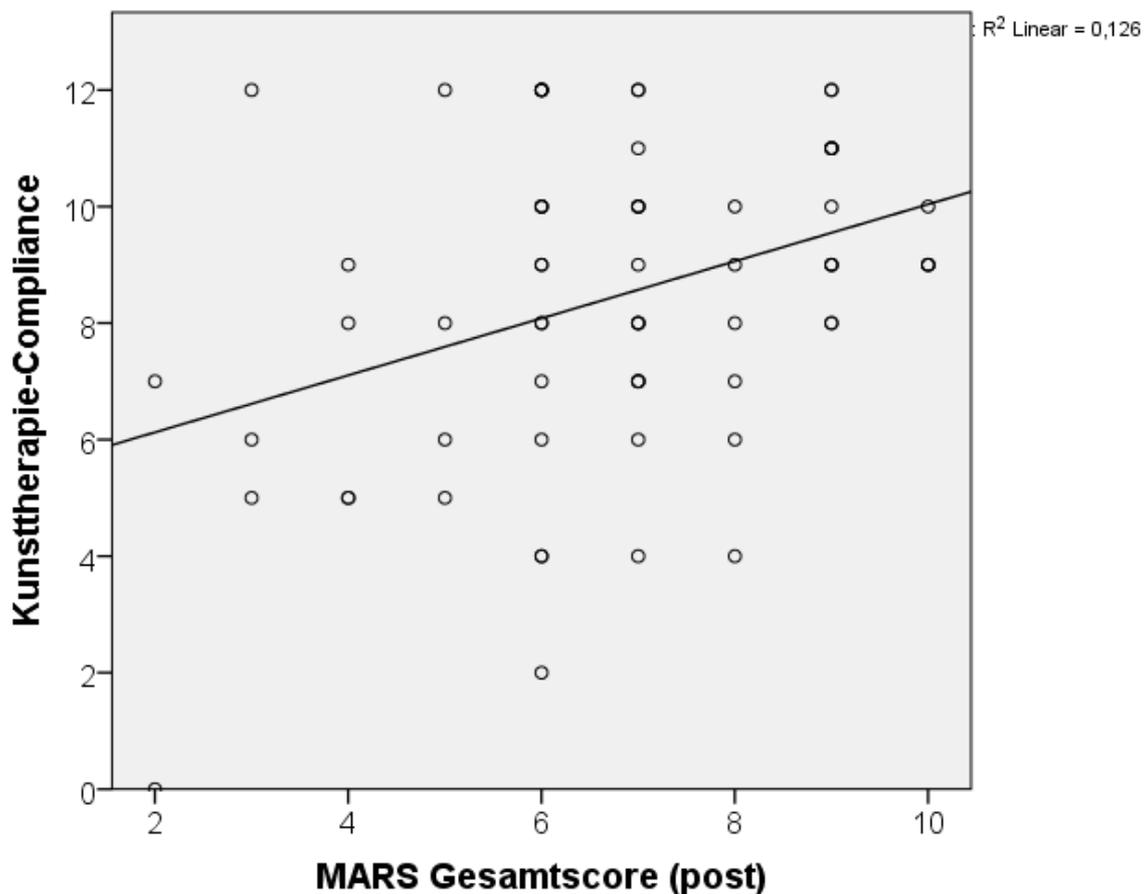


9a) Haben Patienten mit hoher Kunsttherapie-Compliance auch eine bessere Medikamentenadhärenz?

Es gehen der KT-Compliance-Score, sowie der MARS-Gesamtscore (post) in diese Untersuchung ein. Da Normalverteilung besteht, wird die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Zwischen der Medikamentenadhärenz und der Kunsttherapie-Compliance besteht eine signifikante positive Korrelation. ($r=0,355$, $p=0,003$ zweiseitige Signifikanz, $n=67$). Patienten, die sich selbst anhand des MARS als sehr medikamentenadhärent bewerten, wird auch von den Kunsttherapeutinnen eher eine hohe Kunsttherapie-Compliance bescheinigt.

(Da der KT-Compliance-Score nur zum Ende eines jeden Untersuchungsintervalls erhoben wurde, wird er im Folgenden mit den post-Ergebnissen der verschiedenen Messinstrumente korreliert.)

Abb. 39) Vergleich KT-Comp-Score und MARS-Gesamtscore

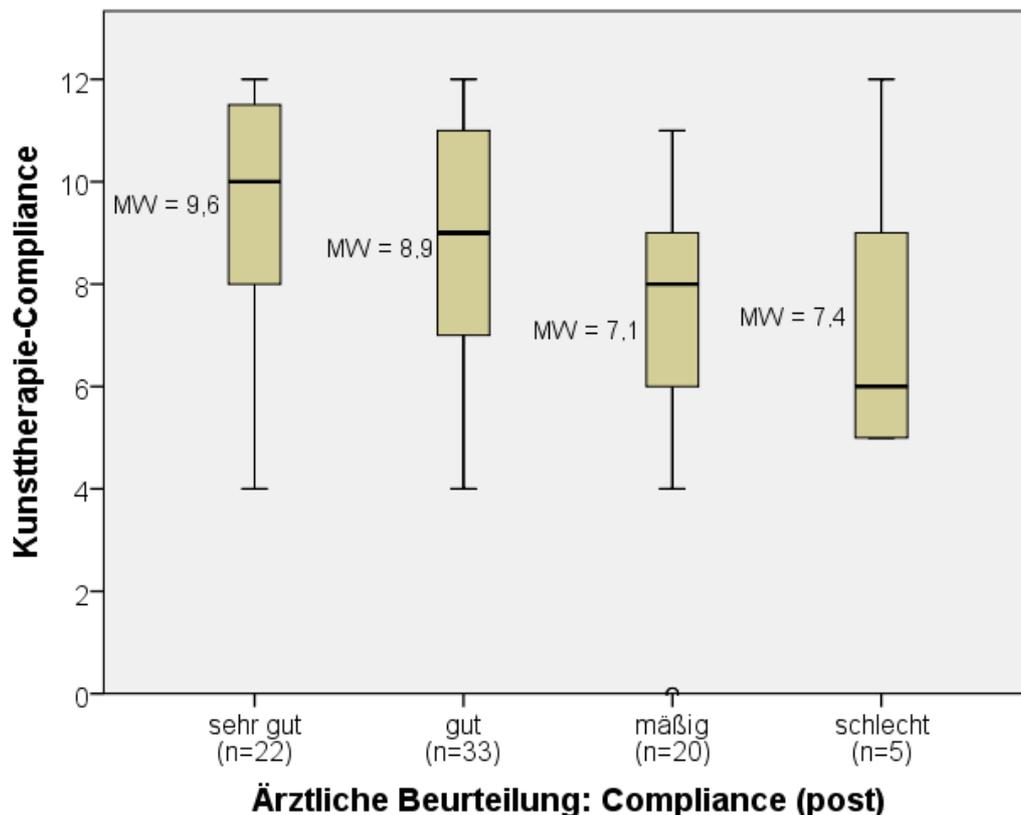


Ebenfalls eine signifikante Korrelation besteht zwischen der Beurteilung der Compliance durch die behandelnden Ärzte und der "Kunsttherapie-Compliance". Die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson zeigt, dass, je höher die Compliance eines Patienten nach Meinung der Ärzte (Compliance-Rating, Pitschel-Walz et al. 2006) ist, desto höher ist auch seine Compliance bezüglich der Kunsttherapie ($r=0,331$, $p=0,004$ zweiseitige Signifikanz, $n=75$).

Tab. 53) **Korrelation der Compliance aus ärztlicher Sicht und der Kunsttherapie-Compliance**

		Kunsttherapie-Compliance		
		n	Mittelwert	Standardabweichung
Compliance nach ärztlicher Einschätzung	Sehr gut	20	9,60	2,210
	Gut	31	8,87	2,487
	Mäßig	19	7,11	3,125
	Schlecht	5	7,40	3,050
	Gesamt	75	8,52	2,758

Abb. 40) **Vergleich KT-Comp-Score und Compliance-Rating**



Vergleich von Erst- und wiederholt Erkrankten

In dem hier betrachteten Patientenkollektiv sind 97% wiederholt erkrankte Patienten, das heißt, Patienten, die vor dieser aktuellen Episode schon einmal psychische Beschwerden hatten und 3% Ersterkrankte, für die dies die erste Episode einer psychischen Erkrankung darstellt.

Tab. 54) **Ersterkrankte / wiederholt Erkrankte**

		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Hatten Sie vor dieser Episode schon einmal psychische Beschwerden?	Nein	7	7,0%
	Ja	93	93,0%
	Gesamt	100	100,0%

Betrachtet man nun die Gruppe der wiederholt erkrankten Patienten (n=93), also derjenigen Patienten, die bereits mehr als einmal psychische Beschwerden hatten, so findet sich auch hier eine signifikante positive Korrelation zwischen der Kunsttherapie-Compliance und der Selbsteinschätzung der Medikamentenadhärenz (Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson: $r=0,334$, $p=0,008$ zweiseitige Signifikanz, $n=62$). Bei der Korrelation zwischen der Einschätzung der Ärzte und der Bewertung der Kunsttherapie lässt sich kein signifikanter Zusammenhang nachweisen, anhand der Werte ist jedoch ein Trend zu positiver Korrelation zu ersehen. Auch in der Gruppe der wiederholt erkrankten Patienten gibt es also keine Abweichung vom bereits oben beschriebenen Zusammenhang.

Betrachtet man die Gruppe der Ersterkrankten (n=7), so lassen sich keine signifikanten Zusammenhänge nachweisen.

4. DISKUSSION

4.1 Ergebnisdiskussion

4.1.1 Das Problem der "Kreativitätsforschung" und die Beurteilung der Kreativität in dieser Untersuchung

Im Rahmen der Planungsphase dieser Studie war ursprünglich vorgesehen, zu untersuchen, inwieweit die Kreativität eines Patienten eine Ressource für ihn darstellt. Da der Begriff der "Kreativität" und die Suche nach einer klaren Operationalisierung die Autorin für längere Zeit beschäftigt hat, soll im Folgenden kurz auf den Begriff der Kreativität und Probleme der Kreativitätsforschung eingegangen werden.

Eine allgemein anerkannte Definition des Begriffes "Kreativität" steht nach wie vor aus.[16] Interessant erschien die Frage, ob besonders kreative Patienten eventuell auch im Verlauf krankheitseinsichtiger sind oder mehr Compliance bezüglich der Behandlung zeigen. Leider ließen sich keine geeigneten Instrumente finden, um die Kreativität eines Menschen zu erfassen. Ein Zeichentest wie der TSD-Z (Test zum schöpferischen Denken - Zeichnerisch, Urban & Jellen, 1995) schied aus, da dies bei dem angestrebten Patientenkollektiv durch eine Doktorandin nicht zu bewerkstelligen gewesen wäre. Die "Kreativität" gehört zu den vielschichtigsten und am schwersten objektivierbaren Begriffen der Psychologie. Oft wird im Rahmen der Kreativitätsforschung künstlerische Kreativität mit der Kreativität zum Beispiel auf dem Gebiet der Ökonomie oder der Naturwissenschaften gleichgesetzt. Ob dies angemessen ist und ob sich die Schaffung eines Kunstwerkes wirklich mit wissenschaftlicher Originalität vergleichen lässt, wird in der Kreativitätsforschung kontrovers diskutiert.[16] Zwei Aspekte sind bei dem Phänomen "Kreativität" generell von Bedeutung. Zum einen ist dies das "objektive Vorkommnis (Produkt)", zum anderen das "subjektive Erlebnis (Bedeutung)". [28] Etwas wird vom jeweiligen Betrachter als kreativ wahrgenommen, wenn es für ihn etwas Neues und noch nicht Bekanntes darstellt. Ein Produkt kann also nur als kreativ gelten, wenn der Betrachter ihm diese Bedeutung verleiht. Dabei spielen die Erfahrungen des Betrachters eine große Rolle.

Der Begriff der Kreativität beinhaltet außerdem eine ethische Komponente. Auch zerstörerische Taten können dem jeweiligen Täter "kreativ" erscheinen, während sie für andere Menschen verachtenswert sind.[28] Rogers ist sich dieser ethischen Komponente bewusst, spricht jedoch ethischen und unethischen Prozessen gleichermaßen die Möglichkeit der Kreativität zu wenn er sagt, dass es für ihn "keinen Unterschied in den kreativen Prozessen gibt, die sich im Malen eines Bildes, im Komponieren einer Symphonie, im Erfinden neuer Mordinstrumente, im Entwickeln einer wissenschaftlichen Theorie [...] oder im Erschaffen neuer Züge der eigenen Persönlichkeit, etwa in der Psychotherapie, manifestieren"[58].

Trotz dieser phänomenologischen Präzisierung der Kreativitätsforschung bleibt das Problem der empirischen Erfassung. Brodbeck meint hierzu: "Wenn in einem Test bestimmte Leistungen *als* kreativ beurteilt werden, so unterstellt man stillschweigend, dass das Wertsystem des Beobachters [...] objektive Geltung beanspruchen kann." Generell kann eine psychische Funktion umso einfacher getestet werden, je klarer sie umschrieben und je einfacher sie zu definieren ist.[16] Da es sich bei der Kreativität trotz aller Bemühungen der Kreativitätsforschung um ein eher schwer fassbares Konstrukt handelt, ist ein einfacher Nachweis mittels eines Fragebogens schwierig.

Um den Kreativitätsaspekt dennoch nicht vollkommen fallenlassen zu müssen, wurden im Rahmen des TNKT die Kunsttherapeutinnen um eine Beurteilung zu der Aussage "Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf." gebeten. Damit wird vermieden, die Patienten direkt als kreativ oder unkreativ abzustempeln, was in dieser Alles-oder-Nichts-Formulierung wohl problematisch wäre. Stattdessen wurden die Bilder der Patienten als Grundlage der Einschätzung gewählt. Diese subjektive Beurteilung wird wohl beeinflusst von interindividuell unterschiedlichen Auffassungen von Kreativität der einzelnen Kunsttherapeutinnen. Des Weiteren spielen sicher auch, wie weiter oben erläutert, persönliche Erfahrungen und Erlebnisse der Kunsttherapeutinnen eine Rolle bei der Beurteilung der Kreativität eines Bildes. Es wurde hierbei auf die jahrelange Berufserfahrung der Kunsttherapeutinnen vertraut. Die Bewertung von Kreativität und ob etwas als kreativ bewertet wird, ist jedoch dennoch subjektiv.

Der Aspekt der Kreativität war eine der unabhängigen Variablen dieser Studie. Von Interesse war, ob die Einschätzung der Kunsttherapeutinnen diesbezüglich abhängt von Diagnose, Geschlecht, Schulbildung und Krankheitseinsicht der Patienten. Die

Schizophrenie umgibt oft der Nimbus der Kreativität, der häufig fälschlicherweise aus dem psychotischen Erleben der Patienten fehl interpretiert wird. Der Psychiater A. Bader verglich 1975 gar künstlerisches Schaffen gleichermaßen wie psychotische Produktion mit einem "Weg durch den Zaubergarten". ([6] zitiert nach [40]) Es gibt jedoch auch konträre Meinungen zur Kreativität. Winnicott beispielsweise bezeichnete den "kreativen Impuls" als etwas eigenständiges, das bei jedem gesunden Menschen vorhanden ist. Psychische Krankheit und geistige Behinderung beeinträchtigen seiner Meinung nach das Ausmaß der Kreativität eines Menschen.[76]

Entgegen der Erwartung, dass die Kunsttherapeutinnen schizophren erkrankte Patienten eher als kreativ bezeichnen würden, wurden im Rahmen dieser Studie im Gegenteil eher die affektiv gestörten Patienten etwas kreativer bewertet. Dieser Trend ist numerisch erkennbar, statistisch jedoch nicht signifikant. So kann vielleicht eher davon ausgegangen werden, dass in diesem Kollektiv die Diagnose weniger Auswirkungen auf die Beurteilung der Kunsttherapie bezüglich der Kreativität der Patienten hatte. Betrachtet man weiterhin diese Einschätzung für die beiden Geschlechter, so besteht ein Trend zugunsten der Männer. So wird die Aussage "Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf" bei 37,8% der Männer, jedoch nur bei 20,0% der Frauen mit "Trifft ausgesprochen zu" bewertet. Dieser deutliche numerische Unterschied ist jedoch ebenfalls statistisch nicht signifikant. Betrachtet wurde zudem die Einschätzung der Kreativität unter dem Aspekt der Schulbildung. Die Vermutung, dass Patienten mit (Fach-)Hochschulreife eher in den Genuss musischer Bildung kamen und dadurch auch kreativer erscheinen könnten, bestätigte sich nach Auswertung der Daten nicht. Es ließ sich kein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen feststellen. Die Verteilung der Kreativität gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen ist zumindest in diesem Kollektiv in allen Bildungsgruppen in etwa gleich. Das Ausmaß der Kreativität eines Patienten zeigt sich also zumindest in diesem Kollektiv unabhängig von Diagnose, Geschlecht oder Schulbildung.

Als letztes wurde noch die Krankheitseinsicht der Patienten mit der Beurteilung ihrer Kreativität durch die Kunsttherapeutinnen verglichen. Dies ging thematisch in die gleiche Richtung wie die vorhergehende Korrelation mit der Diagnose. Die Vermutung war, dass Patienten mit geringerer Krankheitseinsicht noch kränker seien

als Patienten mit höherer Krankheitseinsicht und sie aus diesem Grund mit ihrer ausgeprägteren Psychopathologie eher als kreativ eingeschätzt werden könnten. Gleichzeitig wurde der Zeitverlauf betrachtet, um festzustellen, ob Patienten, die zu Beginn kreativer eingeschätzt wurden, sich zum zweiten Beobachtungszeitpunkt als krankheitseinsichtiger zeigen würden als die eher "unkreativen" Patienten. Damit sollte untersucht werden, ob die Kreativität eines Patienten für ihn eine Ressource im Rahmen seines Genesungsprozesses darstellen kann. Bei Betrachtung der Birchwood Insight Scale ließ sich auch genau dieser vermutete Zusammenhang bestätigen. Patienten, die zum ersten Untersuchungszeitpunkt eine geringe Krankheitseinsicht gemäß der Birchwood Insight Scale hatten, denen jedoch von den Kunsttherapeutinnen eine ausgesprochene Kreativität anhand ihrer Bilder bescheinigt wurde, hatten zum zweiten Untersuchungszeitpunkt eine signifikant höhere Krankheitseinsicht als Patienten, die eher als unkreativ eingeschätzt worden waren. Ein ähnlicher Zusammenhang, wenn auch nicht signifikant, stellte sich bei Betrachtung der Beck Cognitive Insight Scale dar. Es wäre also tatsächlich möglich, dass die Kreativität eines Patienten für ihn eine Ressource bei der Entwicklung von Krankheitseinsicht darstellt. Dieser signifikante Zusammenhang bedeutet jedoch keine Kausalität. Da sich die verschiedenen Persönlichkeitsmerkmale eines Patienten nicht ausblenden lassen und auch Interventionen neben der Kunsttherapie innerhalb dieses Zeitraumes stattfanden, kann nicht mit Sicherheit behauptet werden, dass die Kreativität der Patienten der ausschlaggebende Faktor bei der Erlangung der Krankheitseinsicht war. Dagegen spricht auch, dass sich bezüglich der Einschätzung der Krankheitseinsicht durch die Ärzte nicht das gleiche Bild wie in den beiden Selbstratings darstellt, wenngleich das Ergebnis auch nicht signifikant ist. Hier sind es die von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft Patienten, die von den Ärzten zu beiden Zeitpunkten eher gute Krankheitseinsicht bescheinigt bekamen. Eine Entwicklung der "kreativen" Patienten hinsichtlich zunehmender Krankheitseinsicht ist anhand der Einschätzung der Ärzte nicht zu beobachten.

Im Extremgruppenvergleich zwischen eher kreativ und eher unkreativ eingeschätzten Patienten fällt auf, dass die "Kreativen" auch tendenziell zufriedener mit der Kunsttherapie zu sein scheinen als die "Unkreativen". Der Trend ist numerisch erkennbar, jedoch liegt kein signifikanter Zusammenhang vor.

Tab. 55) **Kreativität und Kunsttherapiezufriedenheit**

		Zufriedenheit mit der Kunsttherapie (Score post)	
		Mittelwert	N
Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf.	Trifft gar nicht zu	21,58	15
	Trifft ausgesprochen zu	19,75	25

Weiterhin fällt auf, dass es einen Unterschied zwischen den als "kreativ" und "unkreativ" eingeschätzten Patienten gibt hinsichtlich der Beeinträchtigung durch die medikamentösen Nebenwirkungen gibt. Patienten, die sich nicht durch Medikamente beeinträchtigt fühlen, werden zu 55% "kreativ" und zu 45% als "nicht kreativ" eingeschätzt. Von den 10 Patienten, die sich durch die Medikation beeinträchtigt fühlen, werden 90% als "kreativ" und nur 10% als "nicht kreativ" bezeichnet. Natürlich erlauben die Fallzahlen nur sehr vorsichtige Vermutungen, jedoch könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass durch Medikamente beeinträchtigte Patienten auch in ihrer Kreativität nachlassen. Umgekehrt wäre auch möglich, dass besonders kreative Patienten sich leichter tun, nebenwirkungsbedingte Probleme zu kompensieren und dass bei weniger kreativen Menschen die Nebenwirkungen wesentlich deutlicher spürbar werden.

4.1.2 Das Interesse der Patienten an kreativer Betätigung

Neben der Beurteilung der Kreativität durch die Kunsttherapeutinnen wurde zusätzlich noch das Interesse der Patienten an kreativem Schaffen erfragt. Dazu sollten die Patienten Stellung beziehen zu der Aussage "In meiner Freizeit male und / oder zeichne ich gerne". Dichotomisiert man die Ergebnisse, so zeigt sich, dass ca. 42% der Patienten dies eher bejahen und ca. 58% dies eher verneinen. Mit dieser Frage sollte ein grundlegendes Interesse an kreativer Betätigung eruiert werden. Natürlich könnte es sein, dass jemand ein sehr kreativer Mensch ist, Malerei und Zeichnen aber nicht zu seinen bevorzugten Medien gehören, sondern er sich beispielsweise lieber durch Collagen, Bildhauerei oder sonstiges ausdrückt. Trotzdem wurde für die späteren Berechnungen dieses Item gewählt, da Malen und

Zeichnen Handlungen sind, die im Rahmen der Kunsttherapie am Klinikum rechts der Isar durchgeführt werden und so eine gewisse Vergleichbarkeit angenommen werden kann. Um den Bereich der kreativen Betätigung und die kreative Vorgeschichte möglichst umfassend abzudecken, wurden den Patienten mit dem FKK noch weitere Fragen gestellt. So zeigen die Daten, dass ca. 74% der Patienten angaben, sich bereits in der Kindheit gerne kreativ betätigt zu haben und ca. 61% seien dabei von ihren Eltern auch gefördert worden. Ca. 51% bezeichneten die Eltern selbst als kreative Menschen. Es erscheint auffällig, dass im Vergleich zu den 74%, die in ihrer Kindheit gerne kreativ waren, nur 42% der Patienten auch jetzt noch ein Interesse an kreativer Betätigung äußerten.

Auch nach dem schulischen Kunstunterricht wurde gefragt. 65% der Patienten gaben an, gerne den Kunstunterricht besucht zu haben und hatten dabei eine durchschnittliche Schulnote von 2,2 ($\pm 0,95$, letzte erinnerbare Schulnote). Die Autorin ist sich der Problematik der schulischen Bewertung im Kunstunterricht durchaus bewusst, nichtsdestotrotz erschien dieser Punkt notwendig zur vollständigen Exploration der kreativen Vorgeschichte. Die Frage nach der Kunstnote wurde auffälligerweise nur auf 92 der 102 erhaltenen Fragebögen beantwortet, was neben mangelnder Erinnerung auch einer Aversion gegen die erhaltene Benotung geschuldet sein könnte. Bei der möglichen Freitextantwort gaben dann auch viele Patienten an, sich von ihrem Kunstlehrer nicht verstanden gefühlt zu haben. Man muss in diesem Kontext jedoch auch beachten, dass viele Patienten schon etwas älter waren und die Kunstpädagogik sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte natürlich sehr verändert hat.

Weiterhin deckten die Fragen des FKK auch eine Exploration des Interesses an den verschiedenen Künsten ab, sowohl aktiv-kreativ als auch passiv-rezeptiv (siehe 3.1 Ergebnisse des FKK). Hierbei fällt auf, dass passiv-rezeptive Tätigkeiten, wie Theater-, Konzert- und Museumsbesuche von den Patienten deutlich häufiger als beliebte Freizeitbeschäftigung angegeben werden als aktiv-kreative Betätigungen wie Singen, ein Instrument spielen oder auch Malen und Zeichnen. Das Tanzen wiederum wird mit 42% relativ häufig angegeben.

Nicht eigentlich in dieser Aufteilung interpretierbar ist das Item "In meiner Freizeit beschäftige ich mich gerne mit Literatur (Lesen, Schreiben,...)", da hier sowohl eine aktive, als auch eine passive Komponente angegeben war. Nichtsdestotrotz ist dies die am häufigsten angekreuzte Freizeitbeschäftigung.

Tab. 56) **Aktiv-produktive vs. passiv-rezeptive Freizeitbeschäftigung**

		Relative Häufigkeit
Aktiv- produktiv	In meiner Freizeit male und / oder zeichne ich gerne.	32,7%
	In meiner Freizeit tanze ich gerne.	42,0%
	In meiner Freizeit bastle ich gerne (Handarbeiten, Basteln, Heimwerken, Schmuckherstellung,...).	42,2%
	In meiner Freizeit singe ich gerne. (z.B. im Chor)	26,7%
	In meiner Freizeit spiele ich gerne ein Instrument.	23,0%
Passiv- rezeptiv	In meiner Freizeit gehe ich gerne in Museen oder schaue mir gerne Kunstbände an.	49,0%
	In meiner Freizeit gehe ich gerne in Konzerte oder Theateraufführungen (Oper, Musical, Ballett,...).	45,1%
	In meiner Freizeit beschäftige ich mich gerne mit Literatur (Lesen, Schreiben,...).	66,3%

4.1.3 Die Meinung der Patienten zur Kunsttherapie: Stellenwert, hilfreiche Aspekte, Auswirkungen

Auffällig ist, dass der Stellenwert für die Genesung und die generelle Bedeutung der Kunsttherapie im Behandlungskonzept von den Patienten zu beiden Zeitpunkten erstaunlich hoch eingeschätzt wurde.

So gaben zum ersten Befragungszeitpunkt 62,5% der Patienten an, die Kunsttherapie sei wichtig für ihren Genesungsprozess. Dies ist insofern bemerkenswert, da die Patienten zu diesem Zeitpunkt erst seit kurzem an der Kunsttherapie teilnahmen. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt, also nach 4 Wochen Teilnahme gaben dies 64,6% der Patienten an, es kam also zu einer geringen Steigerung.

Auch die Teilnahme an der Kunsttherapie wurde als wichtig empfunden. 73,3% der Patienten gaben zum ersten und 74,7% zum zweiten Befragungszeitpunkt an, dass ihnen die Teilnahme an der Kunsttherapie wichtig sei.

Vergleicht man die Einschätzung zum Stellenwert der Kunsttherapie von schizophren gegenüber affektiv erkrankten Patienten, so fällt auf, dass es im Prä/Post-Vergleich

bei den schizophren Erkrankten eine Abnahme von 7,2% (prä 65,1% / post 57,9%), bei den affektiv Erkrankten jedoch eine Zunahme von 14% (prä 59,4% / post 72,7%) gibt. Das heißt, schizophren erkrankte Patienten schätzten den Stellenwert der Kunsttherapie für ihren Genesungsprozess bei der zweiten Befragung niedriger, affektiv erkrankte Patienten höher ein. Dieses Ergebnis deckt sich nicht mit dem Erwartungswert und sollte gegebenenfalls in weiteren Untersuchungen überprüft werden.

Eher skeptisch waren die Patienten in ihrer Meinung, wie wichtig die in der Kunsttherapie entstehenden Bilder für den behandelnden Arzt seien. Nur 29,3% glaubten zu Beginn, dass diese eine Relevanz für die Ärzte hätten, wohingegen dies bei der zweiten Befragung immerhin 39,4% dachten. Da eine enge Zusammenarbeit von Kunsttherapeutinnen und behandelnden Ärzten nicht nur wünschenswert, sondern auch notwendig ist, ist es erfreulich zu sehen, dass dies im Verlauf von den Patienten wohl auch wahrgenommen wurde.

Welche Aspekte der Kunsttherapie wurden nun von den Patienten als besonders hilfreich angesehen? Generell fällt zunächst einmal auf, dass alle Aspekte zum zweiten Untersuchungszeitpunkt positiver bewertet wurden. Am häufigsten gaben die Patienten zu beiden Zeitpunkten den Entspannungseffekt der Kunsttherapie als hilfreiche Komponente an. Sowohl bei der Prä- als auch bei der Post-Erhebung wurde dieser Aspekt jeweils mit über 75% bewertet.

Des Weiteren fällt auf, dass die Aussage "Kunsttherapie als Einstieg in den Tag" zum zweiten Zeitpunkt beinahe um 10% häufiger als hilfreich bewertet wurde. Der tagesstrukturierende Effekt der Kunsttherapie scheint im Verlauf des stationären Aufenthaltes zunehmend hilfreich zu sein.

Ebenfalls eine deutliche Zunahme von 49,4% auf 57% kann für den Aspekt "Anerkennung für meine Bilder zu bekommen" beobachtet werden, was die Kunsttherapie somit auch als positive Verstärkerquelle identifiziert.

Eher gleichbleibend verhält sich die Meinung der Patienten, wie hilfreich die Gruppendynamik im Rahmen der Kunsttherapie ist. Zwar werden sowohl das Malen als auch der Austausch in der Gruppe bei der zweiten Befragung positiver bewertet, der Anstieg ist jedoch geringer als bei den übrigen Aspekten.

Tab. 57) **Subjektiv hilfreiche Aspekte der Kunsttherapie**

Was ist Ihrer Meinung nach hilfreich an der Kunsttherapie?	Prä	Post
KT als Einstieg in den Tag	58,4%	67,9%
Malen in der Gruppe	58,4%	62,8%
Austausch über die Bilder in der Gruppe	57,3%	58,2%
Entspannung durch kreative Tätigkeit	75,3%	78,5%
Anerkennung für meine Bilder zu bekommen	49,4%	57,0%

4.1.4 Die Auswirkungen der Kunsttherapie aus Sicht der Patienten

Die Auswirkungen die die Kunsttherapie auf die Patienten hat waren natürlich von besonderem Interesse. Die drei Items, die sowohl prä als auch post am häufigsten angekreuzt wurden, sind "Die KT trägt zu einer ausgeglichenen Stimmung bei", "Während der KT denke ich kaum an meine Krankheit" und "Während der KT fällt es mir leichter, mich zu konzentrieren". Weiter oben wurde bereits erwähnt, dass die Patienten am hilfreichsten an der Kunsttherapie den Entspannungseffekt fanden. In Anbetracht dessen scheint die Kunsttherapie für die Studienteilnehmer eine Art Auszeit zu sein, in der Entspannung, Ausgeglichenheit, Konzentration und Ablenkung stattfinden.

Bei einigen der Items fällt zum zweiten Zeitpunkt eine deutliche Zunahme auf. So stimmten prä 59,6% der Patienten der Aussage zu "Die KT trägt zu einer ausgeglichenen Stimmung bei", wohingegen dies post über 10% mehr, nämlich 70,9% taten.

Ebenfalls ein starker Anstieg ist zu verzeichnen bei "Durch die KT gewinne ich an Selbstvertrauen" (prä 44,3%, post 54,4%). Hier stimmen beim zweiten Erhebungszeitpunkt ebenfalls über 10% mehr Patienten zu.

Dass sie durch die Kunsttherapie und die dabei entstehenden Werke ihre Gefühle ausdrücken können, bejahen bei der ersten Befragung 56,2% der Patienten, bei der zweiten Untersuchung bereits 64,6%.

Das sich bessernde Bewusstwerden der eigenen Fähigkeiten steigt von 46,6% auf 55,7%. Gegebenenfalls liegt hier ein Zusammenhang vor, mit dem bereits weiter oben genannten hilfreichen Aspekt, Anerkennung für die eigenen Bilder zu bekommen.

Auch die Aussage "Die KT hilft mir meine Selbstwahrnehmung zu verbessern" wurde post deutlich häufiger bejaht. Zum ersten Untersuchungszeitpunkt stimmten dem 43,5% und zum zweiten Zeitpunkt 51,4% zu.

Weniger Einfluss scheint die Kunsttherapie beispielsweise auf die Ängstlichkeit der Patienten (prä 28,4%, post 29,5%) oder auf die Akzeptanz der medikamentösen Behandlung (prä 26,4%, post 26,9%) zu haben.

Tab. 58) Auswirkungen der Kunsttherapie

Welche unmittelbaren Auswirkungen hat die Kunsttherapie für Sie auf nachfolgende Bereiche?	Prä	Post
Die KT trägt zu einer ausgeglichenen Stimmung bei.*	59,6%	70,9%
Durch die KT gewinne ich an Selbstvertrauen.	44,3%	54,4%
Während der KT fällt es mir leichter mich zu konzentrieren.	58,4%	62,0%
Während der KT denke ich kaum an meine Krankheit.	65,2%	65,8%
Durch die in der KT entstehenden Bilder kann ich meine Gefühle ausdrücken.	56,2%	64,6%
Durch die in der KT entstehenden Bilder kann ich mich anderen mitteilen.	48,3%	54,4%
Durch die KT in der Gruppe werde ich sicherer im Umgang mit anderen Menschen.	32,6%	33,3%
Durch die KT werde ich motivierter für die weitere Behandlung.	40,4%	40,5%
Die KT trägt dazu bei, dass ich mir meiner eigenen Fähigkeiten bewusst werde.	46,6%	55,7%
Durch die KT können auch meine Angehörigen sehen, dass ich wieder etwas kann.	30,7%	27,8%
Durch die KT fühle ich mich weniger ängstlich.	28,4%	29,5%
Durch die KT fühle ich mich hoffnungsvoller.	41,4%	43,0%
Durch die KT fühle ich mich weniger müde.	40,9%	44,3%
Die KT hilft mir, die medikamentöse Behandlung besser zu akzeptieren.	26,4%	26,9%
Die KT hilft mir, die psychotherapeutische Behandlung besser zu akzeptieren.	32,5%	31,2%
Durch die KT bin ich weniger gereizt.	43,2%	39,7%
Durch die KT fühle ich mich innerlich ruhiger.	56,8%	53,2%
Durch die Teilnahme an der KT empfinde ich meinen Aufenthalt in der Psychiatrie als weniger diskriminierend.	34,5%	39,2%
Die KT hilft mir, meine Selbstwahrnehmung zu verbessern.	43,5%	51,4%

*Fett markiert sind Items mit besonderem Anstieg (~10%) zum zweiten Untersuchungszeitpunkt.

Ein weiteres auffälliges Ergebnis ist die subjektive Beeinträchtigung der Teilnahmefähigkeit der Patienten durch die Psychopharmaka-Therapie.

99% aller Patienten in diesem Kollektiv bekamen Psychopharmaka, die bekannte Nebenwirkungen wie Tremor, Müdigkeit oder Sitzunruhe verursachen können. Generell gaben zum ersten Befragungszeitpunkt mehr als zwei Drittel der Patienten an, sich eher nicht ("nein"/"eher nein") durch ihre Medikation in ihrer Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt fühlen. Zum Zeitpunkt der zweiten Befragung nimmt zwar die eindeutige Bejahung dieser Aussage von 13,5% auf 15,4% zu, die eindeutige Verneinung steigt aber von 34,8% auf 44,9% an. Da Psychopharmaka die feinmotorischen Fähigkeiten durchaus beeinträchtigen können, sind diese Ergebnisse bemerkenswert. Im Verlauf der Therapie scheinen also die negativen Auswirkungen der Medikamente zurückzugehen.

4.1.5 Allgemeine Aspekte der Forschung zur "Patientenzufriedenheit" sowie Beurteilung der Behandlungs- und Kunsttherapiezufriedenheit in dieser Untersuchung

Nach Hansson kann die "Patientenzufriedenheit" nicht nur als ein qualitatives Maß für das Outcome einer Behandlung sondern auch als auch als ein Faktor im Behandlungsprozess, der sowohl Einfluss auf den Verlauf, als auch auf den Erfolg einer Behandlung hat, gesehen werden.[24] Die Erfragung der "Patientenzufriedenheit" wird aus diesem Grund oft im Rahmen des Qualitätsmanagements als Werkzeug zur Qualitätsbeurteilung einer Behandlung verwendet. Zu beachten ist dabei, dass es sich bei der Zufriedenheit eines Patienten um ein relatives Maß aus der Erwartung an eine Behandlung und die tatsächlich erhaltene Behandlung handelt.[55] Je nach vorangegangener Erwartungshaltung eines Patienten kann die subjektive Zufriedenheit mit einer Behandlung folglich unterschiedlich ausfallen. Nach Rentrop et al. (1999) ist die Erfragung der Patientenzufriedenheit somit als alleiniges Maß für die Qualität einer Behandlung nicht ausreichend, im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zur Qualitätssicherung sind Patientenbefragungen jedoch durchaus hilfreich.[55] Erste Bestrebungen, die Qualität einer psychiatrischen Behandlung aus Sicht der Patienten zu eruieren, kamen in den 50er Jahren in den USA auf. Seit den 70er Jahren wurde versucht, die

bisher entwickelten Befragungsinstrumente zu vereinheitlichen. Im Zuge dessen wurde 1977 von Atkisson und Zwick der Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) entwickelt.[55]

Hansson ermittelte 1993 über Patienteninterviews die folgenden 6 Qualitätskriterien für die Behandlung in psychiatrischen Kliniken:

- 1) Patienten-Personal-Beziehung
- 2) Einfluss der Patienten auf die Behandlung
- 3) Behandlungsinhalte, -methoden
- 4) Soziale Aktivitäten und Übungsmöglichkeiten
- 5) Stationsatmosphäre
- 6) Kompetenz des Personals ([24] nach [55])

Bei der Erhebung der Patientenzufriedenheit gilt es eine Reihe methodischer Probleme zu beachten. Gruyters und Priebe stellten 1994 fest, dass Patienten dazu neigen, im Zuge von sozialer Erwünschtheit eher positive Bewertungen zu geben ([22] nach [55]). Um dies aufzufangen, rieten Ware et al. (1983) dazu, eine Mischung aus positiv und negativ formulierten Fragen zu verwenden ([74] nach [55]). Weiterhin gilt es zu beachten, dass es sich bei psychiatrischen Patienten meist um ein heterogenes Patientenkollektiv mit entsprechenden krankheitsbedingten Einschränkungen handelt und der Zeitpunkt einer möglichen Zufriedenheitsbefragung im individuell unterschiedlichen Therapieverlauf oft nicht ohne weiteres klar zu definieren ist. ([22] nach [55]) Ruggeri stellte zudem fest, dass die Zusicherung von Vertraulichkeit eine unabdingbare Voraussetzung für Befragungen zur Patientenzufriedenheit darstellt, da die Antworten ansonsten wieder eher zu positiv ausfallen. ([59] nach [55])

Im Rahmen dieser Studie wurde zur Messung der globalen Behandlungszufriedenheit der ZUF-8 verwendet. Dabei handelt es sich um die deutsche Version des CSQ-8 (Client Satisfaction Questionnaire) von Atkisson & Zwick (1982), der 1989 von Schmidt, Lamprecht und Wittmann übersetzt wurde.[55] Zur Messung der Kunsttherapie-Zufriedenheit wurden 10 Items des FKT jeweils prä und post zu einem Score verrechnet (siehe 3.2 Ergebnisse der Faktorenanalyse). Durchschnittlich ergab sich zum ersten Beobachtungszeitpunkt ein KT-Zuf-Score von

20,79 und zum zweiten Beobachtungszeitpunkt von 20,94. Somit kann angenommen werden, dass sich die Zufriedenheit der Patienten mit der Kunsttherapie innerhalb der 4 Wochen des Beobachtungszeitraums kaum ändert.

Es ergab sich eine signifikante positive Korrelation zwischen der globalen Behandlungszufriedenheit (ZUF-8) und der spezifischen Kunsttherapie-Zufriedenheit (KT-Zuf-Score). Damit kann geschlussfolgert werden, dass die Kunsttherapie auch von den Patienten als ein Baustein im Behandlungskontext gesehen wird. Die Annahme, dass mit der generellen Behandlung unzufriedene Patienten wenigstens die Kunsttherapie als einen positiven Aspekt für sie empfinden, wurde durch die gewonnenen Daten nicht bestätigt. Eine isolierte Kunsttherapie-Zufriedenheit ist zumindest in diesem Kollektiv nicht zu beobachten. Oder anders ausgedrückt: Generell unzufriedene Patienten sind auch mit der Kunsttherapie nicht zufrieden.

Des Weiteren haben die künstlerischen Vorerfahrungen eines Patienten keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Kunsttherapie. Patienten, die sich bereits vor diesem stationären Aufenthalt kreativ betätigten, zeigten zu keinem der beiden Untersuchungszeitpunkte signifikant höhere Zufriedenheitswerte als jene Patienten, bei denen das nicht der Fall war.

Zusätzlich wurde noch untersucht, wie es sich mit der Kunsttherapie-Zufriedenheit in verschiedenen Subgruppen verhält. Von Interesse war, ob die Diagnose, das Geschlecht, die Schulbildung und die Krankheitseinsicht der Patienten Einfluss auf ihre Zufriedenheit mit der Kunsttherapie haben.

Bezüglich der Diagnose ist kein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Gruppen feststellbar. Lediglich ein sehr schwacher Trend zugunsten der schizophren erkrankten Patienten lässt sich feststellen. Somit kann festgehalten werden, dass die Diagnose eines Patienten wohl keinen Einfluss darauf hat, inwieweit er sich für die Kunsttherapie begeistern kann und folglich zufrieden damit ist. Die Kunsttherapie scheint alle Diagnosegruppen in ähnlichem Ausmaß zufrieden zu stellen.

Betrachtet man die Zufriedenheit mit der Kunsttherapie aufgeteilt nach den beiden Geschlechtern, so fällt auf, dass die Frauen anscheinend zu beiden Untersuchungszeitpunkten etwas zufriedener mit der Kunsttherapie sind als die Männer. Ein numerischer Unterschied ist ersichtlich und das Ergebnis verfehlt nur knapp das Signifikanzniveau ($p=0,052$). Eventuell könnte sich hier ein stärkeres Bestreben der Frauen nach sozialer Erwünschtheit zeigen.

Ein numerischer Unterschied zwischen den verschiedenen Bildungsstufen zeigt sich nur zwischen den Patienten mit (Fach-)Hochschulreife (prä: $21,3 \pm 4,7$; post: $21,8 \pm 4,7$) und Mittlerer Reife (prä: $21,6 \pm 5,5$; post: $21,3 \pm 5,4$) auf der einen Seite und jenen mit Hauptschulabschluss (prä: $18,6 \pm 7,7$; post: $19,0 \pm 7,0$) auf der anderen Seite. Dieser Unterschied ist jedoch weder zum Prä- noch zum Post-Zeitpunkt signifikant. Es kann auf diese Weise also nur vermutet werden, dass eventuell bei Patienten mit höherem Bildungsabschluss eher eine gute musische Erziehung vorliegt, als dies bei Patienten mit Hauptschulabschluss oder keinem Abschluss der Fall ist. Die Daten erlauben allerdings keine definitive Aussage zu dieser Fragestellung.

4.1.6 Die Beurteilung des Profitierens von der Kunsttherapie aus Sicht der Kunsttherapeutinnen

Die Beurteilung, inwieweit ein Patient individuell von der Kunsttherapie profitiert, wurde von den Kunsttherapeutinnen im Rahmen des TNKT (Fragebogen zur Teilnahme an der Kunsttherapie) vorgenommen. Dabei ergibt sich erneut die Tatsache, dass diese Beurteilung je nach Station von unterschiedlichen Kunsttherapeutinnen vorgenommen wurde, was die Frage nach unmittelbarer Vergleichbarkeit aufwirft. Der KT-Profit wurde generell eher höher eingeschätzt. Es mag bei dieser Beurteilung wohl auch das Bedürfnis nach Aufwertung des eigenen Berufsbildes von Seiten der Kunsttherapeutinnen mitgespielt haben und vielleicht auch eine latente Furcht, entbehrlich zu sein, wenn angegeben würde, ein Patient profitiere nicht von der Kunsttherapie.

Die Einschätzung der Kunsttherapeutinnen wurde mit der Meinung der Patienten korreliert, inwieweit die Kunsttherapie sich positiv auf ihren Genesungsprozess auswirkt (siehe 3.3.2: Fragestellung 2: Übereinstimmung zwischen Profitieren aus Sicht der Patienten und Profit aus Sicht der Kunsttherapeutin). Es zeigt sich eine numerisch eindeutige Korrelation zwischen der persönlichen Einschätzung des Stellenwertes der Kunsttherapie und der Beurteilung der Kunsttherapeutinnen, in welchem Ausmaß ein Patient von der Kunsttherapie profitiert.

Tab. 59) **Subjektive Bedeutung der Kunsttherapie für den Genesungsprozess**

Bedeutung der KT für die eigene Genesung	n	Kunsttherapieprofitwert
Ziemlich / eher unwichtig	28	6,2
Überwiegend wichtig	34	7
Ausgesprochen wichtig	17	8

Statistisch ergibt sich eine schwach positive Korrelation, jedoch kein signifikanter Zusammenhang. Eine mögliche Erklärung für die mangelnde Signifikanz wäre natürlich zum einen, dass tatsächlich kein Zusammenhang besteht zwischen der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen und jener der Patienten. Eventuell könnte das Ergebnis jedoch auch damit begründbar sein, dass die Fragen, die an die Kunsttherapeutinnen sowie die Patienten gestellt wurden, jeweils unterschiedlich formuliert waren, wenn sie auch das Gleiche meinten. Bei den Patienten wurde nach den Einflüssen der Kunsttherapie auf den Genesungsprozess gefragt, die Kunsttherapeutinnen sollten eine Einschätzung des allgemeinen Profites von der Kunsttherapie geben. Für weitere Studien auf diesem Gebiet könnte man diese Fragestellung eventuell mit zwei gleich formulierten Fragen überprüfen.

Dennoch lässt der positive Zusammenhang eine vorsichtige Interpretation diesbezüglich zu, dass Patienten, die den Einfluss der Kunsttherapie auf ihren Genesungsprozess hoch einschätzen auch von den Kunsttherapeutinnen den höheren Profit zugesprochen bekommen. Es scheint also eine gewisse Affinität zur Kunsttherapie zu geben, die von beiden Parteien wahrgenommen wird.

Bei beiden Beurteilungen, sowohl der der Patienten als auch derjenigen der Kunsttherapeutinnen, wurden eventuelle Unterschiede bezüglich den verschiedenen Diagnosegruppen, den beiden Geschlechtern, den Bildungsgruppen, sowie der Krankheitseinsicht untersucht.

Die Meinung der Patienten, inwieweit die Kunsttherapie sich positiv auf ihren Genesungsprozess auswirkt, weist zwischen den Diagnosegruppen zu beiden Untersuchungszeitpunkten kaum Schwankungen auf. Ein Großteil aller Patienten vertritt eine mittlere Position, nämlich dass die Kunsttherapie "Überwiegend wichtig" oder "Eher unwichtig" für ihren Genesungsprozess sei.

Untersucht man diese Einschätzung jedoch hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede, so fällt auf, dass Frauen den Wert der Kunsttherapie zu beiden Untersuchungszeitpunkten signifikant höher einschätzen als Männer. Möglicherweise ist dies damit zu begründen, dass Frauen tendenziell eher empfänglich für komplementärmedizinische Methoden sind als Männer.

Vermutet wurde auch, dass Patienten mit höherem Bildungslevel den Wert der Kunsttherapie höher einschätzen als Patienten mit einem geringeren oder gar keinem Schulabschluss. Grund für diese Hypothese war die Vermutung, dass Patienten mit höherem Bildungsniveau in ihrer Vergangenheit eher in Kontakt mit musischer Bildung gekommen sein könnten und so eine Sensibilisierung für künstlerische Therapien stattgefunden haben könnte. Es besteht jedoch kein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Bildungsgruppen bezüglich ihrer Meinung über den Nutzen der Kunsttherapie. Ein schwacher Trend ist zugunsten der Patienten mit (Fach-)Hochschulreife erkennbar, jedoch erlauben die Daten keine eindeutige Aussage, inwieweit die Bildung der Patienten ihre Meinung zum Nutzen der Kunsttherapie beeinflusst.

Untersucht man den Aspekt der subjektiven Werteinschätzung der KT unter Berücksichtigung der Krankheitseinsicht der Patienten, so ergibt sich ein Trend dahingehend, dass Patienten, die anhand der Birchwood Insight Scale als eher nicht krankheitseinsichtig eingestuft werden können, für sich den Wert der Kunsttherapie höher einschätzen als eher krankheitseinsichtige Patienten. Auch nach Berücksichtigung des Cut-Off-Wertes des BIS-Scores und einem Vergleich von krankheitseinsichtigen und nicht krankheitseinsichtigen Patienten wird die gleiche Tendenz ersichtlich. Auch bei Betrachtung der ärztlichen Beurteilung der Krankheitseinsicht fällt auf, dass Patienten, die als eher krankheitsuneinsichtig in der ärztlichen Bewertung imponieren, für sich persönlich den Einfluss der Kunsttherapie auf ihren Genesungsprozess höher einschätzen, als Patienten die von den Ärzten eher als krankheitseinsichtig bewertet werden. Zum ersten Untersuchungszeitpunkt liegt auch eine signifikante negative Korrelation zwischen der Einschätzung der Krankheitseinsicht durch die Ärzte und der Meinung der Patienten zum KT-Profit vor. Dies unterstützt die bereits oben genannte, anhand des BIS-Scores ersichtliche Tendenz. Patienten mit geringer Krankheitseinsicht scheinen also eher der Meinung zu sein, dass die Kunsttherapie einen hohen Stellenwert im Rahmen des

Genesungsprozesses hat. Dieser Trend zeigte sich jedoch nicht bei Beurteilung der Krankheitseinsicht anhand der Beck Cognitive Insight Scale.

Betrachtet wurden diese Subgruppen auch bezüglich der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen dahingehend, inwieweit ein Patient ihrer Meinung nach von der Kunsttherapie profitiert. Es besteht ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Angabe eines Patienten, ob er sich auch vor diesem Indexaufenthalt bereits kreativ betätigte und der Einschätzung der Kunsttherapeutin bezüglich seines KT-Profiten. Das heißt, Patienten die angeben, sich auch in ihrer Freizeit kreativ zu betätigen, scheinen gemäß den Kunsttherapeutinnen in höherem Ausmaß von der Kunsttherapie zu profitieren, als Patienten, bei denen dies nicht der Fall ist. Eine mögliche Erklärung für diesen Zusammenhang könnte ein grundlegendes kreatives Interesse dieser Patienten sein, aufgrund dessen sie eventuell auch empfänglicher für die Wirkungsmöglichkeiten der Kunsttherapie sein könnten.

Gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutin profitieren Patienten mit Affektstörungen tendenziell etwas mehr von der Kunsttherapie als schizophrene erkrankte Patienten. Dies ist ein relativ starker Trend, der nur knapp das Signifikanzniveau überschreitet ($p=0,066$).

Vergleicht man Einschätzungen der Kunsttherapeutinnen zum KT-Profit anhand der beiden Geschlechter, so ergibt sich kein signifikanter Unterschied. Männer und Frauen scheinen gemäß dem Urteil der Kunsttherapeutinnen etwa in gleichem Ausmaß von der Kunsttherapie zu profitieren. Interessant ist, dass zwar die Männer etwas kreativer eingeschätzt werden als die Frauen (siehe oben), jedoch nicht in höherem Ausmaß profitieren zu scheinen.

Wie schon bei der Zufriedenheit mit der Kunsttherapie, so zeigt sich auch bezüglich des KT-Profiten kein signifikanter Unterschied zwischen denjenigen Patienten mit (Fach-)Hochschulreife und jenen mit Mittlerer Reife. Jedoch ist ein geringer numerischer Unterschied bezüglich der Patienten mit Hauptschulabschluss oder keinem Abschluss erkennbar. Gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen scheint die zuletzt genannte Patienten-Subgruppe etwas weniger von der Kunsttherapie zu profitieren als die Patienten mit (Fach-)Hochschulreife oder Mittlerer Reife. Wie bereits häufiger erwähnt, könnte ein Grund hierfür sein, dass bei ihnen die Wahrscheinlichkeit mit musischer Bildung in Kontakt gekommen zu sein etwas höher ist als bei Patienten mit Hauptschulabschluss oder keinem Abschluss. Dieser

Unterschied ist jedoch nicht signifikant sondern stellt lediglich einen schwachen Trend dar.

Tab. 60) **Kunsttherapieprofit in Abhängigkeit vom Bildungsniveau**

Bildungsniveau	n	Kunsttherapieprofitwert
(Fach-)Hochschulreife	39	6,79
Mittlere Reife	28	6,79
Hauptschulabschluss / kein Abschluss	13	5,62

Zuletzt wurde die Einschätzung der Kunsttherapeutinnen zum KT-Profit noch unter dem Aspekt der Krankheitseinsicht betrachtet. So scheinen krankheitseinsichtige Patienten von den Kunsttherapeutinnen eher den höheren KT-Profit zugesprochen zu bekommen. Dies mag daran liegen, dass die Krankheitseinsicht in signifikantem Ausmaß mit der Schwere der Erkrankung korreliert (siehe 3.3.7) und es aus diesem Grund wahrscheinlich ist, dass Patienten mit höherer Krankheitseinsicht auch eher einer Therapieform mit analytischen Zügen, wie die Kunsttherapie sie darstellt, zugänglich sind. Betrachtet wurden die Krankheitseinsicht nach Birchwood sowie die ärztliche Beurteilung der Krankheitseinsicht anhand der Ausprägungen des SUMD (Amador et al., 1993). Sowohl die Selbst- als auch die Fremdbewertung der Krankheitseinsicht korreliert signifikant positiv mit der Einschätzung des KT-Profiten durch die Kunsttherapeutinnen. Berücksichtigt man zusätzlich den Cut-Off-Wert des BIS-Scores, so ist numerisch derselbe Trend erkennbar, jedoch nicht in signifikantem Ausmaß. Die vorliegenden Daten erlauben also die Vermutung, dass die Patienten mit besserer Krankheitseinsicht zumindest gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen in höherem Ausmaß von der Kunsttherapie profitieren.

4.1.7 Ein Vergleich der Kunsttherapie mit den übrigen Therapie- und Beschäftigungsangeboten

Die Kunsttherapie findet in der Psychiatrie nicht isoliert statt sondern ist eingebettet in ein umfassendes Behandlungskonzept. Dies besteht zum einen aus der medikamentösen Therapie sowie Gesprächen mit Ärzten und Psychologen, zum anderen aus einer Vielzahl von Beschäftigungstherapien. Zudem wird eine Reihe an Freizeitbeschäftigungen angeboten. Nicht alle Patienten nehmen an allen Therapien teil und nicht auf allen Stationen finden alle Therapien statt. Im Rahmen des FKT wurden die Patienten zu Beginn sowie nach 4 Wochen Kunsttherapie auch um eine Beurteilung der übrigen Therapie- und Beschäftigungsangebote gebeten. Damit sollte ein Vergleich der Kunsttherapie im Kontext des gesamten Behandlungsregimes ermöglicht werden. Gefragt wurde: "Wie hilfreich sind für Sie folgende Therapie- und Beschäftigungsangebote?". Zur besseren Veranschaulichung sind die Ergebnisse noch einmal in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet (Die Tabelle zeigt jeweils die Kategorie "hilfreich" der dichotomisierten Daten. Die vollständige Tabelle mit allen Kategorien, absoluten und relativen Häufigkeiten befindet sich im Anhang.)

Tab. 61) **Wie hilfreich sind für Sie folgende Therapie- und Beschäftigungsangebote?**

	Relative Häufigkeit prä	Relative Häufigkeit post
Morgengymnastik	64,6%	61,1%
Kunsttherapie	70,5%	72,7%
Beschäftigungstherapie	72,9%	69,6%
Arbeitstherapie	68,8%	71,1%
Laufgruppe	64,0%	77,8%
Musiktherapie	64,7%	61,9%
Medikamentöse Behandlung	72,0%	83,1%
Gespräche mit dem Arzt	81,0%	86,8%
Gespräche mit dem Pflegepersonal	73,5%	80,8%
Gespräche mit den Psychotherapeuten	85,2%	87,9%
Oberarztvisite	57,5%	45,9%
Gespräche mit dem Krankenhausseelsorger	57,1%	60,0%
Gespräche mit Sozialpädagogen	67,9%	68,3%
Gespräche mit Mitpatienten	63,4%	59,2%
Psychoedukationsgruppe	78,9%	76,2%
Literatur für Laien	72,4%	57,7%
Patientenbesprechung	35,1%	35,5%
Zeitungsgruppe	59,4%	44,4%
Koch- und Backgruppe	57,1%	52,2%
Besuche in der Klinikkapelle	60,0%	58,3%
Nutzung der Klinikbibliothek	60,7%	73,9%
Freizeitangebote	68,6%	66,7%
Fernsehraum	59,7%	55,9%
Patientenausflüge	73,2%	75,7%
Ausgänge mit Pflegepersonal	78,3%	75,6%
Stationäre Behandlung allgemein	82,3%	88,7%

(In den folgenden Ausführungen sind die Prozentzahlen auf ganze Zahlen gerundet.)

Die Items, die in dieser Tabelle aufgelistet sind, lassen sich grob in drei Kategorien einteilen, nämlich spezifische Therapieangebote, adjuvante Therapieangebote und unspezifische Therapieangebote. Die Grenzen zwischen den drei Kategorien sind zum Teil etwas willkürlich gezogen und könnten durchaus diskutiert werden.

Zu den spezifischen Therapieangeboten werden in diesem Rahmen die "Medikamentöse Behandlung", "Gespräche mit dem Arzt", "Gespräche mit dem Psychotherapeuten", die "Oberarztvisite", sowie die "Stationäre Behandlung allgemein" gezählt. Bis auf die Oberarztvisite werden alle drei Items äußerst positiv bewertet. Auch die medikamentöse Behandlung wird von 72% (prä) bzw. 83% (post) der befragten Patienten als hilfreich bewertet. Da viele Patienten oft die Nebenwirkungen der Psychopharmaka-Therapie beklagen und die Noncompliance ein großes Problem im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ist (siehe 4.1.3 Messung der Compliance), war dieses Ergebnis besonders überraschend. Weniger gut wurde die Oberarztvisite bewertet (prä: 58%, post: 46%). Dies lässt sich eventuell so begründen, dass in einem Uniklinikum wie dem Klinikum rechts der Isar bei der Oberarztvisite stets eine große Anzahl in die Behandlung involvierter Personen zugegen ist, was auch durchaus als gewollte Belastungsprobe gesehen wird. Hierbei werden jeweils die Therapieziele erwähnt und eventuell Maßnahmen zur Verbesserung des Therapiefortschrittes mit den Patienten diskutiert. Die besitzt durchaus einen kurzfristig aversiven, aber mittel- und langfristig einen förderlichen Effekt.

Allgemein wird die stationäre Behandlung sehr positiv bewertet (prä: 82%, post: 89%).

Zu den adjuvanten Therapieangeboten werden in diesem Kontext die "Morgengymnastik", die "Kunsttherapie", die "Beschäftigungstherapie", die "Arbeitstherapie", die "Musiktherapie", die "Gespräche mit dem Pflegepersonal", die "Gespräche mit dem Krankenhausseelsorger", die "Gespräche mit Sozialpädagogen", die "Psychoedukationsgruppe", sowie die "Literatur für Laien" gezählt. Am höchsten werden hierbei die Gespräche mit der Pflege beurteilt, die von 74% (prä) bzw. 81% (post) der Patienten als hilfreich bewertet werden. Die Pflegekräfte scheinen somit ein wichtiger Gesprächspartner für die Patienten dieser Untersuchung zu sein. Auch die Psychoedukationsgruppe, die in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychiatrie des Klinikums rechts der Isar großen Stellenwert hat, empfinden viele Patienten als sehr hilfreich (prä: 79%, post: 76%).

Die restlichen adjuvanten Therapieangebote, zu denen auch die Kunsttherapie zählt, werden mit 60 bis 75% ebenfalls als sehr hilfreich bewertet. Zu erwähnen ist eventuell noch, dass die Musiktherapie derzeit nur auf einer der 4 in die Untersuchung einbezogenen Stationen angeboten wird. Ein direkter Vergleich mit den übrigen adjuvanten Therapieangeboten ist somit nicht angebracht.

Zu den unspezifischen Therapieangeboten zählen in dieser Untersuchung die "Laufgruppe", die "Gespräche mit den Mitpatienten", die "Patientenbesprechung" mit dem Pflegepersonal, die "Zeitungsgruppe", die "Koch- und Backgruppe", die "Besuche in der Klinikkapelle", die "Nutzung der Klinikbibliothek", die "Freizeitangebote", der "Fernsehraum", die "Patientenausflüge", sowie die "Ausgänge mit dem Pflegepersonal". Auch die soziale Interaktion zwischen den Patienten, die Tagesstruktur und andere Nebeneffekte haben einen wichtigen Stellenwert im Gesamtbehandlungskontext. Zu beachten ist bei obiger Tabelle, dass diese unspezifischen Therapieangebote natürlich nicht von allen Patienten genutzt werden und somit zum Teil eine niedrige absolute Häufigkeit aufweisen (siehe Anhang). Dennoch fällt auf, dass zum Beispiel unangenehmere Beschäftigungen wie die "Patientenbesprechung", in der Stationsaufgaben verteilt werden, auch eher schlechter bewertet wurden (prä: 35%, post: 36%). Ebenfalls als eher unwichtig bewertet wurde allerdings auch der Fernsehraum (prä: 60%, post: 56%). So neigen zwar viele Patienten im Rahmen ihrer Erkrankung zu "sozialem Rückzug" vor dem Fernseher, es scheint jedoch ein Bewusstsein vorhanden zu sein, dass dies nicht besonders hilfreich für den Verlauf der Behandlung ist. Am positivsten werden von allen Beschäftigungsangeboten die Laufgruppe, die Patientenausflüge, sowie die Ausgänge mit dem Pflegepersonal bewertet.

4.1.8 Die Beurteilung der Krankheitseinsicht und ihre Bedeutung im Kontext der Kunsttherapie

Wie bereits unter *Material und Methoden* geschildert, erfolgte die Beurteilung der Krankheitseinsicht durch zwei Selbstratingtools, der Cognitive Insight Scale von Beck et al. (2004) und der Birchwood Insight Scale (Birchwood et al. 1994), sowie einem Fremdrating der Ärzte, das sich mit seiner Bewertungsskala an dem SUMD von Amador et al. (1993) orientierte.

Die Cognitive Insight Scale von Beck et al. setzt sich aus zwei Subskalen zusammen, der "self-confidence"- und der "self-reflectiveness"-Skala (siehe 2.2.3 Beck Cognitive Insight Scale). Es soll mit diesem Bogen also eruiert werden, inwieweit ein Patient von sich und seinem Standpunkt überzeugt ist, gleichzeitig aber auch fähig zum Einlenken und offen für andere Meinungen ist. Somit wird hier also weniger die Krankheitseinsicht im Sinne eines Eingestehens einer psychischen Krankheit abgebildet sondern vielmehr die mit der psychischen Krankheit oft einhergehenden kognitiven Dimensionen, wie der Verlust des Realitätsbezuges, die Fähigkeit im Falle eines Fehlers einzulenken und die unbedingte Überzeugung im Recht zu sein. Es zeigt sich bei Betrachtung der Subscores zu beiden Untersuchungszeitpunkten eine leichte Zunahme des "self-reflectiveness-" und eine leichte Abnahme des "self-confidence-Scores". Die Patienten gewinnen innerhalb des Beobachtungsintervalls also an Reflektiertheit und sind sich etwas weniger sicher bezüglich ihrer eventuell falschen Überzeugungen. Dieses Ergebnis war im Verlauf von 4 Wochen psychiatrischer Behandlung durchaus zu erwarten. Auch bezüglich des Composite Scores des Beck Cognitive Insight Scale ist eine leichte Zunahme zum zweiten Untersuchungszeitpunkt zu verzeichnen. In der Studie zur Originalpublikation von 2004 beschreiben die Autoren Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. Patienten mit psychotischer Psychopathologie hatten einen numerisch vergleichsweise niedrigeren Self-reflectiveness-Score und einen signifikant niedrigeren Composite-Index, als Patienten mit affektiven Störungen ohne psychotische Anteile. Der Self-Confidence-Score war hingegen bei Patienten mit Depression und psychotischen Symptomen höher als bei Patienten ohne psychotische Symptome.[11] Diese Ergebnisse ließen sich im Rahmen dieser Studie leider nicht vollkommen reproduzieren. Zwar zeigten Schizophrene im Vergleich zu Patienten mit affektiven Störungen zu beiden Untersuchungszeitpunkten einen höheren Self-confidence-Score (SZ: prä $7,87 \pm 3,365$, post $6,67 \pm 3,338$; MD: prä $7,33 \pm 3,663$, post $5,87 \pm 2,778$), jedoch war auch der Self-reflectiveness-Score bei schizophrenen Patienten höher (SZ: prä $13,62 \pm 4,159$, post $13,81 \pm 4,609$; MD: prä $12,39 \pm 5,634$, post $11,06 \pm 4,389$). Auch im Composite-Index wiesen die Patienten mit Schizophrenie höhere Werte auf als jene Patienten mit affektiven Störungen (SZ: prä $6,09 \pm 5,373$, post $7,30 \pm 5,365$; MD: prä $5,41 \pm 5,481$, post $5,96 \pm 4,771$). Patienten mit Schizophrenie scheinen sich also als krankheitseinsichtiger zu bewerten als Patienten mit affektiven Störungen. Zu beachten ist, dass sich dieser

Trend auch bei Betrachtung des BIS-Scores (Birchwood et al. 1994) abzeichnet. Am ehesten lässt sich diese zur Studie von Beck et al. konträre Trend wohl mit der geringen Kollektivgröße erklären. Da in die Berechnung der Scores nur vollständig ausgefüllte Fragebögen eingehen konnten, ergaben sich zum Teil nur noch geringe absolute Häufigkeiten.

Das zweite verwendete Selbstratingtool zur Krankheitseinsicht, die Birchwood Insight Scale (BIS, Birchwood et al. 1994) enthält Items, die drei verschiedene Subskalen abdecken, nämlich "Awareness of symptoms", "Awareness of illness" und "Need for treatment". Dabei wird im Rahmen dieser Studie die dritte Subskala "Need for treatment" von den Patienten am stärksten, das heißt als am meisten zutreffend, bewertet. Es scheint demnach durchaus ein Bewusstsein nach Behandlungsbedürftigkeit vonseiten der Patienten vorhanden zu sein. Die Tatsache, dass im Rahmen des FKT die medikamentöse Behandlung prä von 72% der Patienten und post sogar von 83% der Patienten als hilfreich bezeichnet wurde, unterstützt diese Vermutung (siehe 3.1.2.9 Beurteilung der übrigen Therapie und Beschäftigungsangebote). Auch der BIS-Score nimmt zum zweiten Untersuchungszeitpunkt leicht zu. Auch wenn dieser Unterschied nicht signifikant ist, so kann dennoch eine bessere Krankheitseinsicht der Patienten zum Zeitpunkt der Folgemessung vermutet werden.

Zur Beurteilung der Krankheitseinsicht wird von den Autoren der Originalpublikation ein Cut-off-Wert von 9 Punkten vorgeschlagen. Hat ein Patient einen BIS-Score von weniger als 9 Punkten, so kann er als nicht krankheitseinsichtig bezeichnet werden. Hat ein Patient 9 Punkte oder mehr, so sind vermutlich alle Dimensionen der Krankheitseinsicht nach David ([15] nach [12]) ausreichend abgedeckt und das Vorhandensein von Krankheitseinsicht kann angenommen werden.[12] In diesem Kollektiv besteht ein signifikanter Unterschied zwischen der Krankheitseinsicht der Patienten zu beiden Messzeitpunkten. Es sind bei der Post-Messung signifikant mehr Patienten als krankheitseinsichtig zu bezeichnen als bei der Prä-Messung.

Im Sinne eines Fremdratings wurde von dem jeweiligen behandelnden Arzt zu Beginn sowie nach 4 Wochen Kunsttherapie eine Bewertung der Krankheitseinsicht anhand der Bewertungsskala des SUMD von Amador et al. ausgefüllt. Es besteht eine signifikante Veränderung im Sinne erhöhter Krankheitseinsicht zum zweiten Untersuchungszeitpunkt. Dieses Ergebnis bedeutet, dass die im Selbstrating bereits

auffällig gewordene zum zweiten Untersuchungszeitpunkt zunehmende Krankheitseinsicht auch von den behandelnden Ärzten wahrgenommen wurde.

Bei Korrelation der drei Messinstrumente zur Krankheitseinsicht lag bei allen eine signifikante positive Korrelation vor, außer bei den Daten des Fremdratings durch die behandelnden Ärzte und des BCIS. Dies lässt sich wohl insofern erklären, dass der BCIS sich mehr auf die kognitiven Aspekte der Krankheitseinsicht konzentriert, wie bereits weiter oben beschrieben.

Untersucht wurden auch die Subgruppen Geschlecht, Diagnose und Schulbildung in Bezug auf Unterschiede in der Krankheitseinsicht.

Innerhalb der beiden Subgruppen Geschlecht zeigt sich ein Trend zugunsten der Männer. Es besteht ein signifikanter Wechselwirkungseffekt zwischen der Zeit und dem Geschlecht in Bezug auf die Ergebnisse des BCIS. Das heißt, die Ergebnisse des Beck Cognitive Insight Scale unterscheiden sich auf signifikante Art zwischen Männern und Frauen zu beiden Untersuchungszeitpunkten, wobei die Männer etwas höhere Werte haben. Ein ähnlicher Trend zeigt sich anhand der Birchwood Insight Scale und der Beurteilung der Krankheitseinsicht durch die Ärzte. In Anbetracht der Kollektivgröße (n=54) von Patienten, die die BCIS zu beiden Zeitpunkten ausgefüllt haben, darf jedoch angezweifelt werden, ob Männer tatsächlich krankheitseinsichtiger sind als Frauen. Wahrscheinlicher ist ein Selektionsbias.

Innerhalb der Subgruppe Diagnose zeigt sich sowohl anhand der Birchwood Insight Scale als auch anhand der Beck Cognitive Insight Scale, dass Patienten mit Schizophrenie hier höhere numerische Werte aufweisen als Patienten mit affektiven Störungen. Signifikant ist dieses Ergebnis bei Verwendung des BIS-Scores.

Im Gegensatz dazu wird die Gruppe der schizophren erkrankten Patienten von den Ärzten am schlechtesten bewertet. Prä wurden insgesamt 81,2% der schizophren erkrankten Patienten als teilweise einsichtig oder äußerst uneinsichtig beurteilt, verglichen mit 42,9% bei den Patienten mit affektiven Störungen. Zum Post-Zeitpunkt stellte sich ein ähnliches Verhältnis dar. 70,0% der Patienten mit Schizophrenie wurden von den Ärzten als teilweise einsichtig oder äußerst uneinsichtig bezeichnet. Bei den affektiv gestörten Patienten waren dies nur 31,2%. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Daten der Studie von Amador et al. 1994, bei der mehr als die Hälfte aller Patienten mit Schizophrenie (57%) als teilweise einsichtig bis äußerst

uneinsichtig anhand des SUMD-Scores beurteilt wurden.[4] Beide Ergebnisse stimmen damit überein, was generell in der Literatur als eine Begleiterscheinung für die Schizophrenie beschrieben ist, nämlich ein mangelhaftes Bewusstsein der Defizite und der Konsequenzen einer psychischen Störung sowie der Notwendigkeit einer Behandlung.[4]

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es in Bezug auf die Krankheitseinsicht Unterschiede im Selbst- und Fremdrating gibt. Schizophren erkrankte Patienten schätzen sich im Rahmen dieser Untersuchung selbst signifikant krankheitseinsichtiger ein als Patienten mit affektiven Störungen (BIS-Score). Hingegen wird den Letztgenannten von den Ärzten eine signifikant höhere Krankheitseinsicht bescheinigt. Es scheint also eine Diskrepanz zwischen den Ärzten auf der einen Seite und den Patienten der verschiedenen Diagnosegruppen auf der anderen Seite bezüglich der Wahrnehmung der Krankheitseinsicht vorzuliegen.

4.1.9 Die Beurteilung von Behandlungs- und Kunsttherapie-Compliance: ein Vergleich

Zur Beurteilung der Compliance wurden zwei verschiedene Aspekte der Compliance untersucht. Zum einen war dies die "Behandlungs-Compliance", zum anderen die "Kunsttherapie-Compliance". Ziel war es, herauszufinden, ob Patienten, die eher eine geringe Compliance zeigen, eventuell trotzdem eine "spezielle Kunsttherapie-Compliance" aufweisen oder ob die Kunsttherapie von den Patienten eher im Gesamtbehandlungskontext wahrgenommen wird. Zur Messung der "Behandlungs-Compliance" wurden sowohl der MARS (Thompson et al. 2000) als Selbstbeurteilungsinstrument der Medikamentenadhärenz verwendet als auch eine Beurteilung der Compliance durch die behandelnden Ärzte anhand des Compliance-Ratings von Pitschel-Walz et al. (2006) vorgenommen. Zur Erfassung der "Kunsttherapie-Compliance" wurde aus Items des TNKT ein Score berechnet (siehe Material und Methoden, 2.1.3 TNKT (Fragebogen zur Teilnahme an der Kunsttherapie)).

Es besteht sowohl eine signifikante positive Korrelation zwischen dem KT-Comp-Score und dem MARS (post) als auch zwischen dem KT-Comp-Score und dem Compliance-Rating der Ärzte. Es scheint also eher eine Art "Einheitscompliance"

vorzuliegen. Die Compliance der Patienten drückt sich in allen Therapiebereichen in ähnlicher Weise aus. Man kann schlussfolgern, dass Patienten, die sich durch eine gute Compliance in anderen Therapien auszeichnen, auch in der Kunsttherapie besser mitmachen. Wohingegen Patienten, die generell unzufrieden mit dem Behandlungskonzept sind und eine eher geringe Therapiecompliance haben, sich auch in der Kunsttherapie analog verhalten. Eine spezifische "Kunsttherapie-Compliance" ließ sich anhand der Daten nicht nachweisen. Die Daten erlauben die Vermutung, dass die Kunsttherapie von den Patienten folglich eher als Komponente im Gesamtbehandlungskontext gesehen wird.

Tab. 62) Vergleich von Kunsttherapie-Compliance und Compliance aus ärztlicher Sicht

		Kunsttherapie-Compliance	
		n	Mittelwert
Compliance nach ärztlicher Einschätzung (post)	Sehr gut	20	9,60
	Gut	31	8,87
	Mäßig	19	7,11
	Schlecht	5	7,40
	Gesamt	75	8,52

4.2 Ausblick auf weitere Forschung

Die Kunsttherapie im psychiatrischen Setting ist ein Gebiet auf dem noch viel Forschungsbedarf besteht. Speziell in Bezug auf die Rolle der Kreativität für den Behandlungserfolg wäre eine ähnlich konzipierte Studie mit Verwendung von Zeichentests wie des TSD-Z (Test zum schöpferischen Denken - Zeichnerisch, Urban & Jellen, 1995) denkbar. Auch die Bilder der Patienten, die im Rahmen dieser Studie eher wenig Beachtung fanden, könnte man unter bildanalytischen Aspekten in eine weitere Studie einbeziehen. Elbing schlug bereits 2005 die Integration weiterer bildanalytischer Verfahren zum Beispiel aus der Kunstgeschichte oder Kunstsoziologie vor.[20] Patientenbilder standen bereits des Öfteren im Zentrum kunsttherapeutischer Studien und Fallbeschreibungen (z.B. von Spreti, 2001[72]). Eine Möglichkeit für weitere Forschungsbestrebungen wäre, diese weniger im diagnostischen sondern mehr im therapeutischen Kontext im Rahmen der Verlaufsbeobachtung zu verwenden und zu evaluieren.

Des Weiteren würden die Patientenbefragungen noch weitere interessante Fragestellungen aufwerfen, auf die im Rahmen dieser Studie nicht eingegangen werden konnte. So zum Beispiel auf den Einfluss von Beruf, Familiensituation und anderen soziobiografischen Faktoren auf die Zufriedenheit mit der Kunsttherapie.

Auch eine Studie mit einem Vergleichskollektiv aus zum Beispiel der Beschäftigungs- oder Ergotherapie zum direkten Vergleich von Aspekten wie Krankheitseinsicht oder Compliance wäre denkbar. In diesem Fall ließe sich wohl auch eher eine Kausalität von bestimmten Behandlungserfolgen mit der Kunsttherapie herstellen.

5. Zusammenfassung

Ziel dieser Studie war es, die Wirkungsfaktoren der Kunsttherapie und die Einstellung der Patienten ihr gegenüber im akutpsychiatrischen Setting genauer zu erforschen. Die erste Fragestellung war inwieweit kreative Vorerfahrungen Auswirkungen darauf haben, in welchem Ausmaß die Patienten von der Kunsttherapie profitieren können und ob sich diese Erfahrungen auf ihre Zufriedenheit mit der Kunsttherapie auswirken. Patienten, die sich bereits vor diesem Indexaufenthalt kreativ betätigten, profitieren nach Meinung der Kunsttherapeutinnen signifikant mehr von der Kunsttherapie als Patienten, bei denen dies nicht der Fall ist. Jedoch haben kreative Vorerfahrungen keinen Einfluss auf die Zufriedenheit eines Patienten mit der Kunsttherapie.

Die Kreativität der Patienten wurde durch die Kunsttherapeutinnen mithilfe der Aussage "Der Patient / die Patientin fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf" bewertet. Als besonders kreativ bezeichnete Patienten scheinen tendenziell etwas unzufriedener zu sein als die eher "unkreativen" Patienten. Dieser Trend nimmt jedoch kein signifikantes Ausmaß an. Auffällig war jedoch, dass die "kreativen" Patienten signifikant weniger angaben, durch die Medikation in der Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt zu sein. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte zum einen sein, dass die Medikation eher die Kreativität hemmt, dass also Patienten, die stark unter den Nebenwirkungen leiden, von den Kunsttherapeutinnen weniger als kreativ wahrgenommen werden. Eine weitere mögliche Erklärung wäre, dass die Kreativität eine Ressource ist, dass also kreative Patienten sich leichter tun, die medikamentösen Nebenwirkungen zu kompensieren.

Weiterhin wurden Patienten nach dem Stellenwert gefragt, den sie der Kunsttherapie im Rahmen Ihres Genesungsprozesses zusprechen. Anschließend wurde dies wieder mit der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen korreliert, inwieweit die Patienten ihrer Meinung nach von der Kunsttherapie profitieren. Es besteht ein schwach positiver Zusammenhang ohne signifikante Korrelation. Je wichtiger die Patienten die Kunsttherapie für ihren Genesungsprozess empfinden, desto höher scheint nach Ansicht der Kunsttherapeutinnen auch ihr Profit von der Kunsttherapie zu sein.

In der vierten Fragestellung wurde der Aspekt der Patientenzufriedenheit aufgegriffen. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der globalen Behandlungszufriedenheit und der Zufriedenheit mit der Kunsttherapie. Das heißt, die Kunsttherapie nimmt bezüglich der Patientenzufriedenheit im Behandlungskontext keine Sonderstellung ein. Generell zufriedene Patienten sind auch mit der Kunsttherapie zufrieden.

Von besonderem Interesse waren Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen. Unterschieden wurde besonders zwischen schizophren erkrankten Patienten und Patienten mit Affektstörungen, da diese den Großteil des Patientenkollektivs ausmachten.

Bezüglich dem prästationären Interesse an kreativer Betätigung besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Diagnosegruppen. Ein schwacher numerischer Trend zugunsten der Patienten mit affektiven Störungen ist erkennbar. Entgegen der Erwartungen wurden von den Kunsttherapeutinnen eher Patienten mit Affektstörungen als besonders kreativ bezeichnet und weniger die schizophren erkrankten Patienten. Dieser Trend nimmt jedoch ebenfalls kein signifikantes Ausmaß an.

Die Einschätzung, inwieweit die Kunsttherapie wichtig für den Genesungsprozess ist, stellt sich im Wesentlichen unabhängig von der Diagnose dar. Im Prä/Post-Vergleich zeigt sich bei den schizophren erkrankten Patienten eine Abnahme von 7% in der Gruppe von Studienteilnehmern, welche die KT als wichtig ansehen, bei den affektiv erkrankten Patienten eine Zunahme von 14%. Dieses Ergebnis deckt sich nicht mit dem Erwartungswert. Gegebenenfalls wären hier weitere Forschungsbemühungen nötig.

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Kunsttherapie besteht kein nennenswerter Unterschied zwischen den beiden Diagnosegruppen.

Nach Ansicht der Kunsttherapeutinnen profitieren Patienten mit affektiven Störungen eher von der Kunsttherapie als Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis. Statistisch signifikant ist dieser numerische Trend jedoch nicht.

Ebenfalls untersucht wurden etwaige Geschlechterunterschiede bezüglich ihrer Einstellung zur Kunsttherapie. Tendenziell geben Frauen etwas häufiger ein

prästationäres Interesse an kreativer Betätigung an als Männer. Im Gegensatz dazu werden die Männer von den Kunsttherapeutinnen als etwas kreativer bewertet, jedoch nicht in signifikantem Ausmaß. Den Nutzen der Kunsttherapie schätzen Frauen jedoch wiederum signifikant höher ein als die männlichen Studienteilnehmer. Auch sind die weiblichen Patienten im zeitlichen Verlauf zufriedener mit der Kunsttherapie als die männlichen Patienten. Nach Einschätzung der Kunsttherapeutinnen profitieren beide Geschlechter in etwa in gleichem Ausmaß von der Kunsttherapie.

Weiterhin wurde der Einfluss des Bildungshintergrundes der Patienten untersucht, mit der Hypothese, dass Patienten mit höherer Schulbildung vielleicht mehr in den Kontakt mit musischer Bildung gekommen sein könnten als Patienten mit niedrigerem Schulabschluss. Um in etwa vergleichbare Gruppenstärken zu bekommen, wurden die Patienten unterteilt in (Fach-)Hochschulreife, Mittlere Reife und Hauptschulabschluss bzw. kein Abschluss.

Bezüglich dem Interesse an kreativer Betätigung auch außerhalb des stationären Settings zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Bildungsgruppen. Auch bestand nach Einschätzung der Kunsttherapeutinnen kein Unterschied in der Kreativität der Patienten. Ein schwacher Trend ist dahingehend erkennbar, dass Patienten mit (Fach-)Hochschulreife den Nutzen an der Kunsttherapie etwas höher einschätzen, als die übrigen Patienten. Es fiel auf, dass Patienten mit (Fach-) Hochschulreife oder Mittlerer Reife im zeitlichen Verlauf etwas zufriedener waren mit der Kunsttherapie als jene Patienten mit Hauptschulabschluss oder keinem Abschluss. Dieser Trend nahm jedoch kein signifikantes Ausmaß an.

Ähnlich verhielt es sich mit der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen zum KT-Profit. Wiederum scheinen Patienten mit höherer Schulbildung etwas mehr von der Kunsttherapie zu profitieren als Patienten mit Hauptschul- oder keinem Abschluss. Es liegt jedoch ebenfalls kein signifikanter Unterschied vor.

Am meisten von Interesse waren im Rahmen dieser Studie der Einfluss von Krankheitseinsicht und Compliance auf die verschiedenen Aspekte der Kunsttherapie. Um dieser Bedeutung gerecht zu werden, wurde die Krankheitseinsicht mit zwei verschiedenen Selbstrating-Tools (Birchwood Insight

Scale, Beck Cognitive Insight Scale) und einem Fremdrating durch die behandelnden Ärzte (SUMD, Amador et. al.) beurteilt.

Zunächst wurde untersucht, welche Patienten für sich den Nutzen der Kunsttherapie besonders hoch einschätzen. So waren es vor allem diejenigen Patienten, die von den Ärzten als eher krankheitsuneinsichtig eingeschätzt wurden, die der Kunsttherapie einen hohen Stellenwert zusprachen. Dieses Ergebnis ist signifikant. Das Selbstrating durch Birchwood bestätigt dies, wenngleich das Ergebnis hier auch nicht signifikant ist. Wiederum sind es die eher krankheitsuneinsichtigen Patienten, die angeben, die Kunsttherapie sei wichtig für den Genesungsprozess. Die Ergebnisse der Beck Cognitive Insight Scale liefern hierzu leider kein eindeutiges Ergebnis.

Ein schwacher Trend in den Ergebnissen aller drei Skalen ist dahingehend ersichtlich, dass Patienten mit weniger Krankheitseinsicht eher zufriedener mit der Kunsttherapie sind.

Ein interessanter Effekt zeigt sich bei Betrachtung des Zusammenhanges von Krankheitseinsicht und Einschätzung der Kunsttherapeutinnen zur Kreativität der Patienten. Von der Kunsttherapeutin als kreativ eingestufte Patienten zeigen zu Beginn eine geringere Krankheitseinsicht nach Birchwood als die "Unkreativen". Im Verlauf holen die "kreativen" Patienten jedoch auf und gelangen bezüglich ihrer Krankheitseinsicht (BIS-Score) sogar etwas über das Niveau der "Unkreativen". Die Beck Cognitive Insight Scale zeigt den gleichen Trend, ohne Signifikanz. Die Patienten mit höherer Krankheitseinsicht werden von den Kunsttherapeutinnen zu beiden Zeitpunkten eher als "unkreativ" bezeichnet. Dieser Zusammenhang zeigt sich jedoch nur bei den beiden Selbstratingtools. Betrachtet man die Einschätzung der Ärzte, so sind es signifikant die krankheitseinsichtigen Patienten welche von den Kunsttherapeutinnen als kreativ bezeichnet werden. Dieses konträre Ergebnis verwundert etwas und sollte in weiteren Studien genauer untersucht werden.

Betrachtet man die Einschätzung der Kunsttherapeutinnen zum Profitieren der Patienten, so sind es eher die krankheitseinsichtigen Patienten, die zu profitieren scheinen. Sowohl die Ergebnisse des Birchwood Insight Scale als auch jene der ärztlichen Einschätzung sind diesbezüglich signifikant.

Zuletzt wurde noch die Compliance der Patienten als Einflussfaktor auf die Kunsttherapie untersucht. Verglichen wurden die generelle Behandlungscompliance

nach Selbsteinschätzung (MARS) und die ärztliche Beurteilung der Compliance (Compliance Rating Pitschel-Walz et al.) mit der Kunsttherapie-Compliance (KT-Comp-Score). Es besteht eine signifikante positive Korrelation sowohl zwischen dem MARS und der Kunsttherapie-Compliance als auch zwischen der ärztlichen Einschätzung der Compliance und der Kunsttherapie-Compliance. Patienten, die eine hohe generelle Behandlungs-Compliance zeigen, verhalten sich auch im Rahmen der Kunsttherapie analog. Eine spezielle "Kunsttherapie-Compliance" scheint nicht zu existieren.

Im Rahmen dieser Studie konnten viele interessante Wirk- und Einflussfaktoren auf die Kunsttherapie untersucht werden. Nach wie vor bleiben bestimmte Fragestellungen und Teilaspekte jedoch unklar und sollten die Grundlage weiterer Studien bilden.

Danksagung:

Folgenden Personen möchte ich meinen Dank aussprechen:

Herrn Prof. Dr. med. Bäuml gilt mein aufrichtiger Dank für die freundliche Überlassung des Themas und die große Unterstützung und gute Betreuung in allen Phasen der Untersuchung.

Herrn Prof. psych. Thomas Jahn gilt mein Dank für die freundliche, kompetente und geduldige Beratung zu allen Fragen der Statistik und der klinischen Forschung.

Frau Prof. Flora von Spreti möchte ich herzlich danken für ihre kunsttherapeutische Expertise und die aufbauenden Worte zur rechten Zeit. Es war eine Ehre für mich, mit Ihnen zusammenarbeiten zu dürfen.

Ein Dank geht auch an Herrn Dr. rer. nat. Tibor Schuster für die statistische Beratung.

Danken möchte ich auch den Kunsttherapeutinnen Frau Irma Groß von Trockau, Frau Anna-Maria Otte, Frau Kim Su, Frau Amira Kuhlmann und Frau Christina Schindler für das bereitwillige Ausfüllen der TNKT-Bögen.

Dies gilt auch für alle Ärztinnen und Ärzte der Stationen 7.1, 7.2, 7.3 und 9.2, die trotz ihres großen Arbeitspensums es immer wieder schafften, meine Fragebögen innerhalb des Untersuchungsintervalls auszufüllen.

Herrn Dr. med. Rentrop möchte ich danken für seine Literaturanregungen bezüglich der Forschung zur Behandlungszufriedenheit.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Pflegekräften der Stationen 7.1, 7.2, 7.3 und 9.2, die dieser Studie stets wohlwollend gegenüberstanden und mich freundlich in den Stationsalltag integrierten.

Ein großes Dankeschön geht an Sophia Reischer für ihre Hilfe im Kampf gegen die Rechtschreibteufel.

Zu guter Letzt geht ein besonderer Dank an meine Familie für ihre große Unterstützung und ihr unerschütterliches Vertrauen in mich.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis:

1. Interview der Autorin mit Frau Prof. Flora von Spreti am 19.11.2012.
2. Adridge D, Gruber H, Kunzmann B, Weis J (2002) Eine Zusammenstellung von Studien/Veröffentlichungen über Künstlerische Therapien in der Akutmedizin und Onkologie. Zur Vorlage der Begründung für die OPS-Revision von September 2002 für psychosoziale Diagnostik und Therapie des Runden Tisches Psychosozialer Fachgesellschaften im Akutkrankenhaus gegenüber dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
3. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM (1991) Awareness in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 17:113-132
4. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM (1994) Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 51:826-836
5. Attkisson CC, Zwick R (1982) The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation & Program Planning* 5:233-237
6. Bader A (1975) Zugang zur Bildnerie der Schizophrenen vor und nach Prinzhorn. In: Bader A (ed) *Geisteskrankheit, bildnerischer Ausdruck und Kunst*. Huber Hans, Bern
7. Basan A, Pitschel-Walz G, Bäuml J (2000) Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Patienten und anschließende ambulante Langzeitbehandlung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 68:537-545
8. Bäuml J (2005) Praxis: Klinische Bedeutung der Kunsttherapie. In: von Spreti F, Martius P, Förstl H (eds) *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. Urban & Fischer Verlag, München, pp 389-395
9. Baur BB, J.; Brönner, M.; Jahn, T. (2010) Anamnesebogen Psychopathologische Untersuchung.
10. Baurecht H, Busch R, Haller B, Hapfelmeier A, Heinrich P, Schuster T, Ulm K, Wagenpfeil S (2008/09) Seminar Biometrie - Kursunterlagen. Institut für medizinische Statistik und Epidemiologie Klinikum rechts der Isar, München
11. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM (2004) A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research* 68:319-329
12. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M (1994) A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand* 89:62-67
13. Crawford MJ, Killaspy H, Kalaitzaki E, Barrett B, Byford S, Patterson S, Soteriou T., O'Neill FA, Clayton K, Maratos A, Barnes TR, Osborn D, Johnson T, King M, Tyrer P, Waller D (2010) The MATISSE study: a randomised trial of group art therapy for people with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 10
14. Cronbach LJ (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 16
15. David AS (1990) Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry* 156:798-808
16. Dukat U, Piesbergen C (2009) Psychologische Kreativitätsforschung und schöpferische Arbeit in der Kunst: eine psychometrische Untersuchung. Department Psychologie, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München

17. Dunkel J, Rech P (1990) Zur Entwicklung und inhaltlichen Bestimmung des Begriffes "Kunsttherapie" und verwandter Begrifflichkeiten. In: Petzold H, Orth I (eds) Die neuen Kreativitätstherapien: Handbuch der Kunsttherapie. Verlag Junfermann, Paderborn, pp 73-92
18. Eckhardt-Jörgensen C (2012) Hochschule für Kunsttherapie Nürtingen – Staatlich anerkannte Fachhochschule der Stiftung für Kunst und Kunsttherapie-University of Applied Sciences. Das Bildungs- und Studenten-Portal - Universitäten, Fachhochschulen & Kunst- und Musikhochschulen
19. Elbing U, Schulze C, Ostermann T Arthedata - eine wissenschaftliche Literatur-Datenbank für Kunsttherapie. Arthedata.de - Datenbank für Kunsttherapie
20. Elbing U (2005) Methoden in der Erforschung künstlerischer Therapien. In: Mechler-Schönach C, von Sprei F (eds) "Freiraum" - Zur Praxis und Theorie der Kunsttherapie. Psychotherapeut, pp 163-178
21. Forzoni S, Perez M, Martignetti A, Crispino S (2010) Art therapy with cancer patients during chemotherapy sessions: an analysis of the patients' perception of helpfulness. Palliat Support Care 8:41-48
22. Gruyters T, Priebe S (1994) Die Bewertung psychiatrischer Behandlung durch die Patienten-Resultate und Probleme der systematischen Erforschung. Psychiatrische Praxis 21:88-95
23. Guy W (1976) Abnormal Involuntary Movement Scale. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology
24. Hansson L (1989) Patient Satisfaction with In-hospital Psychiatric Care - A Study of a 1-Year Population of Patients Hospitalized in a Sectorized Care Organization. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences 239:93-100
25. Hatzinger R, Nagel H (2009) PASW Statistics - Statistische Methoden und Fallbeispiele. Pearson Studium, München
26. Health NCCfM (2009) Schizophrenia - Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. In: Excellence NifHaC (ed) NICE clinical guideline 82 - Schizophrenia, London
27. Hörmann K (2008) Künstlerische Therapien - Begriffsklärung. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 19:153-159
28. K.-H. B (2006) Neue Trends in der Kreativitätsforschung. Psychologie in Österreich 4&5:246-253
29. Kane J, Kissling W, Lambert T, Parellada E Adherence rating scales. In: Schizophrenia C-Fo (ed)
30. King R, Lloyd C, Meehan T, Deane F, Kavanagh D (2012) Manual of Psychosocial Rehabilitation. Wiley-Blackwell, Chichester
31. Klosinski G (2000) Zur Bedeutung der Kunst- und Gestaltungstherapie für die Psychiatrie und Psychotherapie am Beginn eines neuen Jahrtausends. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 11:179-186
32. Kraft H (2005) Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
33. Kriz J (2002) Kritische Reflexion über Forschungsmethoden in den Künstlerischen Therapien. In: Petersen P (ed) Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien - Grundlagen - Projekte - Vorschläge. Mayer Verlag, Stuttgart, Berlin, pp 69-94
34. Kunzmann B, Aldridge D, Gruber H, B. W (2005) Künstlerische Therapien: Zusammenstellungen von Studien zu Künstlerischen Therapien in der Onkologie und Geriatrie - Hintergrund - Umsetzung - Perspektiven - Aufforderung. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 16:77-86
35. LaFleur J, M. OG (2004) Methods to measure patient compliance with medication regimens. Schizophrenia Research 42:241-247

36. Leuteritz A (1997) Kunstwahrnehmung als "Rezeptive Kunsttherapie". In: Baukus P, Thies J (eds) Kunsttherapie. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, pp 275-282
37. Lüdtke O, Robitzsch A, Trautwein U, Köller O (2007) Umgang mit fehlenden Werten in der psychologischen Forschung - Probleme und Lösungen. Psychologische Rundschau 58:103-117
38. Lyshak-Stelzer F, Singer P, St. John P, Chemtob CM (2007) Art therapy for adolescents with posttraumatic stress disorder symptoms: A pilot study. Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association 24:163-169
39. Majer H (2005) Ein weites Feld - Ausbildungslandschaft Kunsttherapie. In: Mechler-Schönach C, von Spreti F (eds) "Freiraum" - Zur Praxis und Theorie der Kunsttherapie. Psychotherapeut, pp 163-178
40. Mayer-Brennenstuhl A (1997) Das Heil der Kunst. Zur Relevanz künstlerischer Handlungsstrukturen für die Kunsttherapie. In: Baukus P, Thies J (eds) Kunsttherapie. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, pp 115-129
41. Mechler-Schönach C (2005) "Kann aber Kunst verschrieben werden?". In: von Spreti F, Martius P, Förstl H (eds) Kunsttherapie bei psychischen Störungen. Verlag Urban & Fischer, München, pp 9-22
42. Mechler-Schönach C, von Spreti F (2005) "Freiraum" - Zur Praxis und Theorie der Kunsttherapie. Psychotherapeut 50:163-178
43. Menzen K-H (2000) Eine kleine illustrierte Geschichte der Kunsttherapie, 1. Auflage edn. Afra Verlag, Butzbach-Griedel
44. Menzen K-H (2001) Grundlagen der Kunsttherapie. Reinhardt Verlag, München
45. Ott GH (1997) Bildende Kunst in der Medizin: Wortlose Hermeneutik zwischen Arzt und Patient. In: Baukus P, Thies J (eds) Kunsttherapie. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, pp 269-274
46. Petersen P (2002) Künstlerische Therapien - Vorreiter einer zukünftigen Heilkunde. Zur Bedeutung Künstlerischer Therapien heute. In: Petersen P (ed) Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien - Grundlagen - Projekte - Vorschläge. Verlag Mayer, Stuttgart, Berlin, pp 13-29
47. Petersen P (2002) Vorwort. In: Petersen P (ed) Forschungsmethoden künstlerischer Therapien - Grundlagen - Projekte - Vorschläge. Verlag Mayer, Stuttgart, Berlin, pp 11-12
48. Petzold H, Orth I (1990) Die neuen Kreativitätstherapien - Formen klinischer Kunsttherapie und Psychotherapie mit kreativen Medien. In: Petzold H, Orth I (eds) Die neuen Kreativitätstherapien: Handbuch der Kunsttherapie. Verlag Junfermann, Paderborn, pp 15-30
49. Pfiffner C (2010) Der Einfluss einer zwangsweisen Unterbringung von Patienten mit Schizophrenie auf Rehospitalisierung und Behandlungssadhärenz. Ulm
50. Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W (2006) Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Schizophrenia: Results of the Munich PIP-Study. J Clin Psych 67:443-452
51. Puig A, Min Lee S, Goodwin L, Sherrard P (2006) The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed stage I and Stage II breast cancer patients: a preliminary study. The Arts in Psychotherapy 33:218-228
52. Raab-Steiner E, Benesch M (2010) Der Fragebogen - Von der Forschungs idee zur SPSS/PASW-Auswertung. facultas.wuv, Wien
53. Reddy MS (2012) Non-Compliance in Pharmacotherapy. Indian Journal for Psychological Medicine 34:107-109

54. Reimer F (1997) Geleitwort. In: Baukus P, Thies J (eds) *Kunsttherapie*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm
55. Rentrop M, Böhm A, Kissling W (1999) Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 67:456-465
56. Reynolds MW, Nabors L, Quinlan A (2000) The Effectiveness of Art Therapy: Does it Work? *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association* 17:207-213
57. Riedel-Heller SG, Weinmann S, Becker T (2013) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. In: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie PuN (ed). Springer Medizin, Berlin
58. Rogers CR (1990) Auf dem Wege zu einer Theorie der Kreativität. In: Petzold H, Orth I (eds) *Die neuen Kreativitätstherapien: Handbuch der Kunsttherapie*. Verlag Junfermann, Paderborn, pp 237-256
59. Ruggeri M (1994) Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29:212-227
60. Schmeer G (1997) Psychoanalytische Kunsttherapie. In: Baukus P, Thies J (eds) *Kunsttherapie*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, pp 187-195
61. Schmid R *Dramentheorie*.
62. Schmidt J, Lamprecht F, Wittmann WW (1989) Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychother med Psychol* 39:248-255
63. Schmidt J, Nübling R (2002) ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B (eds) *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen, pp 392-396
64. Schmitt N (1996) Uses and Abuses of Coefficient Alpha. *Psychological Assessment* 8:350-353
65. Schooler NR (2003) Relapse and Rehospitalization: Comparing Oral and Depot Antipsychotics. *The Journal of Clinical Psychiatry* 64:14-17
66. Schottenloher G (2008) *Kunst- und Gestaltungstherapie - ein praktische Einführung*. Kösel-Verlag, München
67. Simpson GM, Angus JWS (1970) A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 212:11-19
68. Slayton SC, 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* 27:108-118
69. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA (2000) Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research* 42:241-247
70. Titze D (1997) Es ist der eigene Weg, der allen gemeinsam. Ein Kunst (Therapie-)projekt in der Psychiatrie. In: Baukus P, Thies J (eds) *Kunsttherapie*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, pp 130-146
71. von Engelhardt D (2005) Zur therapeutischen Wirkung schöpferischer Prozesse aus historischer Sicht. In: von Spreti F, Martius P, Förstl H (eds) *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. Verlag Urban & Fischer, München, pp 3-8
72. von Spreti F, Rentrop M (2001) Das Selbstportrait im Verlauf psychischer Erkrankungen. In: von Spreti F, Förstl H, Breindl K, Martius P (eds) *Selbstbilder in Psychose und Kunst: Portraitgestaltung als Spiegel psychischer Befindlichkeit*. Akademischer Verlag, München, pp 65-82
73. von Spreti F (2005) Kunsttherapie mit schizophrenen Patienten. In: von Spreti F, Martius P, Förstl H (eds) *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. Urban & Fischer, München, pp 63-80

74. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR (1983) Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation & Program Planning* 6:247-263
75. Waser G (1997) Differenzielle Indikation in der Kunsttherapie. In: Baukus P, Thies J (eds) *Kunsttherapie*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, pp 162-186
76. Winnicott DW (1990) Das Konzept der Kreativität. In: Petzold H, Orth I (eds) *Die neuen Kreativitätstheorien: Handbuch der Kunsttherapie*. Verlag Junfermann, Paderborn, pp 227-235
77. Zwerling I (1990) Die Therapien der "kreativen Künste" als Formen der Psychotherapie. In: Petzold H, Orth I (eds) *Die neuen Kreativtherapien: Handbuch der Kunsttherapie*. Verlag Junfermann, Paderborn, pp 63-72

Abbildungsverzeichnis

Nr.	Bezeichnung	Seite
1	Freizeitbeschäftigung (Balkendiagramm)	71
2	KT-Zufriedenheitsscore (prä und post) (Boxplot)	75
3	Denken Sie die Kunsttherapie trägt zur Verbesserung Ihrer individuellen Symptomatik bei? (prä und post) (Balkendiagramme)	82
4	Fühlen Sie sich durch Ihre Medikation in der Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt? (prä und post) (Balkendiagramme)	84
5	Macht die Kunsttherapie Ihren stationären Aufenthalt erträglicher, bzw. leichter zu akzeptieren? (prä und post) (Balkendiagramme)	86
6	Mittelwert des KT-Comp-Scores (Boxplot)	91
7	Profitieren Patienten, die sich vor diesem stationären Aufenthalt bereits kreativ betätigt haben eher von der Kunsttherapie? (Boxplot)	100
8	Sind besonders kreative Patienten zufriedener mit der Kunsttherapie? (Boxplot)	103
9	Fühlen sich besonders kreative Patienten eher durch ihre Medikation in der Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt? (Balkendiagramm)	105
10	Sind Patienten, die zufriedener mit der Kunsttherapie sind auch generell zufriedener mit der stationären Versorgung? (Streudiagramm)	110
11	Werden schizophren erkrankte Patienten von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft als die übrigen Diagnosegruppen? (Balkendiagramm)	113
12	Sind schizophren erkrankte Patienten generell zufriedener mit der Kunsttherapie als die übrigen Diagnosegruppen? (Boxplot)	116
13	Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutin schizophren erkrankte Patienten eher von der Kunsttherapie? (Boxplot)	117
14	Geben Frauen eher ein Interesse kreativer Betätigung an als Männer? (Balkendiagramm)	119

15	Werden Frauen von der Kunsttherapeutin eher als kreativ eingestuft als Männer? (Balkendiagramm)	120
16	Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess? (Geschlechtervergleich, prä / post) (Balkendiagramm)	122
17	Sind Frauen generell zufriedener mit der Kunsttherapie als Männer? (Liniendiagramm)	123
18	Zeigen Patienten mit höherer Schulbildung ein größeres Interesse an künstlerischer Betätigung als Patienten mit einem niedrigeren Schulabschluss? (Balkendiagramm)	126
19	Werden Patienten mit höherer Schulbildung von der Kunsttherapeutin eher als kreativ eingestuft? (Balkendiagramm)	127
20	Schätzen Pat. mit höherer Schulbildung ihren persönlichen Nutzen an der KT höher ein (prä / post) (Balkendiagramm)	129
21	Sind Patienten mit höherer Schulbildung generell zufriedener mit der Kunsttherapie? (Liniendiagramm)	131
22	Ausmaß des Profitierens von der Kunsttherapie der einzelnen Bildungsgruppen (Boxplot)	132
23	Self-reflectiveness- und self-confidence-Subskalen (Boxplot)	136
24	Der Composite-Index des Cognitive Insight Scale nach Beck et al. (prä / post) (Boxplot)	137
25	Birchwood Insight Scale: BIS-Score (prä / post) (Boxplot)	139
26	Birchwood Insight Scale: Krankheitseinsicht (prä / post) (Balkendiagramm)	141
27	Ärztliche Beurteilung der Krankheitseinsicht (prä / post) (Balkendiagramm)	143
28	Die Krankheitseinsicht (Beck Cognitive Insight Scale) in Abhängigkeit vom Geschlecht (Liniendiagramm)	145
29	Subgruppenvergleich der Krankheitseinsicht: Diagnosen (Liniendiagramm)	147
30	BCIS-Composite-Index: Subgruppenvergleich Hauptdiagnosen (Liniendiagramm)	149
31	Subgruppenvergleich Hauptdiagnosen: Ärztliche Beurteilung der Krankheitseinsicht (prä / post) (Balkendiagramm)	150
32	Schätzen krankheitsuneinsichtige Patienten ihren	

	persönlichen Nutzen an der KT höher ein als krankheitseinsichtige Patienten? (prä / post) (Balkendiagramm)	154
33	Werden krankheitsuneinsichtige Patienten (BIS-Score) von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft? (Liniendiagramm)	157
34	Werden krankheitsuneinsichtige Patienten (Ärztliche Beurteilung) von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft? (prä / post) (Balkendiagramm)	160
35	Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen krankheitsuneinsichtige Patienten (BIS-Score) eher von der Kunsttherapie? (Boxplot)	162
36	Ausmaß des Profitierens von der KT in Abhängigkeit von der Krankheitseinsicht (BIS-Score) (Streudiagramm)	163
37	Ausmaß des Profitierens von der KT in Abhängigkeit von der Krankheitseinsicht (Ärztliche Beurteilung) (Boxplot)	164
38	MARS-Gesamtscore (prä / post) (Boxplot)	168
39	Vergleich KT-Comp-Score und MARS-Gesamtscore (Streudiagramm)	169
44	Vergleich KT-Comp-Score und Compliance-Rating (Boxplot)	170

Tabellenverzeichnis

Nr.	Bezeichnung	Seite
1	Untersuchungszeitpunkte	45
2	Fragebogeninstrumentarium	46
3	Durchschnittsalter in Abhängigkeit vom Geschlecht	47
4	Familienstand	48
5	Höchster erlangter Bildungsstand nach CASMIN	49
6	Hauptdiagnosen	50
7	Krankheitsschwere bei Studieneinschluss (CGI)	51
8	Krankheitsschwere nach Ablauf der Studie (CGI)	51
9	Psychopharmaka	52
10	Vegetative Nebenwirkungen (Ärztliche Beurteilung prä / post)	53
11	Extrapyramidalmotorische Störungen/Parkinsonoid (EPMS, Ärztliche Beurteilung prä / post)	53
12	Spätdyskinesien (Tardive Dyskinesien, Ärztliche Beurteilung prä / post)	54
13	Gewichtszunahme in 2 Wochen (Ärztliche Beurteilung prä / post)	55
14	Kreative Interessen (FKK, Item 1-14)	70
15	Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten der Kunsttherapie (FKT prä / post)	74
16	Auswirkungen der Kunsttherapie (prä / post)	78
17	Einstellung zur Kunsttherapie (prä / post)	79
18	Was empfinden Sie während der Kunsttherapie? (prä / post)	80
19	Beurteilung der übrigen Therapie- und Beschäftigungsangebote (prä / post)	88
20	Wie ist die Mitarbeit des Patienten?	90
21	Welche Auswirkungen hat die Kunsttherapie Ihrer Meinung nach auf den Patienten?	92
22	Bewertung der Compliance aus ärztlicher Sicht (prä / post)	94

23	Bewertung der Krankheitseinsicht aus ärztlicher Sicht (prä / post)	94
24	Zusammenfassung: Ärztliche Beurteilung (Relative Häufigkeiten prä / post)	97
25	Sind besonders kreative Patienten zufriedener mit der Kunsttherapie?	102
26	Fühlen Sie sich durch Ihre Medikation in der Teilnahmefähigkeit an der KT beeinträchtigt?	104
27	Fremdrating "Kreativität" im Vergleich verschiedener Kontextfaktoren	106
28	Korrelation der Meinung der Patienten und der Kunsttherapeutinnen zum KT-Profit	107
29	ZUF-8: Häufigkeiten	109
30	Vergleich des prästationären kreativen Interesses innerhalb der Diagnosegruppen	112
31	Einschätzung des subjektiven Nutzens an der KT innerhalb der Diagnosegruppen	114
32	Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess? (Geschlechtervergleich, prä / post)	121
33	Schulbildung	125
34	Sind Patienten mit höherer Schulbildung generell zufriedener mit der Kunsttherapie? (prä und post)	130
35	Beck Cognitive Insight Scale (dichotomisiert)	133/134
36	Scores des Cognitive Insight Scale (Beck et al.)	135
37	Insight Scale (Birchwood et al.)	138
38	Birchwood Insight Scale: Ergebnisse der Subskalen und des BIS-Scores (prä / post)	139
39	BIS-Score: Subgruppenvergleich Hauptdiagnosen	148
40	Schätzen krankheitsuneinsichtige Patienten ihren persönlichen Nutzen an der KT höher ein als krankheitseinsichtige Patienten? (prä/post-Vergleich, dichotomisiert)	153
41	Werden krankheitsuneinsichtige Patienten (BIS-Score) von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft?	156
42	Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen	

	Formenkreis: Korrelation von Krankheitseinsicht (BIS-Score) und Fremdeinschätzung Kreativität	158
43	Werden krankheitsuneinsichtige Patienten (BCIS-Composite-Index) von den Kunsttherapeutinnen eher als kreativ eingestuft?	158
44	Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis: Korrelation von Krankheitseinsicht (BCIS-Composite-Index) und Fremdeinschätzung Kreativität	159
45	Profitieren gemäß der Einschätzung der Kunsttherapeutinnen krankheitsuneinsichtige Patienten (BIS-Score) eher von der Kunsttherapie?	161
46	Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis: Korrelation von Krankheitseinsicht (Birchwood Insight Scale) und Fremdeinschätzung Kreativität	163
47	Ausmaß des Profitierens von der KT in Abhängigkeit von der Krankheitseinsicht (Ärztliche Beurteilung)	164
48	Patienten mit Krankheiten aus dem schizophrenen Formenkreis: Korrelation von Krankheitseinsicht (ärztliche Beurteilung) und Fremdeinschätzung Kreativität	165
49	KT-Compliance-Score	166
50	Deskriptive Statistik des KT-Compliance-Scores	166
51	Medication Adherence Rating Scale (Absolute und relative Häufigkeiten)	167
52	MARS-Gesamtscore	168
53	Korrelation der Compliance aus ärztlicher Sicht und der Kunsttherapie-Compliance	170
54	Ersterkrankte / wiederholt Erkrankte	171
55	Kreativität und Kunsttherapiezufriedenheit	176
56	Aktiv-produktive vs. passive-rezeptive Freizeitbeschäftigung	178
57	Subjektiv hilfreiche Aspekte der Kunsttherapie	180
58	Auswirkungen der Kunsttherapie	182
58	Subjektive Bedeutung der Kunsttherapie für den Genesungsprozess	187
60	Kunsttherapieprofit in Abhängigkeit vom Bildungsniveau	190

61	Wie hilfreich sind für Sie folgende Therapie- und Beschäftigungsangebote?	192
62	Vergleich von Kunsttherapie-Compliance und Compliance aus ärztlicher Sicht	199

Bildnachweis:

Seite	Abbildung	Quelle
9	<i>Der Gekreuzigte Christus</i> (Ausschnitt vom Isenheimer Altar), Mathis Gothart Grünewald, Anfang 16. Jhd.	https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mathis_Gothart_Gr%C3%BCnewald_023.jpg , Quelle: The Yorck Project: <i>10.000 Meisterwerke der Malerei</i> . DVD-ROM, 2002. ISBN 3936122202. Distributed by DIRECTMEDIA Publishing GmbH, Bild gemeinfrei (04.09.2015)
12	<i>Heilanstalt Waldau</i> , Adolf Wölfli, 1921	http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/db/Waldau-Wolfli.jpg , Bild gemeinfrei (4.12.2012)
18	<i>Kunsttherapeutische Triade</i>	http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Kunsttherapeutische_triade.jpg&filetimestamp=20080416151101 (Der Urheberrechtsinhaber dieser Datei hat ein unentgeltliches, bedingungsloses Nutzungsrecht für jedermann ohne zeitliche, räumliche und inhaltliche Beschränkung eingeräumt) (4.12.2012)

Anhang:

Die Rolle der Kunsttherapie bei der Krankheitsbewältigung

Informationsblatt für Patienten,

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie einladen, an einer Studie über die Kunsttherapie in der Klinik mitzumachen. Sie befinden sich gerade in stationärer Behandlung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar. Die Kunsttherapie ist eines der ersten Therapieangebote, das Sie erhalten.

Neben der Medikation und der Psychotherapie ist die Kunsttherapie am Klinikum rechts der Isar seit vielen Jahren ein wichtiger Pfeiler bei der psychiatrischen Behandlung. Sie wird meist sehr früh im Verlauf der stationären Behandlung eingesetzt. In der Kunsttherapie werden keine Leistungserwartungen an Sie herangetragen. Sie müssen nichts „können“ und dürfen sich ausprobieren. Vielen Patienten ermöglicht die Kunsttherapie eine unbefangene Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit und der Therapie.

Viele Patienten haben im schulischen Kunstunterricht schlechte Erfahrungen gemacht, oft wurde ihnen ein vermeintliches „Nicht-Können“ attestiert. Bei der Kunsttherapie müssen Sie keine besonderen Fähigkeiten vorweisen, oft sind Patienten dann jedoch überrascht, was in Ihnen steckt.

In dieser Studie soll untersucht werden, ob sich ein besonderes Interesse für Kunst und Kreativität förderlich auf den weiteren Behandlungsverlauf auswirkt. Aus diesem Grund versuchen wir im Vorfeld mit verschiedenen Fragebögen Ihre Erfahrungen mit eigenem künstlerischem Schaffen und der Kunsttherapie und Ihren generellen biographischen Hintergrund zu erfragen. Des Weiteren werden wir zwei Fragebögen zu Ihrer Krankheitseinsicht und Compliance, mit Ihnen durchgehen. Ihr behandelnder Arzt wird ebenfalls eine Einschätzung Ihres Krankheitsverlaufs vornehmen.

Die Untersuchungszeitpunkte sind jeweils nach Ihrer ersten Kunsttherapie-Einheit, sowie vier Wochen später.

Die gewonnenen Erkenntnisse sollen die Frage klären, welche Rolle Kunst und Kreativität für den Behandlungsverlauf spielen.

Die Teilnahme an dieser Studie ist selbstverständlich freiwillig!

Auch wenn Sie an dieser Untersuchung nicht teilnehmen oder Sie vorzeitig abbrechen, erwachsen Ihnen keinerlei Nachteile.

Alle erhobenen Daten werden selbstverständlich anonym, d.h. ohne Nennung Ihres Namens, erhoben und wissenschaftlich ausgewertet.

Wir legen Ihnen deshalb eine zusätzliche Einwilligungserklärung vor, die Sie bitte unterschreiben. Mit dieser Einwilligung erteilen Sie uns die Erlaubnis, dass wir Ihre Angaben in anonymisierter Form (d.h. ohne Nennung Ihres Namens) wissenschaftlich auswerten und veröffentlichen dürfen.

Bei Fragen zur Studie können Sie sich jederzeit an uns wenden und wir sind gerne bereit, alle Unklarheiten mit Ihnen zu besprechen.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen,

PD Dr. Josef Bäuml
Leitender Oberarzt

Fr. Prof. Flora v. Sprei
Dozentin für Kunsttherapie

Johanna Eberl
Doktorandin

Studie:
**Die Rolle der Kunsttherapie für die Krankheitsbewältigung von
Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am
Klinikum rechts der Isar**

Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich, Frau/Herr.....Station.....

(behandelnde/r Ärztin/Arzt:.....)

in die Teilnahme an der o.g. Kunsttherapie-Studie ein.

Ich habe das Informationsblatt zur Studie durchgelesen und Sinn und Zweck der Studie verstanden. Offene Fragen konnte ich mit der Doktorandin bzw. meiner Kunsttherapeutin klären.

Ich werde die vorgelegten Fragebögen ausfüllen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine in der Kunsttherapie entstehenden Werke gegebenenfalls in die Studie mit einbezogen werden.

Unterlagen über frühere und derzeitige ambulante/stationäre Behandlungen können angefordert werden.

Ich bin einverstanden, dass alle erhobenen Informationen in anonymisierter Form, d.h. ohne Nennung meines Namens, wissenschaftlich ausgewertet und veröffentlicht werden dürfen. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, ohne dass mir daraus persönliche Nachteile entstehen.

Durch meine untenstehende Unterschrift gebe ich meine Einwilligung.

Name, Vorname.....

Unterschrift.....

München, den.....

Betreuer der Studie:

PD Dr. Josef Bäuml
Leitender Oberarzt

Fr. Prof. Flora v. Spreti
Dozentin für Kunsttherapie

Johanna Eberl
Doktorandin

**Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Univ.-Prof. Dr. H. Förstl
Direktor

Ismaninger Straße 22
81675 München
E-Mail: hans.foerstl@lrz.tum.de
Tel: (089) 41 40 - 1
Durchwahl: (089) 41 40 - 4201
Fax: (089) 41 40 - 4837
Unser Zeichen:

München,.....

**Information für die Betreuer im Rahmen der Studie
„Die Rolle der Kunsttherapie bei der Krankheitsbewältigung“**

Sehr geehrter Damen und Herren,

Wir möchten Sie hiermit informieren, dass der/die von Ihnen betreute Patient/in Frau/Herr.....derzeit an unserer Studie „Die Rolle der Kunsttherapie bei der Krankheitsbewältigung von psychisch erkrankten Patienten“ teilnimmt. Die Teilnahme ist freiwillig. Der Patient/die Patientin würde gerne an dieser nicht invasiven Studie teilnehmen und hat dies durch eine unterschriebene Einverständniserklärung zum Ausdruck gebracht. Der Patient/die Patientin ist informiert, dass diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen werden kann, ohne dass der Patientin/dem Patienten hieraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Anbei finden Sie ein ausführliches Informationsblatt zur Studie.

Bei Fragen oder Einwänden können Sie sich jederzeit an uns wenden. Sollten wir von Ihnen nichts Gegenteiliges hören, setzen wir Ihr Einverständnis bezüglich der Teilnahme Ihres Klienten an der Studie voraus.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung bei unserer Studie.

Mit freundlichen Grüßen,

PD Dr. Josef Bäuml
Leitender Oberarzt,
Wissenschaftliche
Betreuung

Prof. Flora von Spreti
Dozentin für
Kunsttherapie,
Kunsttherapeutische
Betreuung

Johanna Eberl
Cand. med.,
Doktorandin

Vorstand:
Univ.-Prof. Dr. Reiner Gradinger
(Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)
Dr. Philipp Ostwald
(Kaufmännischer Direktor)
Anette Thoke-Colberg
(Pflegedirektorin)
Univ.-Prof. Dr. Peter Henningsen
(Dekan)

Bankverbindung:
Bayer. Landesbank Girozentrale
Kto-Nr. 20 272
BLZ 700 500 00

Bitte kontaktieren Sie uns brieflich oder telefonisch, sollten Sie mit der Teilnahme Ihres Klienten an unserer Studie nicht einverstanden sein.

PD Dr. Josef Bäuml
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ismaninger Straße 22
81675 München
Durchwahl:

Bei Fragen oder Unklarheiten zur Studie wenden Sie sich bitte an Frau cand. med. Johanna Eberl.

johanna.eberl@mytum.de

Informationsblatt
für die Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik am Klinikum rechts der Isar

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich würde Sie gerne über mein Dissertationsvorhaben zum Thema „Kunsttherapie und Krankheitseinsicht“ informieren.

Die täglich stattfindende Kunsttherapie ist seit vielen Jahren ein fester Bestandteil des Therapieprogramms an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar.

Viele Patienten profitieren von der Kunsttherapie, da sie eine angstfreie Umgebung ermöglicht in der sie sich ohne jeglichen Leistungsdruck kreativ betätigen können. Oft geschieht hier eine Auseinandersetzung mit der Krankheit, die durch sprachliche Mittel nicht auf die gleiche Weise möglich ist.

Die Kunsttherapie hat sich seit vielen Jahren etabliert. Ihr großes Potenzial im Rahmen des psychiatrischen Therapieregimes ist allgemein anerkannt. Wissenschaftlich ist es jedoch ein bisher wenig erforschtes Gebiet. Dies liegt zum Teil wohl daran, dass in der Kunsttherapie zwei auf den ersten Blick unvereinbare Gegensätze aufeinander treffen: die Kunst und die Therapie. Dabei liegt es in der Natur der Kunst, dass sie sehr subjektiv ist und sich nur schwer mit wissenschaftlichen Methoden erfassen lässt.

In dieser Studie soll untersucht werden, inwieweit ein persönliches Interesse und positive Erfahrungen mit Kunst und Kreativität eine Ressource für die Patienten darstellen. Beim Betrachten der Bilder auf den Stationen fällt immer wieder auf, dass bei sehr vielen Patienten eine erstaunliche Kreativität vorhanden ist.

Wir werden mit Hilfe einiger Fragebögen ihre bisherigen Erfahrungen mit Kunst ganz allgemein, etwa im Kunstunterricht etc., Interesse an Kunst und den Stellenwert von kreativer Betätigung im privaten Alltag erfragen. Des Weiteren werden wir Daten zur Person der Patienten und zu ihrer bisherigen Krankengeschichte und Krankheitsbewältigung erfassen. Nach vier Wochen werden wir einen weiteren Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Kunsttherapie und zur persönlichen Einschätzung aller übrigen Therapieangebote austeilten.

Mit dieser Studie soll untersucht werden welche Bedeutung dem Interesse an Kunst ganz allgemein und der Kunsttherapie im Besonderen für den Behandlungsverlauf zukommt.

Diese Untersuchung wird in enger Zusammenarbeit mit unseren Kunsttherapeuten unter Supervision von Frau Prof. von Spreti durchgeführt.

Wir sind bei dieser Untersuchung stark auf Ihre Mithilfe angewiesen. Bitte vermitteln Sie den Patienten bei eventuellen Nachfragen ein positives Bild von dieser Studie und ermuntern Sie sie zur Teilnahme. Die Bögen wird Frau Eberl selbst verteilen, jedoch bitten wir Sie um Unterstützung beim Einsammeln der Bögen etc. Gegebenenfalls werden wir mit einem Bogen bezüglich der Compliance der Patienten auf Sie zukommen.

Für Ihre Mithilfe im Voraus besten Dank.

Mit freundlichen Grüßen,

PD Dr. Josef Bäuml
Leitender Oberarzt

Fr. Prof. Flora von Spreti
Dozentin für Kunsttherapie

Johanna Eberl
Doktorandin

Pat.-Nr.:.....
 Station:.....

Datum:.....

1) Fragebogen: Kunst und Kreativität (Baseline):

1.1. Kreative Interessen:

Im folgenden Fragebogen geht es darum, welchen Stellenwert Kreativität und Kunst in Ihrem Alltag hat. Bitte kreuzen Sie das jeweils für Sie Zutreffende an und lassen Sie keine Fragen aus.

1.1.1 Wie **zutreffend** sind für Sie folgende Aussagen? (Bitte pro Zeile nur ein Kreuz!)

		Ausgesprochen zutreffend	Überwiegend zutreffend	Etwas zutreffend	Gar nicht zutreffend
1.1.1.01	Als Kind habe ich mich gerne kreativ betätigt (malen, basteln etc.)				
1.1.1.02	Meine Eltern haben mich bei meinem gestalterischen Schaffen stets gefördert und anerkannt.				
1.1.1.03	Meine Eltern sind/waren kreative Menschen.				
1.1.1.04	Während der Schulzeit ging ich gerne zum Kunstunterricht.				
1.1.1.05	In meiner Freizeit male und/oder zeichne ich gerne.				
1.1.1.06	In meiner Freizeit gehe ich gern in Museen oder schaue mir gerne Kunstbände an.				
1.1.1.07	In meiner Freizeit gehe ich gerne in Konzerte oder Theateraufführungen (z.B. Oper, Musical, Ballett,...)				
1.1.1.08	In meiner Freizeit tanze ich gerne.				
1.1.1.09	In meiner Freizeit bastle ich gerne. (Handarbeiten, Basteln, Heimwerken, Schmuckherstellung,...)				
1.1.1.10	In meiner Freizeit singe ich gerne. (z.B. im Chor etc.)				
1.1.1.11	In meiner Freizeit spiele ich gerne ein Instrument. (welches:.....)				
1.1.1.12	In meiner Freizeit beschäftige ich mich gerne mit Literatur. (Lesen, Schreiben,...)				
1.1.1.13	Kunst oder künstlerische Betätigung wirkt sich positiv auf meine Lebensfreude aus.				
1.1.1.14	Kunst oder künstlerische Betätigung wirkt sich positiv auf meine Stimmung aus.				

1.1.2 Haben Sie einen oder mehrere Lieblingskünstler?

nein

ja

wen?.....

1.1.3 Welche Erfahrungen haben Sie im schulischen Kunstunterricht gemacht?

.....
.....
.....

1.1.4 Welche Schulnote bekamen Sie überwiegend im schulischen Kunstunterricht bzw. was war Ihre letzte Kunstnote an die Sie sich erinnern können?

(Bitte nur ein Kreuz setzen!)

Note: 1 2 3 4 5 6

1.2. Bisherige Erfahrungen mit Kunsttherapie:

1.2.1 Haben Sie vor Ihrem derzeitigen Klinikaufenthalt schon einmal an einer Kunsttherapie teilgenommen? (Mehrfachantworten möglich)

nein

ja

wo? am Rechts der Isar

an einer anderen psychiatrischen Klinik

an einer psychosomatischen Klinik

in einer Klinik im Rahmen einer körperlichen Erkrankung

bei einer ambulanten Kunsttherapie

in einem Seniorenheim oder einer anderen betreuten Wohneinrichtung

1.2.2 Mit welcher Note würden Sie die zuletzt mit der Kunsttherapie gemachten Erfahrungen beurteilen? (Bitte nur ein Kreuz setzen!)

Note: 1 2 3 4 5 6

1.2.3 Haben Sie vor Ihrem derzeitigen Klinikaufenthalt freiwillig und aus eigenem Antrieb gemalt oder gezeichnet?

nein

ja

Vielen Dank!

Pat.-Nr.:.....

Datum:.....

Station:.....

Kunsttherapeutin:.....

2) Fragebogen zur Kunsttherapie (Prä/Post)

Kunsttherapie zählt bei uns zu den regelmäßigen Therapieangeboten. Wir würden von Ihnen gerne wissen, wie zufrieden Sie mit dem Ablauf und den organisatorischen Gegebenheiten sind, und wie Sie den Nutzen für Sie persönlich einschätzen. Bitte kreuzen Sie in den nachfolgenden Tabellen die jeweils für Sie zutreffende Antwort für die einzelnen Fragen an. Bitte lassen Sie keine Frage aus.

2.1. Kunsttherapie auf Station: Persönliche Zufriedenheit mit der KT-Gruppe

(Bitte pro Zeile nur ein Kreuz!)

2.1.1	Zufriedenheit mit der Kunsttherapie	Ausgesprochen zufrieden	Überwiegend zufrieden	Etwas zufrieden	Gar nicht zufrieden
2.1.1.01	<u>Raum</u> für die Kunsttherapie				
2.1.1.02	Ausstattung mit <u>Material</u>				
2.1.1.03	<u>Dauer</u> der Kunsttherapie				
2.1.1.04	<u>Themenstellungen</u> in den KT-Stunden				
2.1.1.05	Betreuung durch die <u>Kunsttherapeutin</u>				
2.1.1.06	Möglichkeit <u>ein eigenes</u> Thema zu nennen				
2.1.1.07	Zufriedenheit mit den <u>eigenen Werken</u> bei der Kunsttherapie				
2.1.1.08	<u>Nachbesprechung</u>				
2.1.1.09	Das <u>Aufhängen</u> der Bilder im Stationsbereich				
2.1.1.10	<u>Kontakt zu Mitpatienten</u> während der Kunsttherapie				
2.1.1.11	<u>Allgemeine Zufriedenheit</u> mit der Kunsttherapie				

2.1.2 Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge:

.....

.....

.....

.....

2.2. Erfahrungen mit der Kunsttherapie:

2.2.1 Persönliche Einschätzung des Stellenwertes der Kunsttherapie:

		Ausgesprochen wichtig	Überwiegend wichtig	Eher unwichtig	Ziemlich unwichtig
2.2.1.01	Wie wichtig ist die Kunsttherapie für Ihren Genesungsprozess?				
2.2.1.02	Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme an der Kunsttherapie?				
2.2.1.03	Wie wichtig sind für Ihren behandelnden Arzt Ihre Bilder aus der Kunsttherapie				

2.2.2 Was ist Ihrer Meinung nach **hilfreich an der Kunsttherapie?**

		Ausgesprochen hilfreich	Überwiegend hilfreich	Etwas hilfreich	Gar nicht hilfreich
2.2.2.01	Kunsttherapie als Einstieg in den Tag				
2.2.2.02	Malen in der Gruppe				
2.2.2.03	Austausch über die Bilder in der Gruppe.				
2.2.2.04	Entspannung durch kreative Betätigung				
2.2.2.05	Anerkennung für meine Bilder zu bekommen.				
2.2.2.06	Sonstiges:				

2.2.3 Welche unmittelbaren Auswirkungen hat die Kunsttherapie für Sie auf nachfolgende Bereiche?

		Ausgesprochen zutreffend	Überwiegend zutreffend	Etwas zutreffend	Gar nicht zutreffend
2.2.3.01	Die Kunsttherapie trägt zu einer ausgeglicheneren Stimmung bei.				
2.2.3.02	Durch die Kunsttherapie gewinne ich an Selbstvertrauen.				
2.2.3.03	Während der Kunsttherapie fällt es mir leichter mich zu konzentrieren.				
2.2.3.04	Während der Kunsttherapie denke ich kaum an meine Krankheit.				

		Ausgesprochen zutreffend	Überwiegend zutreffend	Etwas zutreffend	Gar nicht zutreffend
2.2.3.05	Durch meine in der KT entstehenden Bilder kann ich meine Gefühle ausdrücken.				
2.2.3.06	Durch die in der Kunsttherapie entstehenden Bilder kann ich mich anderen mitteilen.				
2.2.3.07	Durch die Kunsttherapie in der Gruppe werde ich sicherer im Umgang mit anderen Menschen.				
2.2.3.08	Durch die KT werde ich motivierter für die weitere Behandlung.				
2.2.3.09	Die KT trägt dazu bei, dass ich mir meiner eigenen Fähigkeiten bewusst werde.				
2.2.3.10	Durch die KT können auch meine Angehörigen sehen, dass ich wieder etwas kann.				
2.2.3.11	Durch die Kunsttherapie fühle ich mich weniger ängstlich.				
2.2.3.12	Durch die Kunsttherapie fühle ich mich hoffnungsvoller.				
2.2.3.13	Durch die Kunsttherapie fühle ich mich weniger müde.				
2.2.3.14	Die Kunsttherapie hilft mir, die medikamentöse Behandlung besser zu akzeptieren.				
2.2.3.15	Die Kunsttherapie hilft mir die psychotherapeutische Behandlung besser zu akzeptieren.				
2.2.3.16	Durch die Kunsttherapie bin ich weniger gereizt.				
2.2.3.17	Durch die Kunsttherapie fühle ich mich innerlich ruhiger.				
2.2.3.18	Durch die Teilnahme an der Kunsttherapie empfinde ich meinen Aufenthalt in der Psychiatrie als weniger diskriminierend.				
2.2.3.19	Die KT hilft mir meine Selbstwahrnehmung zu verbessern.				
2.2.3.20	Sonstiges:				

2.2.4 Empfinden Sie die Kunsttherapie als (Mehrere Antworten möglich)

- Bereicherung
- Entspannung
- Nette Abwechslung
- Eher lästige Verpflichtung
- Unnötig

2.2.5 Was empfinden Sie während der Kunsttherapie? (Mehrere Antworten möglich)

- Zufriedenheit
- Stolz
- Freude
- meditative Konzentration
- Langeweile
- Gleichgültigkeit
- Ungeduld
- Ärger auf:.....
- Sonstiges.....

2.2.6 Denken Sie, die Kunsttherapie trägt zur Verbesserung Ihrer individuellen Symptomatik bei? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.)

- ja
- eher ja
- eher nein
- nein

2.2.7 Fühlen Sie sich durch Ihre Medikation in der Teilnahmefähigkeit an der Kunsttherapie beeinträchtigt? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.)

- ja
- eher ja
- eher nein
- nein

2.2.8. Macht die Kunsttherapie Ihren stationären Aufenthalt erträglicher bzw. leichter zu akzeptieren? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.)

- ja
- eher ja
- eher nein
- nein

2.3 Beurteilung der übrigen Therapie- und Beschäftigungsangebote:

Wie hilfreich sind die übrigen Therapie- und Beschäftigungsangebote für Sie?

(Bitte setzen Sie pro Zeile nur ein Kreuz.)

	Therapieverfahren	Ausgesprochen hilfreich	Überwiegend hilfreich	Etwas hilfreich	Gar nicht hilfreich	Bisher nicht in Anspruch genommen
2.3.01	Morgengymnastik					
2.3.02	Kunsttherapie					
2.3.03	Beschäftigungstherapie					
2.3.04	Arbeitstherapie					
2.3.05	Laufgruppe					
2.3.06	Musiktherapie					
2.3.07	Medikamentöse Behandlung					
2.3.08	Gespräche mit dem Arzt					
2.3.09	Gespräche mit dem Pflegepersonal					
2.3.10	Gespräche mit den Psychotherapeuten					
2.3.11	Oberarztvisite					
2.3.12	Gespräche mit KH-Seelsorger					
2.3.13	Gespräche mit Sozialpädagogen					
2.3.14	Gespräche mit Mitpatienten					
2.3.15	Psychoedukationsgruppe					
2.3.16	Literatur für Laien zu Krankheitsbildern					
2.3.17	Patientenbesprechung mit Pflegepersonal					
2.3.18	Zeitungsgruppe					
2.3.19	Koch- und Backgruppe					
2.3.20	Besuche in der Klinikkapelle					
2.3.21	Nutzung der Klinikbibliothek					
2.3.22	Freizeitangebote (Tischtennis, Kicker,...)					
2.3.23	Nutzung des Fernsehraumes					
2.3.24	Patientenausflüge					
2.3.25	Ausgänge mit Pflegepersonal					
2.3.26	Andere Gruppentherapien Welche:.....					
2.3.27	Stationäre Behandlung ganz allgemein					
2.3.28	Sonstiges:					

Vielen Dank!

Pat.-Nr.:.....

Datum:.....

Station:.....

Kunsttherapeutin:.....

3) Fragebogen: TN-Verhalten während der Kunsttherapie
(Fremdrating durch die Kunsttherapeutin)

Die Patientin/der Patient hat nun an der Kunsttherapie teilgenommen. Bitte beurteilen Sie mit dem folgenden Fragebogen die Häufigkeit und den Erfolg der Teilnahme. Bitte beantworten Sie alle Fragen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

3.1. Wie häufig nimmt der Patient/die Patientin an der Kunsttherapie teil?

- täglich
- mehr als dreimal pro Woche
- weniger als dreimal pro Woche

3.2. Wie ist die Mitarbeit des Patienten/der Patientin:

	Der Patient/ die Patientin...	Trifft ausgesprochen zu	Trifft überwiegend zu	Trifft etwas zu	Trifft gar nicht zu
3.2.01	...erscheint stets pünktlich zur Kunsttherapie.				
3.2.02	...erscheint stets ohne vorhergehende Aufforderung zur Kunsttherapie.				
3.2.03	...arbeitet während der Kunsttherapie sehr konzentriert an seinem/ihrer Bild.				
3.2.04	...scheint gerne an der Kunsttherapie teilzunehmen.				
3.2.05	...fällt durch die besondere Kreativität seiner/ihrer Bilder auf.				
3.2.06	...wirkt sicher im Umgang mit den Materialien.				
3.2.07	...bringt auch eigene Bildvorschläge mit ein.				
3.2.08	...beteiligt sich an den Nachbesprechungen.				
3.2.09	Sonstiges:				

3.3. Welche Auswirkungen hat die Kunsttherapie Ihrer Meinung nach auf den Patienten/die Patientin?

	Durch die KT...	Trifft ausgesprochen zu	Trifft überwiegend zu	Trifft etwas zu	Trifft gar nicht zu
3.3.01	... werden dem Patienten/der Patientin seine/ihre kreativen Ressourcen verdeutlicht.				
3.3.02	... findet eine Problemkonfrontation statt.				
3.3.03	... findet eine Problemlösung statt.				
3.3.04	... kann der Patient/die Patientin seine/ihre Gedanken gut ausdrücken und seiner/ihrer Umwelt mitteilen.				
3.3.05	... wirkt der Patient/die Patientin selbstbewusster.				
3.3.06	... wirkt der Patient/die Patientin ruhiger.				
3.3.07	... wirkt der Patient/die Patientin oft aufgewühlt und unruhig.				
3.3.08	... wirkt der Patient/die Patientin entlastet von seiner/ihrer Symptomatik.				
3.3.09	... wird die Selbstwahrnehmung des Patienten verbessert.				

3.3.10 Sonstiges/Kommentare/Anmerkungen:

.....

3.4 In welchem Ausmaß profitiert der Patient/die Patientin Ihrer Meinung nach von der KT? (Auf einer Skala von 1-10, wobei 10 das Höchste ist)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

KT-Studie:

5) Fremdbeurteilung durch die behandelnden Ärzte
(Stand: 22.3.2011)

Studiennummer:.....Station:.....Arzt:.....

Untersuchungszeitpunkt:

Prä Post

Datum:.....

Bitte füllen Sie den folgenden Bogen jeweils vor, sowie nach 4 Wochen KT aus. Die Bögen werden Ihnen, bereits mit dem gewünschten Datum versehen, zur Verfügung gestellt. Es reicht, wenn Sie die Diagnosen einmalig angeben (Prä-Bogen).
Vielen Dank.

Aufnahme:.....

Entlassung:.....

Psychiatrische Diagnosen	ICD-10
Somatische Diagnosen	

Hat der Patient/die Patientin eine gesetzliche Betreuung?

nein ja

wenn ja, für welche Bereiche:.....

Bitte kreuzen Sie das zum Untersuchungszeitpunkt Zutreffende an.

5.1 CGI: Clinical global Impression (allgemeiner Schweregrad der Erkrankung)	
<input type="radio"/> 1	gar nicht krank
<input type="radio"/> 2	grenzwertig krank
<input type="radio"/> 3	leicht krank
<input type="radio"/> 4	mäßig krank
<input type="radio"/> 5	deutlich krank
<input type="radio"/> 6	schwer krank
<input type="radio"/> 7	sehr schwer krank

5.2 Compliance

(Bäumli, Pitschel-Walz, 2006)

<input type="radio"/> 1	Sehr gut
<input type="radio"/> 2	Gut
<input type="radio"/> 3	Mäßig
<input type="radio"/> 4	schlecht

5.3 Krankheitseinsicht (Amador, 2003)

<input type="radio"/> 1	Äußerst einsichtig
<input type="radio"/> 2	Teilweise einsichtig
<input type="radio"/> 3	Äußerst uneinsichtig

5.4 EPS (Parkinsonoid)

<input type="radio"/> 1	Keines
<input type="radio"/> 2	Leicht (Rigor nur im Nackenbereich)
<input type="radio"/> 3	Deutlich (Rigor im Ellbogen und Handgelenk)
<input type="radio"/> 4	Sehr schweres Parkinsonoid (Rigor in allen Gelenken, kleinschrittig)

5.5 AIMS (Spätdyskinesien)

<input type="radio"/> 1	Keinerlei Hinweise auf TD
<input type="radio"/> 2	Fragliche Hinweise auf TD
<input type="radio"/> 3	Leichte Zeichen einer TD
<input type="radio"/> 4	Schwere Zeichen einer TD

5.6 Vegetative NW

<input type="radio"/> 1	Gar nicht
<input type="radio"/> 2	Etwas (diskret müde, leichte Obstipation, trockener Mund)
<input type="radio"/> 3	Deutlich (starke Müdigkeit, Schwindel, klebriger Mund)
<input type="radio"/> 4	Sehr stark (deutlich sediert, orthostatische Probleme etc.)

5.7 Gewichtszunahme in 2 Wochen

<input type="radio"/> 1	keine
<input type="radio"/> 2	Leicht (1/2 kg)
<input type="radio"/> 3	Deutlich (1kg)
<input type="radio"/> 4	Sehr stark (2 kg und mehr)

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Josef Bäumli

Vollständige Tabellen

Tab. 14) **Kreative Interessen** (FKK, Item 1-14, vollständig)

		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)
Als Kind habe ich mich gerne kreativ betätigt (malen, basteln,...).	Gar nicht zutreffend	8	7,9
	Etwas zutreffend	18	17,8
	Überwiegend zutreffend	32	31,7
	Ausgesprochen zutreffend	43	42,6
	Gesamt	101	100,0
Meine Eltern haben mich bei meinem gestalterischen Schaffen stets gefördert und anerkannt.	Gar nicht zutreffend	23	22,5
	Etwas zutreffend	17	16,7
	Überwiegend zutreffend	32	31,4
	Ausgesprochen zutreffend	30	29,4
	Gesamt	102	100,0
Meine Eltern sind/waren kreative Menschen.	Gar nicht zutreffend	15	14,9
	Etwas zutreffend	35	34,7
	Überwiegend zutreffend	27	26,7
	Ausgesprochen zutreffend	24	23,7
	Gesamt	101	100,0
Während der Schulzeit ging ich gerne zum Kunstunterricht.	Gar nicht zutreffend	16	16,0
	Etwas zutreffend	19	19,0
	Überwiegend zutreffend	31	31,0
	Ausgesprochen zutreffend	34	34,0
	Gesamt	100	100,0
In meiner Freizeit male und oder zeichne ich gerne.	Gar nicht zutreffend	37	36,6
	Etwas zutreffend	31	30,7
	Überwiegend zutreffend	11	10,9
	Ausgesprochen zutreffend	22	21,8
	Gesamt	100	100,0
In meiner Freizeit gehe ich gerne in Museen, oder schaue mir gerne Kunstbände an.	Gar nicht zutreffend	18	17,6
	Etwas zutreffend	34	33,3
	Überwiegend zutreffend	26	25,5
	Ausgesprochen zutreffend	24	23,6
	Gesamt	102	100,0
In meiner Freizeit gehe ich gerne in Konzerte oder Theateraufführungen (Oper, Musical, Ballett,...).	Gar nicht zutreffend	11	10,8
	Etwas zutreffend	45	44,1
	Überwiegend zutreffend	25	24,5
	Ausgesprochen zutreffend	21	20,6
	Gesamt	102	100,0
In meiner Freizeit tanze ich gerne.	Gar nicht zutreffend	26	26,0
	Etwas zutreffend	32	32,0
	Überwiegend zutreffend	14	14,0
	Ausgesprochen zutreffend	28	28,0
	Gesamt	100	100,0

In meiner Freizeit bastle ich gerne (Handarbeiten, Basteln, Heimwerken, Schmuckherstellung,...).	Gar nicht zutreffend	28	27,5
	Etwas zutreffend	31	30,4
	Überwiegend zutreffend	16	15,6
	Ausgesprochen zutreffend	27	26,5
	Gesamt	102	100,0
In meiner Freizeit singe ich gerne (z.B. im Chor).	Gar nicht zutreffend	58	57,4
	Etwas zutreffend	16	15,8
	Überwiegend zutreffend	14	13,9
	Ausgesprochen zutreffend	13	12,9
	Gesamt	101	100,0
In meiner Freizeit spiele ich gerne ein Instrument.	Gar nicht zutreffend	63	63,0
	Etwas zutreffend	14	14,0
	Überwiegend zutreffend	10	10,0
	Ausgesprochen zutreffend	13	13,0
	Gesamt	100	100,0
In meiner Freizeit beschäftige ich mich gerne mit Literatur (Lesen, Schreiben,...).	Gar nicht zutreffend	7	6,9
	Etwas zutreffend	27	26,7
	Überwiegend zutreffend	33	32,7
	Ausgesprochen zutreffend	34	33,7
	Gesamt	101	100,0
Kunst oder künstlerische Betätigung wirken sich positiv auf meine Lebensfreude aus.	Gar nicht zutreffend	7	6,9
	Etwas zutreffend	25	24,8
	Überwiegend zutreffend	33	32,7
	Ausgesprochen zutreffend	36	35,6
	Gesamt	101	100,0
Kunst oder künstlerische Betätigung wirken sich positiv auf meine Stimmung aus.	Gar nicht zutreffend	9	9,0
	Etwas zutreffend	25	25,0
	Überwiegend zutreffend	31	31,0
	Ausgesprochen zutreffend	35	35,0
	Gesamt	100	100,0

Tab. 15) Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten der Kunsttherapie

(FKT prä / post, vollständig)

		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)
Raum für die Kunsttherapie	Gar nicht zufrieden	6	6,7	4	5,1
	Etwas zufrieden	17	18,9	15	19,0
	Überwiegend zufrieden	43	47,8	40	50,6
	Ausgesprochen zufrieden	24	26,7	20	25,3
	Gesamt	90	100,0	79	100,0
Ausstattung mit Material	Gar nicht zufrieden	1	1,1	0	0,0
	Etwas zufrieden	8	8,9	10	12,7
	Überwiegend zufrieden	44	48,9	38	48,1
	Ausgesprochen zufrieden	37	41,1	31	39,2
	Gesamt	90	100,0	79	100,0
Dauer der Kunsttherapie	Gar nicht zufrieden	4	4,4	4	5,1
	Etwas zufrieden	17	18,1	12	15,2
	Überwiegend zufrieden	36	40,0	41	51,9
	Ausgesprochen zufrieden	33	36,7	22	27,8
	Gesamt	90	100,0	79	100,0
Themenstellungen in den KT-Stunden	Gar nicht zufrieden	7	8,0	4	5,1
	Etwas zufrieden	18	20,5	15	19,2
	Überwiegend zufrieden	42	47,7	36	46,2
	Ausgesprochen zufrieden	21	23,9	23	29,5
	Gesamt	88	100,0	78	100,0
Betreuung durch die Kunsttherapeutin	Gar nicht zufrieden	2	2,2	4	5,1
	Etwas zufrieden	12	13,3	8	10,1
	Überwiegend zufrieden	27	30,0	28	35,4
	Ausgesprochen zufrieden	49	54,4	39	49,4
	Gesamt	90	100,0	79	100,0
Möglichkeit ein eigenes Thema zu nennen	Gar nicht zufrieden	4	4,6	4	5,3
	Etwas zufrieden	7	8,0	10	13,2
	Überwiegend zufrieden	35	40,2	23	30,3
	Ausgesprochen zufrieden	41	47,1	39	51,3
	Gesamt	87	100,0	76	100,0
Zufriedenheit mit den eigenen Werken bei der Kunsttherapie	Gar nicht zufrieden	10	11,1	4	5,1
	Etwas zufrieden	22	24,4	24	30,4
	Überwiegend zufrieden	41	45,6	32	40,5
	Ausgesprochen zufrieden	17	18,9	19	24,1
	Gesamt	90	100,0	79	100,0
Nachbesprechung	Gar nicht zufrieden	10	11,2	10	12,7
	Etwas zufrieden	15	16,9	15	19,0
	Überwiegend zufrieden	43	48,3	32	40,5
	Ausgesprochen zufrieden	21	23,6	22	27,8

	Gesamt	89	100,0	79	100,0
Das Aufhängen der Bilder im Stationsbereich	Gar nicht zufrieden	3	3,3	4	5,1
	Etwas zufrieden	19	21,1	12	15,2
	Überwiegend zufrieden	39	43,3	37	46,8
	Ausgesprochen zufrieden	29	32,2	26	32,9
	Gesamt	90	100,0	79	100,0
Kontakt zu Mitpatienten während der Kunsttherapie	Gar nicht zufrieden	6	6,8	2	2,5
	Etwas zufrieden	17	19,3	19	24,1
	Überwiegend zufrieden	43	48,9	32	40,5
	Ausgesprochen zufrieden	22	25,0	26	32,9
	Gesamt	88	100,0	79	100,0
Allgemeine Zufriedenheit mit der Kunsttherapie	Gar nicht zufrieden	5	5,6	3	3,8
	Etwas zufrieden	15	16,7	12	15,2
	Überwiegend zufrieden	35	38,9	33	41,8
	Ausgesprochen zufrieden	35	38,9	31	39,2
	Gesamt	90	100,0	79	100,0

Tab. 16) Auswirkungen der Kunsttherapie (FKT prä / post, vollständig)

		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Die KT trägt zu einer ausgeglichenen Stimmung bei.	Gar nicht zutreffend	10	11,2	8	10,1
	Etwas zutreffend	26	29,2	15	19,0
	Überwiegend zutreffend	23	25,8	28	35,4
	Ausgesprochen zutreffend	30	33,7	28	35,4
	Gesamt	89	100,0	79	100,0
Durch die KT gewinne ich an Selbstvertrauen.	Gar nicht zutreffend	23	26,1	14	17,7
	Etwas zutreffend	26	29,5	22	27,8
	Überwiegend zutreffend	24	27,3	19	24,1
	Ausgesprochen zutreffend	15	17,0	24	30,4
	Gesamt	88	100,0	79	100,0
Während der KT fällt es mir leichter mich zu konzentrieren.	Gar nicht zutreffend	19	21,3	9	11,4
	Etwas zutreffend	18	20,2	21	26,6
	Überwiegend zutreffend	29	32,6	28	35,4
	Ausgesprochen zutreffend	23	25,8	21	26,6
	Gesamt	89	100,0	79	100,0
Während der KT denke ich kaum an meine Krankheit.	Gar nicht zutreffend	15	16,9	7	8,9
	Etwas zutreffend	16	18,0	20	25,3
	Überwiegend zutreffend	28	31,5	24	30,4
	Ausgesprochen zutreffend	30	33,7	28	35,4
	Gesamt	89	100,0	79	100,0
Durch die in der KT	Gar nicht zutreffend	12	13,5	9	11,4

entstehenden Bilder kann ich meine Gefühle ausdrücken.	Etwas zutreffend	27	30,3	19	24,1
	Überwiegend zutreffend	29	32,6	27	34,2
	Ausgesprochen zutreffend	21	23,6	24	30,4
	Gesamt	89	100,0	79	100,0
Durch die in der KT entstehenden Bilder kann ich mich anderen mitteilen.	Gar nicht zutreffend	15	16,9	9	11,4
	Etwas zutreffend	31	34,8	27	34,2
	Überwiegend zutreffend	22	24,7	22	27,8
	Ausgesprochen zutreffend	21	23,6	21	26,6
	Gesamt	89	100,0	79	100,0
Durch die KT in der Gruppe werde ich sicherer im Umgang mit anderen Menschen.	Gar nicht zutreffend	27	30,3	21	26,9
	Etwas zutreffend	33	37,1	31	39,7
	Überwiegend zutreffend	18	20,2	18	23,1
	Ausgesprochen zutreffend	11	12,4	8	10,3
	Gesamt	89	100,0	78	100,0
Durch die KT werde ich motivierter für die weitere Behandlung.	Gar nicht zutreffend	21	23,6	15	19,0
	Etwas zutreffend	32	36,0	32	40,5
	Überwiegend zutreffend	18	20,2	19	24,1
	Ausgesprochen zutreffend	18	20,2	13	16,5
	Gesamt	89	100,0	79	100,0
Die KT trägt dazu bei, dass ich mir meiner eigenen Fähigkeiten bewusst werde.	Gar nicht zutreffend	17	19,3	12	15,2
	Etwas zutreffend	30	34,1	23	29,1
	Überwiegend zutreffend	22	25,0	26	32,9
	Ausgesprochen zutreffend	19	21,6	18	22,8
	Gesamt	88	100,0	79	100,0
Durch die KT können auch meine Angehörigen sehen, dass ich wieder etwas kann.	Gar nicht zutreffend	35	39,8	27	34,2
	Etwas zutreffend	26	29,5	30	38,0
	Überwiegend zutreffend	12	13,6	15	19,0
	Ausgesprochen zutreffend	15	17,0	7	8,9
	Gesamt	88	100,0	79	100,0
Durch die KT fühle ich mich weniger ängstlich.	Gar nicht zutreffend	42	47,7	32	41,0
	Etwas zutreffend	21	23,9	23	29,5
	Überwiegend zutreffend	13	14,8	15	19,2
	Ausgesprochen zutreffend	12	13,6	7	10,3
	Gesamt	88	100,0	79	100,0
Durch die KT fühle ich mich hoffnungsvoller.	Gar nicht zutreffend	24	27,6	20	25,3
	Etwas zutreffend	27	31,0	25	31,6
	Überwiegend zutreffend	22	25,3	22	27,8
	Ausgesprochen zutreffend	14	16,1	12	15,2
	Gesamt	87	100,0	79	100,0
Durch die KT fühle ich mich weniger müde.	Gar nicht zutreffend	26	29,5	25	31,6
	Etwas zutreffend	26	29,5	19	24,1
	Überwiegend zutreffend	19	21,6	25	31,6
	Ausgesprochen zutreffend	17	19,3	10	12,7
	Gesamt	88	100,0	79	100,0
Die KT hilft mir, die	Gar nicht zutreffend	41	47,1	37	47,4
	Etwas zutreffend	23	26,4	20	25,6

medikamentöse Behandlung besser zu akzeptieren.	Überwiegend zutreffend	10	11,5	13	16,7
	Ausgesprochen zutreffend	13	14,9	8	10,3
	Gesamt	87	100,0	78	100,0
Die KT hilft mir, die psychotherapeutische Behandlung besser zu akzeptieren.	Gar nicht zutreffend	36	43,4	33	42,9
	Etwas zutreffend	20	24,1	20	26,0
	Überwiegend zutreffend	13	15,7	13	16,9
	Ausgesprochen zutreffend	14	16,9	11	14,3
	Gesamt	83	100,0	77	100,0
Durch die KT bin ich weniger gereizt.	Gar nicht zutreffend	28	31,8	23	29,5
	Etwas zutreffend	22	25,0	24	30,8
	Überwiegend zutreffend	22	25,0	18	23,1
	Ausgesprochen zutreffend	16	18,2	13	16,7
	Gesamt	88	100,0	78	100,0
Durch die KT fühle ich mich innerlich ruhiger.	Gar nicht zutreffend	16	18,2	13	16,9
	Etwas zutreffend	22	25,0	23	29,9
	Überwiegend zutreffend	28	31,8	24	31,2
	Ausgesprochen zutreffend	22	25,0	17	22,1
	Gesamt	88	100,0	77	100,0
Durch die Teilnahme an der KT empfinde ich meinen Aufenthalt in der Psychiatrie als weniger diskriminierend.	Gar nicht zutreffend	31	35,6	32	40,5
	Etwas zutreffend	26	29,9	16	20,3
	Überwiegend zutreffend	17	19,5	19	24,1
	Ausgesprochen zutreffend	13	14,9	12	15,2
	Gesamt	87	100,0	79	100,0
Die KT hilft mir meine Selbstwahrnehmung zu verbessern.	Gar nicht zutreffend	14	20,3	16	21,6
	Etwas zutreffend	25	36,2	20	27,0
	Überwiegend zutreffend	14	20,3	20	27,0
	Ausgesprochen zutreffend	16	23,2	18	24,3
	Gesamt	69	100,0	74	100,0

Tab. 19) **Beurteilung der übrigen Therapie- und Beschäftigungsangebote**

(FKT prä / post, vollständig)

		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)
Morgengymnastik	Gar nicht hilfreich	12	14,6	8	11,1
	Etwas hilfreich	17	20,7	20	27,8
	Überwiegend hilfreich	22	26,8	15	20,8
	Ausgesprochen hilfreich	31	37,8	29	40,3
	Gesamt	82	100,0	72	100,0
Kunsttherapie	Gar nicht hilfreich	6	6,8	4	5,2
	Etwas hilfreich	20	22,7	17	22,1
	Überwiegend hilfreich	23	26,1	25	32,5
	Ausgesprochen hilfreich	39	44,3	31	40,3
	Gesamt	88	100,0	77	100,0
Beschäftigungs- therapie	Gar nicht hilfreich	2	4,2	5	8,9
	Etwas hilfreich	11	22,9	12	21,4
	Überwiegend hilfreich	16	33,3	14	25,0
	Ausgesprochen hilfreich	19	39,6	25	44,6
	Gesamt	48	100,0	56	100,0
Arbeitstherapie	Gar nicht hilfreich	4	12,5	3	7,9
	Etwas hilfreich	6	18,8	8	21,1
	Überwiegend hilfreich	11	34,4	15	39,5
	Ausgesprochen hilfreich	11	34,4	12	31,6
	Gesamt	32	100,0	38	100,0
Laufgruppe	Gar nicht hilfreich	3	12,0	1	3,7
	Etwas hilfreich	6	24,0	5	18,5
	Überwiegend hilfreich	7	28,0	4	14,8
	Ausgesprochen hilfreich	9	36,0	17	63,0
	Gesamt	25	100,0	27	100,0
Musiktherapie	Gar nicht hilfreich	2	11,8	2	9,5
	Etwas hilfreich	4	23,5	6	28,6
	Überwiegend hilfreich	5	29,4	3	14,3
	Ausgesprochen hilfreich	6	35,3	10	47,6
	Gesamt	17	100,0	21	100,0
Medikamentöse Behandlung	Gar nicht hilfreich	3	3,7	2	2,8
	Etwas hilfreich	20	24,4	10	14,1
	Überwiegend hilfreich	31	37,8	34	47,9
	Ausgesprochen hilfreich	28	34,1	25	35,2
	Gesamt	82	100,0	71	100,0
Gespräche mit dem Arzt	Gar nicht hilfreich	2	2,4	1	1,3
	Etwas hilfreich	14	16,7	9	11,8
	Überwiegend hilfreich	32	38,1	26	34,2
	Ausgesprochen hilfreich	36	42,9	40	52,6

	Gesamt	84	100,0	76	100,0
Gespräche mit dem Pflegepersonal	Gar nicht hilfreich	3	3,6	3	4,1
	Etwas hilfreich	19	22,9	11	15,1
	Überwiegend hilfreich	31	37,3	32	43,8
	Ausgesprochen hilfreich	30	36,1	27	37,0
	Gesamt	83	100,0	73	100,0
Gespräche mit dem Psychotherapeuten	Gar nicht hilfreich	1	1,9	2	3,4
	Etwas hilfreich	7	13,0	5	8,6
	Überwiegend hilfreich	18	33,3	21	36,2
	Ausgesprochen hilfreich	28	51,9	30	51,7
	Gesamt	54	100,0	58	100,0
Oberarztvisite	Gar nicht hilfreich	12	15,0	7	9,5
	Etwas hilfreich	22	27,5	33	44,6
	Überwiegend hilfreich	25	31,3	18	24,3
	Ausgesprochen hilfreich	21	26,3	16	21,6
	Gesamt	80	100,0	74	100,0
Gespräche mit dem Krankenhaus-seelsorger	Gar nicht hilfreich	4	19,0	2	20,0
	Etwas hilfreich	5	23,8	2	20,0
	Überwiegend hilfreich	6	28,6	3	30,0
	Ausgesprochen hilfreich	6	28,6	3	30,0
	Gesamt	21	100,0	10	100,0
Gespräche mit Sozialpädagogen	Gar nicht hilfreich	6	11,3	3	7,3
	Etwas hilfreich	11	20,8	10	24,4
	Überwiegend hilfreich	12	22,6	14	34,1
	Ausgesprochen hilfreich	24	45,3	14	34,1
	Gesamt	53	100,0	41	100,0
Gespräche mit Mitpatienten	Gar nicht hilfreich	6	7,3	6	8,5
	Etwas hilfreich	24	29,3	23	32,4
	Überwiegend hilfreich	19	23,3	15	21,1
	Ausgesprochen hilfreich	33	40,2	27	38,0
	Gesamt	82	100,0	71	100,0
Psychoedukationsgruppe	Gar nicht hilfreich	2	5,3	4	9,5
	Etwas hilfreich	6	15,8	6	14,3
	Überwiegend hilfreich	10	26,3	15	35,7
	Ausgesprochen hilfreich	20	52,6	17	40,5
	Gesamt	38	100,0	42	100,0
Literatur für Laien	Gar nicht hilfreich	1	3,4	2	7,7
	Etwas hilfreich	7	24,1	9	34,6
	Überwiegend hilfreich	11	37,9	7	26,9
	Ausgesprochen hilfreich	10	34,5	8	30,8
	Gesamt	29	100,0	26	100,0
Patientenbesprechung	Gar nicht hilfreich	15	20,3	18	29,0
	Etwas hilfreich	33	44,6	22	35,5
	Überwiegend hilfreich	12	16,2	15	24,2
	Ausgesprochen hilfreich	14	18,9	7	11,3
	Gesamt	74	100,0	42	100,0

Zeitungsgruppe	Gar nicht hilfreich	6	18,8	7	25,9
	Etwas hilfreich	7	21,9	8	29,6
	Überwiegend hilfreich	10	31,3	7	25,9
	Ausgesprochen hilfreich	9	28,1	5	18,5
	Gesamt	32	100,0	27	100,0
Koch- und Backgruppe	Gar nicht hilfreich	2	7,1	3	13,0
	Etwas hilfreich	10	35,7	8	34,8
	Überwiegend hilfreich	5	17,9	5	21,7
	Ausgesprochen hilfreich	11	39,3	7	30,4
	Gesamt	28	100,0	23	100,0
Besuche in der Klinikkapelle	Gar nicht hilfreich	2	8,0	2	8,3
	Etwas hilfreich	8	32,0	8	33,3
	Überwiegend hilfreich	5	20,0	5	20,8
	Ausgesprochen hilfreich	10	40,0	9	37,5
	Gesamt	25	100,0	24	100,0
Nutzung der Klinikbibliothek	Gar nicht hilfreich	0	0,0	1	4,3
	Etwas hilfreich	11	39,3	5	21,7
	Überwiegend hilfreich	9	32,1	7	30,4
	Ausgesprochen hilfreich	8	28,6	10	43,5
	Gesamt	28	100,0	23	100,0
Freizeitangebote	Gar nicht hilfreich	3	5,9	1	2,0
	Etwas hilfreich	13	25,5	16	31,4
	Überwiegend hilfreich	14	27,5	12	23,5
	Ausgesprochen hilfreich	21	41,2	22	43,1
	Gesamt	51	100,0	51	100,0
Fernsehraum	Gar nicht hilfreich	6	8,3	4	6,8
	Etwas hilfreich	23	31,9	22	37,3
	Überwiegend hilfreich	23	31,9	17	28,8
	Ausgesprochen hilfreich	20	27,8	16	27,1
	Gesamt	72	100,0	59	100,0
Patientenausflüge	Gar nicht hilfreich	2	4,9	3	8,1
	Etwas hilfreich	9	22,0	6	16,2
	Überwiegend hilfreich	15	36,6	15	40,5
	Ausgesprochen hilfreich	15	36,6	13	35,1
	Gesamt	41	100,0	37	100,0
Ausgänge mit Pflegepersonal	Gar nicht hilfreich	3	6,5	0	0,0
	Etwas hilfreich	7	15,2	10	24,4
	Überwiegend hilfreich	12	26,1	13	31,7
	Ausgesprochen hilfreich	24	52,2	18	43,9
	Gesamt	46	100,0	41	100,0
Stationäre Behandlung allgemein	Gar nicht hilfreich	3	3,8	3	4,8
	Etwas hilfreich	11	13,9	4	6,5
	Überwiegend hilfreich	35	44,3	29	46,8
	Ausgesprochen hilfreich	30	38,0	26	41,9
	Gesamt	79	100,0	62	100,0

Tab. 20) **Wie ist die Mitarbeit des Patienten?** (TNKT, vollständig)

Der Patient / die Patientin...		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)
...erscheint stets pünktlich zur Kunsttherapie.	Trifft gar nicht zu	6	6,5
	Trifft etwas zu	18	19,6
	Trifft überwiegend zu	33	35,9
	Trifft ausgesprochen zu	35	38,0
	Gesamt	92	100,0
...erscheint stets ohne vorhergehende Aufforderung zur Kunsttherapie.	Trifft gar nicht zu	5	5,4
	Trifft etwas zu	19	20,7
	Trifft überwiegend zu	33	35,9
	Trifft ausgesprochen zu	35	38,0
	Gesamt	92	100,0
...arbeitet während der KT sehr konzentriert an seinen / ihren Bildern.	Trifft gar nicht zu	4	4,3
	Trifft etwas zu	14	15,2
	Trifft überwiegend zu	30	32,6
	Trifft ausgesprochen zu	44	47,8
	Gesamt	92	100,0
...scheint gerne an der Kunsttherapie teilzunehmen.	Trifft gar nicht zu	12	13,0
	Trifft etwas zu	18	19,6
	Trifft überwiegend zu	23	25,0
	Trifft ausgesprochen zu	39	42,4
	Gesamt	92	100,0
...fällt durch die besondere Kreativität seiner / ihrer Bilder auf.	Trifft gar nicht zu	15	16,3
	Trifft etwas zu	32	34,8
	Trifft überwiegend zu	20	21,7
	Trifft ausgesprochen zu	25	27,2
	Gesamt	92	100,0
...wirkt sicher im Umgang mit den Materialien.	Trifft gar nicht zu	11	12,0
	Trifft etwas zu	22	23,9
	Trifft überwiegend zu	30	32,6
	Trifft ausgesprochen zu	29	31,5
	Gesamt	92	100,0
...bringt auch eigene Bildvorschläge mit ein.	Trifft gar nicht zu	13	14,1
	Trifft etwas zu	22	23,9
	Trifft überwiegend zu	27	29,3
	Trifft ausgesprochen zu	30	32,6
	Gesamt	92	100,0
...beteiligt sich an den Nachbesprechungen.	Trifft gar nicht zu	6	6,5
	Trifft etwas zu	25	27,2
	Trifft überwiegend zu	29	31,5
	Trifft ausgesprochen zu	32	34,8
	Gesamt	92	100,0

Tab. 21) Welche Auswirkungen hat die Kunsttherapie Ihrer Meinung nach auf den Patienten? (TNKT, vollständig)

Durch die KT...		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)
...werden dem Patienten seine kreativen Ressourcen verdeutlicht.	Trifft gar nicht zu	10	10,9
	Trifft etwas zu	27	29,3
	Trifft überwiegend zu	31	33,7
	Trifft ausgesprochen zu	24	26,1
	Gesamt	92	100,0
...findet eine Problemkonfrontation statt.	Trifft gar nicht zu	20	21,7
	Trifft etwas zu	35	38,0
	Trifft überwiegend zu	23	25,0
	Trifft ausgesprochen zu	14	15,2
	Gesamt	92	100,0
...findet eine Problemlösung statt.	Trifft gar nicht zu	25	27,5
	Trifft etwas zu	36	39,6
	Trifft überwiegend zu	24	26,4
	Trifft ausgesprochen zu	6	6,6
	Gesamt	91	100,0
...kann der Patient seine Gedanken gut ausdrücken und seiner Umwelt mitteilen.	Trifft gar nicht zu	12	13,0
	Trifft etwas zu	22	23,9
	Trifft überwiegend zu	28	30,4
	Trifft ausgesprochen zu	30	32,6
	Gesamt	92	100,0
...wirkt der Patient selbstbewusster.	Trifft gar nicht zu	13	14,3
	Trifft etwas zu	19	20,9
	Trifft überwiegend zu	37	40,7
	Trifft ausgesprochen zu	22	24,2
	Gesamt	91	100,0
...wirkt der Patient ruhiger.	Trifft gar nicht zu	11	12,0
	Trifft etwas zu	18	19,6
	Trifft überwiegend zu	51	55,4
	Trifft ausgesprochen zu	12	13,0
	Gesamt	92	100,0
...wirkt der Patient oft aufgewühlt und unruhig.	Trifft gar nicht zu	71	77,2
	Trifft etwas zu	18	19,6
	Trifft überwiegend zu	3	3,3
	Trifft ausgesprochen zu	0	0,0
	Gesamt	92	100,0
...wirkt der Patient entlastet von seiner Symptomatik.	Trifft gar nicht zu	19	20,7
	Trifft etwas zu	38	41,3
	Trifft überwiegend zu	24	26,1
	Trifft ausgesprochen zu	11	12,0
	Gesamt	92	100,0

...wird die Selbstwahrnehmung des Patienten verbessert.	Trifft gar nicht zu	15	17,6
	Trifft etwas zu	21	24,7
	Trifft überwiegend zu	35	41,2
	Trifft ausgesprochen zu	14	16,5
	Gesamt	85	100,0

Tab. 35) **Beck Cognitive Insight Scale** (prä / post, vollständig)

		Prä		Post	
		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit (%)
1) Manchmal habe ich die Einstellung anderer Leute mir gegenüber falsch verstanden.	Stimme überhaupt nicht zu	12	15,5	7	9,3
	Ich stimme ein bisschen zu	31	39,2	39	52,0
	Ich stimme zu	25	31,6	25	33,3
	Ich stimme absolut zu	11	13,9	4	5,3
	Gesamt	79	100,0	75	100,0
2) Meine Erklärungen für das was ich erlebe sind definitiv richtig.	Stimme überhaupt nicht zu	4	5,1	7	9,5
	Ich stimme ein bisschen zu	31	39,7	27	36,5
	Ich stimme zu	29	37,2	36	48,6
	Ich stimme absolut zu	14	17,9	4	5,4
	Gesamt	78	100,0	74	100,0
3) Andere verstehen die Gründe meiner ungewöhnlichen Erfahrungen besser als ich.	Stimme überhaupt nicht zu	34	43,0	36	49,3
	Ich stimme ein bisschen zu	33	41,8	19	26,0
	Ich stimme zu	7	8,9	17	23,3
	Ich stimme absolut zu	5	6,3	1	1,4
	Gesamt	79	100,0	73	100,0
4) Ich habe vorschnell Entscheidungen getroffen.	Stimme überhaupt nicht zu	27	35,1	22	30,6
	Ich stimme ein bisschen zu	19	24,7	18	25,0
	Ich stimme zu	23	29,9	26	36,1
	Ich stimme absolut zu	8	10,4	6	8,3
	Gesamt	77	100,0	72	100,0
5) Einige meiner Erlebnisse, die sich sehr echt angefühlt haben, könnten meiner Vorstellungskraft entsprungen sein.	Stimme überhaupt nicht zu	30	38,0	29	39,7
	Ich stimme ein bisschen zu	19	24,1	18	24,7
	Ich stimme zu	15	19,0	20	27,4
	Ich stimme absolut zu	15	19,0	6	8,2
	Gesamt	79	100,0	73	100,0
6) Einige der Vorstellungen, von denen ich sicher weiß, dass sie wahr sind, stellten sich als falsch heraus.	Stimme überhaupt nicht zu	34	43,0	29	40,3
	Ich stimme ein bisschen zu	21	26,6	21	29,2
	Ich stimme zu	16	20,3	16	22,2
	Ich stimme absolut zu	8	10,1	6	8,3
	Gesamt	79	100,0	72	100,0
7) Wenn sich etwas	Stimme überhaupt nicht zu	21	26,9	22	30,6
	Ich stimme ein bisschen zu	33	42,3	29	40,3

wahr anfühlt, bedeutet das, dass es wahr ist.	Ich stimme zu	16	20,5	14	19,4
	Ich stimme absolut zu	8	10,3	7	9,7
	Gesamt	78	100,0	72	100,0
8) Obwohl ich wirklich meine Recht zu haben, könnte ich falsch liegen.	Stimme überhaupt nicht zu	5	6,6	11	15,1
	Ich stimme ein bisschen zu	31	40,8	24	32,9
	Ich stimme zu	30	39,5	24	32,9
	Ich stimme absolut zu	10	13,2	14	19,2
	Gesamt	76	100,0	73	100,0
9) Ich weiß besser als jeder andere was mein Problem ist.	Stimme überhaupt nicht zu	16	20,0	12	16,2
	Ich stimme ein bisschen zu	23	28,8	33	44,6
	Ich stimme zu	22	27,5	20	27,0
	Ich stimme absolut zu	19	23,8	9	12,2
	Gesamt	80	100,0	74	100,0
10) Wenn jemand nicht meiner Meinung ist hat er überhaupt keine Ahnung.	Stimme überhaupt nicht zu	47	59,5	53	71,6
	Ich stimme ein bisschen zu	20	25,3	14	18,9
	Ich stimme zu	9	11,4	3	4,1
	Ich stimme absolut zu	3	3,8	4	5,4
	Gesamt	79	100,0	74	100,0
11) Wenn andere Leute meine Erfahrungen beurteilen, so kann ich diesen Beurteilungen nicht vertrauen.	Stimme überhaupt nicht zu	24	30,8	30	41,7
	Ich stimme ein bisschen zu	33	42,3	30	41,7
	Ich stimme zu	15	19,2	10	13,9
	Ich stimme absolut zu	6	7,7	2	2,8
	Gesamt	78	100,0	72	100,0
12) Wenn jemand anmerkt, dass meine Vorstellungen falsch sind, so bin ich bereit darüber nachzudenken.	Stimme überhaupt nicht zu	4	5,1	3	4,1
	Ich stimme ein bisschen zu	15	19,2	14	19,2
	Ich stimme zu	35	44,9	39	53,4
	Ich stimme absolut zu	24	30,8	17	23,3
	Gesamt	78	100,0	73	100,0
13) Ich kann meinem eigenen Urteil zu jeder Zeit vertrauen.	Stimme überhaupt nicht zu	8	10,1	18	24,3
	Ich stimme ein bisschen zu	30	38,0	26	35,1
	Ich stimme zu	30	38,0	25	33,8
	Ich stimme absolut zu	11	13,9	5	6,8
	Gesamt	79	100,0	74	100,0
14) Häufig gibt es mehr als eine Erklärung warum Menschen sich so verhalten wie sie es tun.	Stimme überhaupt nicht zu	3	3,8	2	2,8
	Ich stimme ein bisschen zu	5	6,3	7	9,7
	Ich stimme zu	32	40,5	35	48,6
	Ich stimme absolut zu	39	49,4	28	38,9
	Gesamt	79	100,0	72	100,0
15) Meine ungewöhnlichen Erfahrungen könnten durch meine extreme Aufregung oder mein extremes Stress-Gefühl bedingt sein.	Stimme überhaupt nicht zu	12	15,2	15	20,9
	Ich stimme ein bisschen zu	19	24,1	16	21,9
	Ich stimme zu	35	44,3	28	38,4
	Ich stimme absolut zu	13	16,5	14	19,2
	Gesamt	79	100,0	73	100,0