Methodische kunsttherapeutische Interventionen in der Akutbehandlung von Depressionen – eine empirische Feldstudie

Birgit Naphausen[1] & Angelika Neuert[2]

Zusammenfassung

Mit der klinischen Vergleichsstudie wird untersucht, inwieweit sich zielorientierte kunsttherapeutische Interventionen in der Akutbehandlung von unipolarer Depression auf den Behandlungserfolg auswirken.

An der randomisierten Studie nahmen 66 Patienten und Patientinnen teil. Während die Versuchsgruppe in acht Behandlungseinheiten ein strukturiertes kunsttherapeutisches Interventionsprogramm durchlief, das sich an den Behandlungszielen der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ (S3-Leitlinie, 2012) orientierte, gingen die Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe in eine freie Malgruppe ohne kunsttherapeutische Interventionen.

Zur Ermittlung der Krankheitswerte vor und nach der kunsttherapeutischen Behandlung wurden die Hamilton-Skala (HAMD), das Beck-Depressions-Inventar (BDI), der D2-R-Test und die Visuelle Analogskala nach Hautzinger angewendet.

Statistisch ausgewertet wurden mittels deskriptiver und interferenzieller Statistikanalyse (SPSS)

- die demographische Verteilung der Patienten hinsichtlich Alter und Geschlecht,
- die Repräsentativität der gesamten Stichprobe mittels Kolmogorov-Smirnow und Shapiro-Wilk,
- Vergleichbarkeit von Versuchs- und Kontrollgruppe mittels T-Test für unabhängige Stichproben,
- Vergleich der Behandlungsergebnisse zwischen VG und KG mittels T-Test mit paarigen Stichproben,
- Relative Δs der Krankheitssymptome vorher/nachher unter Berücksichtigung des möglichen Einflusses der weiteren klinischen Behandlungsfunktionen (Einzelgespräche, Ergotherapie, Physiotherapie, Depressionsbewältigungsgruppe, Entspannung).

Hieraus geht hervor, dass die zusammengefassten Behandlungsergebnisse in der Gruppe mit kunsttherapeutischen Interventionen signifikant besser ausfallen als in der Gruppe ohne kunsttherapeutische Interventionen.

Schlüsselwörter: Methodische Kunsttherapie, Unipolare Depression, kunsttherapeutische Behandlung von Depression, Wirksamkeitsstudie Kunsttherapie, Behandlungsleitlinie.

Methodological art therapy interventions in the acute treatment of depression – an empirical field study

Abstract

The comparative clinical study carried out at the Inn-Salzach Medical Centre Freilassing evaluated in how far treatment outcomes in the acute treatment of unipolar depression are influenced by goal-oriented art therapy interventions.

[1] Psychologin, M.A., Kunsttherapeutin, Dozentin am A.K.T. – Forum für analytische und klinische Kunsttherapie

[2] Dipl.-Sozialpädagogin, M.A., Kunsttherapeutin

The randomised study included 66 patients, both male and female. Whereas the study group went through a structured art therapy intervention programme comprised of 8 treatment units and oriented at the treatment goals of the National Disease Management Guideline "Unipolar Depression" (S3 Guideline), the patients of the control group took part in a free painting group without art therapy interventions.

Disease values prior and after the art therapy treatment were determined using the Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD), the Beck Depression Inventory (BDI), the d2-R test, and the visual analogue scale according to Hautzinger.

The following aspects were assessed by means of the descriptive and interferential statistical analysis (SPSS):

- the demographic distribution of the patients according to age and gender,
- the representativeness of the entire sample by means of Kolmogorow-Smirnow and Shapiro-Wilk, the comparability of study and control group by means of the independent-samples t-test,
- the comparison of treatment results between study and control group by means of the paired samples t-test,
- the relative Δs of the pre-/post-treatment symptoms in consideration of the potential influence of further clinical treatment functions (one-on-one interviews, ergotherapy, physiotherapy, coping with depression group, relaxation).

Conclusion: Pooled treatment results in the group with art therapy interventions were significantly better than in the group without art therapy interventions.

Keywords: methodical art therapy, unipolar depression, art therapy as a treatment for depression, efficacy study of art therapy, treatment guidelines

1 Einleitung

Die Depression gehört heute zu den häufigsten behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Neben dem oft schweren Leiden der Betroffenen stellt die Erkrankung einen bedeutenden gesundheitsökonomischen Faktor dar, was die Behandlungskosten und Folgekosten der Erkrankung betrifft.

Im Zuge der Ökonomisierung von Kliniken mittels Fallpauschalen und DRG-Klassifikation geht es bei der Behandlung darum, innerhalb kürzest möglicher Aufenthaltsdauer effizient Heilungserfolge zum Wohl des Patienten zu erzielen.

Langjährige Erfahrungen in der klinischen Behandlung psychischer Erkrankungen und Patientenfeedbacks zeigen, dass Kunsttherapie bei den Patientinnen und Patienten eine hohe Compliance hat; sie legen nahe, dass die kunsttherapeutische Begleitung den Heilungsprozess positiv beeinflusst.

In der Behandlung von psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen gehört die Kunsttherapie heute in den meisten Kliniken standardmäßig zum Therapieangebot. Das ergibt eine Suchmaschinenanfrage nach „Psychiatrische Kliniken Bayern“: Von den ersten 20 Kliniken (keine Privatkliniken), die gefunden werden, zählen 18 Kliniken Kunsttherapie, Gestaltungtherapie oder Maltherapie zu ihrem Behandlungsangebot (Seitenaufruf www.google.de, 18.03.2015), so auch die Inntal-Salzach-Kliniken.

Dies ist der Fall, obwohl die Wirksamkeit von Kunsttherapie mittels wissenschaftlicher Nachweise bisher unzureichend belegt ist; die wenigen empirischen Studien hierzu beschränken sich auf geringe Probandenzahlen (meist < 100) und sind somit nicht reliabel. Als dringend erforderlich für die wissenschaftliche Anerkennung der Kunsttherapie werden empirisch valide, quantitative Forschungsstudien gefordert.

Die vorliegende Studie wurde in Zusammenarbeit mit dem Forum für Analytische und Klinische Kunsttherapie (A.K.T.) München und der psychiatrischen Klinik Inn-Salzach-Klinikum Freilassing geplant und ausgeführt.

Im kunsttherapeutischen Ausbildungspraktikum erprobte Frau Neuert strukturierte kunsttherapeutische Methoden, wie sie in der Ausbildung am Forum für analytische und klinische Kunsttherapie A.K.T. gelehrt werden. Die informellen Patientenfeedbacks legten nahe, dass die kunsttherapeutischen Interventionen zur Verbesserung des Krankheitserlebens führten. Gesundheitsrelevante Ressourcen wurden (wieder)entdeckt und reaktiviert. Diese Erfahrungen bilden den Hintergrund für die Forschungsfrage dieser Studie.

1.1 Depression

Depressionen zählen zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland und weltweit. Durchschnittlich sind innerhalb eines Jahres ein bis zwei von 100 Personen erstmalig von einer Depression betroffen.

„Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression (alle Formen) zu erkranken (Lebenszeitprävalenz), liegt national wie international bei 16 bis 20 Prozent. (…) Laut Bundesgesundheitssurvey liegt die Punktprävalenz (= Anzahl der als krank angetroffenen Personen

bezogen auf die letzten vier Wochen) bei ca. 5,6 Prozent der Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren (…) .“ (S3-Leitlinie, 2012, S. 48). „Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden sie [Depressionen – d. Verf.] im Jahr 2030 die höchste Krankheitslast in der Weltbevölkerung verursachen (…). Dabei ist die Dunkelziffer hoch: Nach den Ergebnissen einer Studie der Weltgesundheitsorganisation werden depressive Erkrankungen in etwa der Hälfte der Fälle gar nicht festgestellt, weil die Betroffenen nicht zum Arzt gehen oder der Arzt sie nicht erkennt“ (Bundesärztekammer u.a., Patientenleitlinie, 2011, S. 9). Die aktuellen Zahlen und mehr noch die Zukunftsprognosen lassen hohe individuelle und gesellschaftliche Belastungen erwarten; sie stellen große Anforderungen an die Ursachenforschung sowie an wirkungsvolle und nachhaltige Behandlungsansätze, auf welche die klinischen Strukturen sich vorbereiten müssen. Dies geschieht bereits in der Form, dass die Umstellung von Tagessätzen auf Fallpauschalen geplant ist, was in den nächsten Jahren das Abrechnungssystem und damit auch die Therapiestruktur verändern wird. In kürzeren Zeiträumen wird eine Linderung der Symptome erwartet – wie diese zustande kommen soll, ist noch nicht kommuniziert.

1.2 Kunsttherapie im Inn-Salzach-Klinikum

Ein zukunftsorientiertes Beispiel könnte in diese Richtung weisen: Bei der medizinischen Behandlung von Depression gibt es in der Eindosierungsphase von Antidepressiva eine mittlere Wirkzeit von zwei bis drei Wochen. Diese für Patientinnen und Patienten schwierige Phase könnte durch begleitende Therapieangebote entlastet werden – hierzu wird im Inn-Salzach-Klinikum die Kunsttherapie schon jetzt als stützende Therapie angewandt.

Das Inn-Salzach-Klinikum ist ein Verbund von Fachkrankenhäusern für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie sowie Ausbildungsklinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München. Mit psychiatrischem Vollversorgungsauftrag sichert die Klinik Freilassing die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen. In interdisziplinärer Zusammenarbeit mit verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch orientierten Therapeutinnen und Therapeuten ist hier seit Jahren ein Kunsttherapeut tätig, der das medizinische und therapeutische Angebot erweitert.

Die Voraussetzungen an der Klinik Freilassing erschienen geeignet, eine systematische Untersuchung zu planen, um herauszufinden, ob durch kunsttherapeutische Interventionen die Depressionssymptomatik bei den Patientinnen und Patienten gelindert und eine Gesundung gefördert werden kann.

Wenn Kunsttherapie im Rahmen der künftigen Fallpauschalen berücksichtigt werden will, wird es relevant sein, dass die Behandlungseffekte sichtbar gemacht werden.

1.3 Forschungsgegenstand

In vorliegendem Feldexperiment wurde untersucht, inwieweit die positiven Erfahrungen bei der Anwendung von Kunsttherapie in klinischen Settings einer systematischen wissenschaftlichen Überprüfung standhalten: Lässt sich zeigen, dass methodische kunsttherapeutische Interventionen zu einem Behandlungserfolg bei Depression beitragen? Die Basishypothese lautet: Therapiebegleitende, strukturierte kunsttherapeutische Interventionen führen in der Behandlung von Depression zu einem signifikant besseren Behandlungsergebnis (s.a. Abschn. 2).

1.4 Forschungsdesign

An der empirischen Vergleichsstudie nahmen 66 Patientinnen und Patienten, aufgeteilt in eine Versuchs- und eine Kontrollgruppe, teil. Während die Versuchsgruppe ein strukturiertes kunsttherapeutisches Behandlungsprogramm durchlief, gingen die Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe in eine Malgruppe ohne jegliche kunsttherapeutische Intervention.

Das kunsttherapeutische Behandlungsangebot der Versuchsgruppe bestand aus acht Therapiesitzungen mit zielorientierten Interventionen, die die Hauptsymptome der Patientinnen und Patienten im Sinn einer Heilung positiv beeinflussen sollten. Da die Kunsttherapie den klinischen Behandlungsplan im interdisziplinären Therapieangebot des Inn-Salzach-Klinikums ergänzt, wurden die kunsttherapeutischen Interventionen so gewählt, dass die Behandlungsziele für die Akutbehandlung depressiver Patientinnen und Patienten unterstützt werden. Diese entsprechen der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (S3-Leitlinie, 2012, s. Abschn. 3).

Der Fokus der kunsttherapeutischen Interventionen liegt auf der Verbesserung emotionaler und kognitiver Phänomene, die durch die sichtbare Gestaltung im Bild dem Begreifen und Bewusstsein zugänglich werden und den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geben, diese Phänomene durch aktives bildnerisches Handeln selbsttätig zu „be-handeln“ (s. Abschn. 4).

Um die Behandlungsergebnisse zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe zu vergleichen,

wurden zu Beginn und am Ende der kunsttherapeutischen Behandlung vier identische Tests durchgeführt, die eine Bewertung des Schweregrades der depressiven Erkrankung und der Veränderung desselben nach Behandlung zulassen (s. Abschn. 5).

Mittels deskriptiver und interferenzieller Statistikanalyse (mithilfe von SPSS) wurden die Erhebungsdaten ausgewertet. Zudem wurde ermittelt, ob ein signifikanter Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe vor und nach der kunsttherapeutischen Behandlung festzustellen sei (Abschn. 6).

Die Ergebnisse der Studie bestätigen, dass die zusätzliche methodische kunsttherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit unipolarer Depression den Behandlungserfolg deutlich verbessert. Sowohl zum Nutzen der Patientinnen und Patienten als auch für die wissenschaftliche Anerkennung von Kunsttherapie scheint es lohnend, kreativtherapeutische Techniken und Methoden auf der Basis psychotherapeutischer Grundlagenforschung zu verankern (Abschn. 7).

2 Forschungsfrage

Kunsttherapie wird heute in zahlreichen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in die Behandlungspläne integriert. Dabei sind die kunsttherapeutischen Zugangs- und Arbeitsweisen vielfältig.

Allen kunsttherapeutischen Ansätzen dürfte gemeinsam sein, dass sie im klinischen Kontext mittels bildnerisch-künstlerischer Medien therapeutische Veränderung und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erreichen suchen. Das Gestalten von Bildern, Plastiken oder Skulpturen dient dazu, psychische Funktionsweisen und Inhalte bewusst zu machen und reflektierend sowie gestaltend so zu verändern, dass Heilung und Gesundheit gefördert werden.

Zahlreiche Theorien und Forschungsergebnisse aus der Kunstwissenschaft, der Kreativitätsforschung, Psychologie, Sozialwissenschaft, Neurologie, Psychotherapie u.v.m. bilden die Grundlagen zu den unterschiedlichsten praktischen Arbeitsweisen von Kunsttherapeuten und Kunsttherapeutinnen. Dabei fehlen weiterhin relevante wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise. Zwar finden sich einige Studien, die den Einfluss von Kunsttherapie auf die Behandlungsergebnisse bei Depression untersuchen: „Die Aussagekraft der Studien war insgesamt gering, bedingt durch methodische Mängel. Zusätzlich ist deutlich geworden, dass die Durchführung einer Kunsttherapie nicht standardisiert ist“ (Igel-Monitor, 2015, S. 1). Im Leistungskatalog der GKV ist Kunsttherapie nicht aufgeführt. Die aktualisierte Evidenzsynthese des Igel-Monitors vom März 2015 kommt zu dem Fazit, „dass wir nach wie vor keine Hinweise auf einen spezifischen Nutzen der Kunsttherapie bei psychischen Erkrankungen sehen“ (Igel-Monitor, 2015). Ebenso wenig erscheint eine Behandlungsempfehlung für Kunsttherapie in der aktuellen Auflage der S3-Versorgungsleitlinie bei unipolarer Depression (November 2015). Einzig in der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen wird der Kunsttherapie in einem integrierten Behandlungskonzept eine wichtige ergänzende Funktion zugesprochen: Sie kann „sowohl der Rehabilitation als auch der Rückfallprophylaxe dienen, indem sie Affektregulation, Selbstwertgefühl und soziale Kompetenz fördert. Zum Einsatz von Kunsttherapie bei schweren psychischen Erkrankungen gibt es inzwischen sowohl Grundlagenliteratur als auch empirische Studien und spezifische Fachtexte. Doch bis auf Erfahrungsberichte finden sich keine störungsspezifischen Untersuchungen. Aufgrund der eher begleitenden und unterstützenden Funktion dieser Therapieform stand dieser Aspekt bisher auch nicht im Fokus der Untersuchungen“ (DGBS/DGPPN, 2012, S. 100).

Die vorliegende Studie wurde in einem integrierten Behandlungsplan durchgeführt und ermittelt den Wirkungsgrad, der durch die kunsttherapeutischen Interventionen entsteht.

Aus den Überlegungen zur Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und Ökonomie kunsttherapeutischer Behandlungen in stationären Settings ergab sich die Forschungsfrage: Beeinflussen methodisch angewandte, zielorientierte kunsttherapeutische Interventionen den Behandlungserfolg bei unipolarer Depression positiv?

Es kommen kunsttherapeutische Methoden der gegenständlichen und gegenstandsfreien Bildsprache zur Anwendung, die seit Jahrzehnten am A.K.T.-Forum entwickelt und gelehrt werden. Der Zugang zu Erkenntnissen aus den Bildaussagen erfolgt durch ein phänomenologisches Erschließen.

Unter Methode wird hier ein strukturiertes und planmäßiges Vorgehen verstanden, um ein Anliegen bzw. Ziel der Klientel zu fördern. Die kunsttherapeutischen Interventionen sind demzufolge so geplant, dass aufeinander aufbauende Schritte des bildnerischen Ausdrucks und der phänomenologischen Analyse zur Veränderung eines Problemzustandes in einen Wunsch- oder Zielzustand führen. Methodische kunsttherapeutische Interventionen haben den Vorteil, dass sie wiederholbar sind. Wenn sie sich bewähren, können sie systematisch in der Behandlung bestimmter Diagnosen eingesetzt werden. Gleichzeitig stellen systematische kunsttherapeutische Interventionen eine Form der Standardisierung dar, die es ermöglicht, den Untersuchungsgegenstand in vergleichenden Untersuchungen zu evaluieren.

Die Zielorientierung wird durch eine zielorientierte Prozesssteuerung erreicht, d.h., die jeweiligen Interventionen thematisieren nicht den Inhalt dessen, was die Patientinnen und Patienten anstreben, sondern sie sind dazu geeignet, psychische Prozesse so zu modellieren, dass die Patienten und Patientinnen im Verlauf einer Sitzung Erfahrungen machen, die zu einer von ihnen erwünschten Intention führen können. Welchen persönlichen Inhalt bzw. welche Bedeutung die Erfahrung für die einzelnen Patienten und Patientinnen hat, ist nicht vorgegeben; sie ergibt sich individuell aufgrund der persönlichen Erfahrungen, die durch die Interventionen beim Einzelnen angeregt werden. Zielorientierte kunsttherapeutische Interventionen

- tragen dazu bei, persönliche Veränderungswünsche und -motivation bewusst zu machen,
- regen dazu an, intuitiv und kreativ neue Gefühls-, Einstellungs- und Handlungsoptionen zu entdecken, die dazu geeignet sind, problemgenerierende Optionen um heilsame Alternativen zu erweitern,
- öffnen den Blick für Lösungsperspektiven,
- ermöglichen es, alternative Verhaltensweisen im kreativen Gestalten zu erproben.

3 Die depressive Erkrankung

Die Depression gehört zu den affektiven Störungen, d.h., es liegt eine krankhafte Veränderung der Stimmung vor (vgl. Möller et al., 2005, S. 73). Depressionen sind psychische Störungen aus dem Formenkreis der affektiven Störungen. Als Leitsymptome gelten „starke Traurigkeit und Niedergeschlagenheit“ (Davison & Neale, 2002, S. 303), die durch Zustände deutlich gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Antriebsminderung über einen länger andauernden Zeitraum gekennzeichnet sind (S3-Leitlinie, 2012, S. 48). Dazu gehören meist Gefühle der Wertlosigkeit und Schuld, sozialer Rückzug, Schlafstörungen, Verlust von Appetit und sexuellem Verlangen oder der Verlust von Interesse und Freude an alltäglichen Aktivitäten (Davison & Neale, 2002, S. 303). Verschiedenste körperlich-vegetative Beschwerden treten oft zusätzlich auf. „Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt. Es gelingt ihnen nicht oder nur schwer, alltägliche Aufgaben zu bewältigen, sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Grübelneigung. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit hohem Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beeinträchtigt“ (S3-Leitlinie, 2012, S. 48).

3.1 Erklärungsmodelle zur Pathogenese von Depression

Abhängig von den jeweiligen Erklärungsmodellen für die Entstehung von depressiven Erkrankungen kommen entsprechende Behandlungsmethoden zur Anwendung, die eine Verbesserung – günstigenfalls Heilung – der Depression zu erreichen suchen. Anerkannt ist heute das biopsychosoziale Krankheitsmodell, das die Entstehung von Krankheit als das komplexe Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren zu verstehen sucht. Konstitutionelle, biologische, neurologische, psychische, biographische, genetische, soziologische wie soziale Bedingungen tragen demnach dazu bei, dass Menschen erkranken (bzw. gesund sind). Dem biopsychosozialen Modell entsprechend werden zusammen mit den Patientinnen und Patienten multimodale Behandlungspläne im interdisziplinären Behandlungsteams aus den Fachrichtungen Medizin, Psychologie, Neuropsychologie, Psychosomatik und Psychiatrie, Medizinsoziologie, Sozialpädagogik, Psychoneuroimmunologie und weiteren Disziplinen unter Berücksichtigung der individuellen Faktoren der Patientinnen und Patienten erstellt. Die relevanten Erklärungsansätze finden sich in der „Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“ (S3-Leitlinie, 2012, S. 54 ff).

3.2 Klassifikation der Depression nach ICD-10

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist heute das wichtigste und weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Herausgegeben wird der ICD von der Weltgesundheitsorganisation (WHO); die aktuell gültige Ausgabe von 2012 wurde dieser Studie zugrunde gelegt. „Im internationalen Klassifizierungssystem der ICD-10 (dort Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen, Affektive Störungen – F30-F39“) werden depressive Störungen als psychopathologische Syndrome von bestimmter Dauer innerhalb der diagnostischen Kategorie der ‚Affektiven Störungen‘ definiert.“ (S3-Leitlinie, 2012, S. 58). Eine wesentliche Unterscheidung erfolgt in der Diagnostik hinsichtlich der bipolaren bzw. der unipolaren depressiven Erkrankung. Während die bipolare Depression sich als ein extremer Wechsel zwischen episodischen Stimmungshochs (Manie, Hypomanie, Zyklothymie, psychotische Symptome) und Stimmungstiefs (Depression) manifestiert, ist die unipolare Depression je nach Schweregrad gekennzeichnet durch unterschiedlich lange Monophasen von Nieder-

geschlagenheit, Antriebs- und Interesselosigkeit.

Da die bipolare und die unipolare depressive Erkrankung unterschiedliche Behandlungen erfordern, wurden im Rahmen dieser Studie nur Patientinnen und Patienten mit unipolarer Depression berücksichtigt. Dementsprechend beschränken sich die weiteren Ausführungen ausschließlich auf die unipolare depressive Störung. Die Diagnose der Depression und ihr Schweregrad werden aus den Haupt- und Zusatzsymptomen des ICD-10 ermittelt. Hierzu zählen depressive Episoden (F32 nach ICD-10) und die rezidivierende depressive Störung (F33 nach ICD-10). Relevant waren die folgenden Diagnoseschlüssel:

F32: F32.0/F32.00/F32.01/F32.1/F32.10/F32.11/F32.2/F32.3/F32.30/F32.31/F32.4/F32.8/F32.9.

F33: F33.0/F33.00/F33.01/F33.1/F33.10/F33.11/F33.2/F33.3/F33.30/F33.31/F33.4/F33.8/F33.9 (siehe WHO, ICD-10, 2010, F32 und F33).

4 Kunsttherapeutisches Konzept zur Behandlung von Depression

Kunsttherapie ist ein relativ junger Therapieansatz, der sich unter den psychotherapeutischen Methoden in der klinischen Behandlung zunehmend behauptet, obwohl Wirksamkeitsnachweise fehlen. Das Besondere an der Kunsttherapie gegenüber den klassischen Verfahren wie Gesprächs-, psychoanalytische oder Verhaltenstherapie ist, dass der Klient in gleicher Weise handelnd, sinnlich wahrnehmend und mental reflektierend dazu angeregt wird, seine inneren Prozesse (innere Bilder, Erinnerungen, Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen, aber auch Phantasien und Visionen) aktiv zu be-greifen, indem er diese zeichnet, malt, collagiert bzw. plastisch oder skulptural gestaltet. Wenn der Klient seine Gefühle und Vorstellungen – im Positiven wie im Negativen – im Bild veranschaulicht, entsteht ein reales und seinem Handeln und Erleben analoges Gegenüber, das er selbst „be-handeln“ kann, indem er sich sinnlich darauf bezieht, es wahrnimmt, reflektiert, aktiv verändert.

Bei der vorliegenden Studie kamen kunsttherapeutische Methoden der objektfreien und gegenständlichen Bildsprache zur Anwendung, die am Forum A.K.T. auf der Grundlage von neuropsychologischen, verhaltenstherapeutischen, systemischen, psychotherapeutischen, kreativitätstheoretischen und phänomenologischen Theorien und Erkenntnissen entwickelt wurden.

In der Konzeption für die kunsttherapeutische Behandlung wurden die ökonomischen Bedingungen berücksichtigt, denen Therapie – vor allem in der Klinik – zunehmend und immer strenger unterworfen ist. Der Zeitfaktor spielt eine entscheidende Rolle, und so erschien es sinnvoll, solche therapeutischen Prozesse zu initiieren, bei denen sich die Patientinnen und Patienten kontinuierlich ihre Selbstkompetenzen (wieder) verfügbar machen. Diese sogenannten ressourcenorientierten Ansätze tragen dazu bei, die Gesundung von Anfang an positiv zu beeinflussen und die Therapiemotivation zu steigern. Der Basishypothese entsprechend galt es, kunsttherapeutische Interventionsschritte zu entwickeln, welche

- die strukturellen Rahmenbedingungen des Kliniksettings berücksichtigen,
- die speziellen Behandlungsziele bei unipolarer Depression fördern
- und wiederholbar sind.

4.1 Rahmenbedingungen

Kunsttherapie findet in Kliniken überwiegend in Gruppen statt, so auch im Inn-Salzach-Klinikum. Da nur Patientinnen und Patienten einer spezifischen Diagnosegruppe an den kunsttherapeutischen Gruppentherapien teilnehmen sollten, konnte davon ausgegangen werden, dass die Therapieziele der Patientinnen und Patienten gleich oder ähnlich waren. Gruppeninterventionen boten sich an, bei denen alle Patientinnen und Patienten einer Gruppe die gleiche Aufgabe bearbeiten.

Im klinischen Setting des Inn-Salzach-Klinikums waren die Bedingungen für eine geschlossene kunsttherapeutische Gruppe mit der Option des weiterführenden und vertiefenden Arbeitens über mehrere Sitzungen nicht gegeben. Es galt, ein wiederholbares Konzept zu entwickeln, welches auch im halboffenen Gruppensetting mit wechselnden Teilnehmerinnen und Teilnehmern das Durchlaufen einer zeitlich umschriebenen kunsttherapeutischen Behandlung über mehrere Sitzungen ermöglichte. Dies führte zu einem Konzept mit acht aufeinanderfolgenden, themenspezifischen Sitzungen; wöchentlich fanden zwei Gruppensitzungen statt; nach vier Wochen hatten jeder Patient und jede Patientin alle acht Therapiesitzungen durchlaufen und somit die gleiche kunsttherapeutische Behandlung erhalten.

Unter diesen Vorgaben wurden acht methodische Interventionen zur kunsttherapeutischen Gruppenarbeit entwickelt, welche solche emotionalen und kognitiven Störungen berücksichtigen, die bei unipolarer Depression häufig auftreten. Ausgehend von den allgemeinen Symptomen und Defiziten bei unipolarer depressiver Erkrankung wurden vor allem Ziele fokussiert, die zu einer Entlastung bzw. Veränderung eines Symptoms führen sollten. Durch die kunsttherapeutische Aufgabe wur-

den die Patientinnen und Patienten angeregt, sich bildnerisch mit einer – das Krankheitserleben verringernden – Option zu beschäftigen, sich diese bewusst zu machen bzw. sie bildnerisch handelnd zu aktivieren und zu erproben.

4.2 Methodische Interventionen zur kunsttherapeutischen Behandlung bei unipolarer Depression

Alle Gruppensitzungen verliefen nach diesem Prozessschema:

1. Begrüßen der Gruppenteilnehmer/innen.
2. Jede Patientin und jeder Patient beschreibt kurz die aktuelle Befindlichkeit.
3. Die Patientinnen und Patienten bekommen eine kunsttherapeutische Bildaufgabe (ggf. in mehreren aufeinander aufbauenden Schritten).
4. Im bildnerischen Gestaltungsprozess setzen sich die Patientinnen und Patienten mit dieser Aufgabe auseinander.
5. Anhand von drei bis fünf zielführenden Leitfragen werden die Bilder einzeln mit den Patientinnen und Patienten in der Gruppe reflektiert.
6. In einem Abschlussfeedback fassen die Patientinnen und Patienten ihr individuelles Ergebnis dieser Sitzung zusammen.

Die Auswahl der kunsttherapeutischen Zielsetzungen bezog sich auf acht Leitsymptome, wie sie allgemein in der S3-Leitlinie und weiterführender Literatur dargestellt sind und wie sie sich auch in der Erfahrung regelmäßig zeigen. Nur solche Symptome kamen in Frage, die durch kunsttherapeutische Intervention sinnvoll beeinflusst werden können.

Sitzung 1: Sensorisches Wahrnehmen und Gestalten

Die Empfindungsfähigkeit als sinnliche Wahrnehmungsfähigkeit wie Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Tasten usw. ist in der Depression oft herabgesetzt. Depressiv erkrankte Menschen ziehen sich mehr und mehr von äußeren Reizen und damit auch aus ihrer sozialen Umwelt zurück. Mit der Reduktion der sinnlichen Wahrnehmung in Bezug auf die Umwelt und das Körperselbst verringert sich zwangsläufig die Wahrnehmung und Befriedigung von Bedürfnissen.

Ziel der kunsttherapeutischen Intervention ist es, das Bewusstsein auf das Sinneserleben im Hier und Jetzt zu lenken, um das Wahrnehmungs- und Empfindungserleben zu steigern. Erlebte Empfindungen werden im objektfreien Bild gestaltet. Dies führt gleichzeitig zur Defokussierung und Entlastung des Problemzustands. Über die Sinnesmodalitäten gelenkte Fokussierung kann als hilfreiche Selbstmanagementstrategie geübt werden.

Sitzung 2: Fähigkeiten und Ressourcen wiederentdecken

In der Depression verlieren Patientinnen und Patienten fast immer den Zugang zu ihren Kompetenzen und Fähigkeiten. Dies wirkt sich auf die Arbeits- und berufliche Leistungsfähigkeit aus, aber auch gewohnte Alltagsverrichtungen kann der Patient in der Erkrankung oft nicht mehr bewältigen.

Kraftspendende Ressourcen wie Singen, Tanzen, in der Natur entspannen u.v.m. wurden oft schon lange nicht mehr genutzt. Es gilt, solche Ressourcen (wieder) zu entdecken. Durch die kunsttherapeutische Aufgabe werden Fähigkeiten und Ressourcen erinnert, gestaltet und im Ich-Erleben reaktiviert.

Sitzung 3: Zugang zu Gefühlen, komplementäre Gefühlsurteile erarbeiten

In der Depression ist es vielen Menschen nicht möglich, Emotionen zu erleben. Freude ist äußerst selten vorhanden, Wut und Ärger werden meist nicht ausgedrückt, Trauer wird nicht gezeigt. Oft verweist eine affektarme Mimik auf die Emotionslosigkeit. Es kommt auch vor, dass die wirkliche Emotion durch einen parathymen Ausdruck verschleiert ist.

Der Zugang zu und Ausdruck von negativen wie positiven Gefühlen kann durch Farbe und Bewegung erleichtert, die emotionale Schwingungsfähigkeit erhöht werden.

Sitzung 4: Zukunftsperspektiven

Gerade bei einer reaktiven Depression waren häufig äußere Auslöser beteiligt wie der Verlust des Arbeitsplatzes, der Tod eines nahen Angehörigen oder soziale Umstände, die oft Gefühle der Ausweglosigkeit und Zukunftsängste hervorrufen. Das selbsttätige Gestalten von Zukunftsphantasien und Visionen kann Zuversicht und Vertrauen in das Kommende stärken und erste Zukunftsperspektiven aufzeigen.

Sitzung 5: Aktivierung

Antriebsminderung ist eines der Leitsymptome depressiv erkrankter Patientinnen und Patienten. Sie geht einher mit Interesselosigkeit und Freudlosigkeit sowie erhöhter Ermüdbarkeit. Schlafprobleme und ein verkehrter Tag- und Nachtrhythmus führen oft zum Verlust einer geregelten Tagesstruktur; diese ist gerade

im klinischen Setting eine Rahmenbedingung, um Therapieangebote zu planen und durchzuführen.

Kunsttherapeutische Interventionen können dazu beitragen, Motivation und Energie zu steigern. Das Malen an und für sich ist bereits eine Aktivität, die auch depressiven Patientinnen und Patienten meist leichtfällt; bei entsprechender Anleitung werden Gefühle der Überforderung verringert oder tauchen gar nicht auf. Das bildnerische Üben mit Bewegungsimpulsen trägt dazu bei, Bewegung zu wagen und die eigene Energie zuzulassen und zu aktivieren. Das Energieniveau kann so erhöht werden; die im Bild sichtbar werdenden Bewegungsspuren wirken oft motivierend und verstärkend.

Sitzung 6: Förderung der Konzentration

Konzentrationsstörungen sind eine Begleiterscheinung der Depression. Dysfunktionale und ständig kreisende Gedanken verhindern, dass der Patient seine Konzentration zielgerichtet auf die nächsten notwendigen Schritte lenken kann.

Eine kreativ-bildnerische Tätigkeit führt oft schon per se zu einer Vertiefung der Konzentration, von Mihály Csíkszentmihályi als Flow-Erleben erforscht und beschrieben (2007).

Spezielle bildnerische Aufgaben ermöglichen dem Klienten eine bewusste Erfahrung von Konzentration und unterstützen ihn darin, herauszufinden, welche Einstellungen, Haltungen und Verhaltensweisen für seine Konzentration förderlich sind.

Sitzung 7: Körperwahrnehmung

Depressive Patientinnen und Patienten leiden häufig an stundenlangem Grübeln und Gedankenkreisen. Sie fühlen sich in negativen Gedanken gefangen und diesen ausgeliefert und sind unfähig, den Teufelskreis zu durchbrechen. Generalisierte Ängste und dysfunktionale Problemanalyse bzw. Lösungsperspektiven tragen zum Aufrechterhalten des pathologischen Grübelns bei. Zunehmender Rückzug von realitätsbezogenen Aktivitäten ist die Folge.

Körperorientierte Ansätze wie Entspannungstechniken, Achtsamkeitsübungen und bewegungsbezogene Therapien spielen in der klinischen Behandlung von Depression heute eine wichtige Rolle. Sie stärken die Empfindungsfunktion und den Realitätsbezug sowie die Aufmerksamkeitsfokussierung.

In ihrer Studie zu „Störungen des Körpererlebens bei akuten Angsterkrankungen und Depressionen“ stellen Röhricht, Beyer und Priebe (2002) fest: „Die körperbezogenen Phänomene waren allesamt eng untereinander sowie mit den jeweiligen Psychopathologiescores der Erkrankungen korreliert und besserten sich signifikant und parallel zur Besserung der allgemeinen Psychopathologie über die Zeit. Die Befunde können als uniforme körperbezogene Korrelate der psychopathologischen Kernsymptome dieser Erkrankungen aufgefasst oder als körpernah symbolisierter (somatisierter) Ausdruck der den Angststörungen und depressiven Störungen gemeinsamen negativistischen Kognitionen und Affekte interpretiert werden“ (S. 205 ff.). Diese Erkenntnisse legen nahe, neben rein somatischer Aktivierung auch das Körpererleben „ins Bild zu rücken“. Hierfür ist das Körperbild eine zielführende Methode, da es das sinnliche Spüren mit dem psychischen Erleben des Körpers verknüpft: So wird einerseits der körperliche Realitätsbezug im Hier und Jetzt gestärkt. Mithilfe des gestalteten Körperbildes können körperliche und somatisch codierte psychische Probleme und Ressourcen bewusst gemacht und Veränderungsansätze entwickelt werden.

Sitzung 8: Entscheiden und Wollen

Wirksame Veränderung und Heilung bedarf letztlich der Kompetenz der Patientinnen und Patienten, die Lösung von Problemen selbst wieder in die Hand zu nehmen, d.h. sich eigeninitiativ so zu verhalten, dass ein Mehr an Zufriedenheit und Lebensqualität entsteht. Die kognitiven Funktionen des Entscheidens (als Selektieren und Orientieren) und des Wollens (als intrinsischer Motivationsimpuls) sind bei depressiven Patientinnen und Patienten oft stark eingeschränkt, so dass es sinnvoll erscheint, diese kunsttherapeutisch zu stärken. Mithilfe der kunsttherapeutischen Aufgabe kann der Patient die positive Kraft seines Wollens (wieder) erleben.

5 Durchführung

Die Studie wurde im Inn-Salzach-Klinikum Freilassing nach Genehmigung durch die Ethikkommission der LMU München durchgeführt. Insgesamt nahmen 66 Patientinnen und Patienten an der Studie teil, davon 32 in der Versuchsgruppe mit kunsttherapeutischer Intervention und 34 in der Kontrollgruppe ohne kunsttherapeutische Intervention. Der Unterschied bei der Teilnehmerzahl in der Kontroll- und der Versuchsgruppe kommt dadurch zustande, dass zwei Patienten der Versuchsgruppe die Klinik vorzeitig wieder verließen.

Alle Untersuchungspersonen waren wegen unipolarer Depression im stationären und teilstationären Bereich aufgenommen.

Zu Beginn der Behandlung wurde die Anamnese erhoben und eine Diagnose nach ICD-10 getroffen. Anschließend wurde für alle Patientinnen und Patienten ein Therapieplan erstellt, der standardmäßig neben der medikamentösen Behandlung Einzelgespräche, Ergotherapie, Physiotherapie, Musiktherapie und Kunsttherapie vorsieht.

Alle Patientinnen und Patienten erhielten acht kunsttherapeutische Gruppensitzungen, verteilt auf vier Wochen mit je zweimal 80 Minuten Kunsttherapie wöchentlich: Dabei zeichnete und malte die Kontrollgruppe frei und ohne methodische Interventionen, während in der Versuchsgruppe methodisch-therapeutische Bildaufgaben und Interventionen zur Anwendung kamen (s. Abschn. 3).

Für die Datenerhebung durch Fragebögen und Testungen war pro Patient in den vier Wochen ein zusätzlicher Zeitaufwand von 1,5 bis zwei Stunden vorgesehen.

Die Testungen und Fragebögen wurden zur Auswertung einer deskriptiven und inferenziellen Statistikanalyse unterzogen.

5.1 Auswahl des Patientenkollektivs

Die Auswahl der Patientinnen und Patienten erfolgte nach dem Zufallsprinzip, ebenso die Zuordnung zur Kontroll- und Versuchsgruppe. Nicht bekannt war den Patientinnen und Patienten, ob sie zur Versuchsgruppe bzw. Kontrollgruppe gehörten. Alle Patientinnen und Patienten litten in leichter, mittelgradiger oder schwerer Ausprägung an Depressionssymptomen des unipolaren Symptomkreises, klassifiziert nach ICD-10, F32 bzw. F33 (WHO, ICD 10, 2010). Ausgeschlossen waren Diagnosen mit psychotischen Symptomen.

Die Patientinnen und Patienten waren darüber informiert, dass sie an einer Studie teilnahmen, die zwei unterschiedliche kunsttherapeutische Verfahren verglich. Die Beteiligung an der Studie erfolgte freiwillig und durch schriftliche Zustimmung. Die Patientendaten wurden so codiert, dass deren Anonymität gewahrt war.

5.2 Datenerhebung und Untersuchungsinstrumente

Mittels der Datenerhebung vor und nach der Behandlung soll festgestellt werden, ob sich eine Linderung der Depressionssymptome zeigt. Ein Therapieerfolg zeigt sich daran, dass die Depressionssymptome nach der Behandlung gelindert sind und ein positiver Unterschied im Vergleich zum Zustand vor der Behandlung festzustellen ist. Die Forschungsfrage zielt darauf ab, ob im Vergleich zwischen der Kontroll- und der Versuchsgruppe ein Unterschied in der Verbesserung der Krankheitssymptome sichtbar wird, der auf die kunsttherapeutischen Interventionen zurückgeführt werden kann. Da beide Behandlungsgruppen nach dem Zufallsverfahren prinzipiell normalverteilt waren und – außer den kunsttherapeutischen Interventionen – identische Behandlungen erhielten, ist dies dann der Fall, wenn der Grad der Verbesserung der Krankheitssymptome bei der Versuchsgruppe am Behandlungsende höher liegt als in der Kontrollgruppe. Auf diese Weise lässt sich feststellen, ob – und wenn ja in welchem Ausmaß – die Interventionen zu einer Verbesserung des Krankheitszustandes beigetragen haben.

Der Symptomstatus der einzelnen Patientinnen und Patienten wurde vor Aufnahme der Behandlung anhand von vier Fragebögen erhoben. Die Ergebnisse aus den Fragebögen geben Auskunft über den Schweregrad der Erkrankung.

Nach Abschluss der Behandlungen wurde der Symptomzustand der Patientinnen und Patienten mit den identischen Fragebögen getestet. Verwendet wurden diese Fragebögen:

a) Hamilton-Skala (HAMD – Kurzversion Toronto)

Der Fragebogen in der Kurzversion Toronto, der in dieser Untersuchung angewendet wurde, hat 13 Items. Abgefragt werden depressive Stimmung, Schuldgefühle, Suizidalität, Arbeitsfähigkeit, Angst (psychisch und somatisch) sowie körperliche Symptome. Die Befragung ist als Interview geplant und wurde dementsprechend durchgeführt. Von einer ausreichenden Reliabilität und Validität des Fragebogens ist auszugehen (s. dazu die Studien von Neumann & Schulte, 1988, oder Meier et al., 1988, S. 265).

b) Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Es enthält 21 Items, welche komprimiert testen, z.B. traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug, Entschlussunfähigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust (Hautzinger et al., 2005, S. 7-8). Das BDI weist durch verschiedene Stichprobenuntersuchungen eine zufriedenstellende Reliabilität auf, ebenso hat es eine stabile Validität mit anderen klinischen Studien (Hautzinger et al., 2005, S. 23).

c) D2-R-Test

Er wird als ein Test für die allgemeine Leistungsfähigkeit, für Konzentration, Aufmerk-

samkeit, Mental Speed, Wahrnehmungsgeschwindigkeit und Bearbeitungsgeschwindigkeit eingesetzt. In zahlreichen Untersuchungen wurde die Reliabilität belegt. Auch die Validität wurde im praktischen Einsatz nachgewiesen (Amelang & Schmidt-Atzert, 2006, oder Krumm et al., 2008).

d) Visuelle Analogskala (verändert und erweitert nach Hautzinger)

Die visuellen Analogskalen von Martin Hautzinger (Hautzinger, 2003, S. 213) mit sechs Items waren Vorbild für die veränderte Skala, welche um zwei Items erweitert wurde. Die acht vom Patienten zu bewertenden Fragen wurden entsprechend der kunsttherapeutisch zu behandelnden Symptome ausgewählt (s. Abschn. 4.2). Anhand des neu entwickelten Fragebogens bewerten die Patientinnen und Patienten in Selbsteinschätzung ihre Befindlichkeit auf Skalen von eins bis zehn. Abgefragt werden Wahrnehmungsdefizite, Interessensverlust, Emotionslosigkeit, Ängste (vor der Zukunft), Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwäche, Grübelneigung und mangelnde Problemlösefähigkeit. Diese Analogskala hat keine im Vorfeld getesteten Studien und ist somit vorerst nicht validiert. Die Endpunkte wurden vertauscht, so dass eins die niedrigste Bewertung und zehn die höchste Bewertung ist. Dies diente zum besseren Verständnis für die Patientinnen und Patienten, die den Fragebogen selbstständig ausfüllten. Sie konnten jederzeit eine professionelle Mitarbeiterin befragen, die ihnen zur Seite stand.

6 Statistische Auswertung

Die Testungen und Fragebögen wurden zur Auswertung einer deskriptiven und interferenziellen Statistikanalyse unterzogen. Mithilfe statistischer Testverfahren wurde überprüft, ob die komprimierten Daten aus den Fragebogenerhebungen vor und nach den Behandlungen zwischen den beiden Gruppen (mit und ohne kunsttherapeutische Interventionen) signifikante Unterschiede aufweisen.

6.1 Demografische Auswertung der Stichprobe

Geschlecht: 45 Frauen und 21 Männer nahmen an der Studie teil. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 68,18 Prozent Frauen und 31,81 Prozent Männern (Diagramm 1).

Alter: Das Alter der weiblichen Teilnehmer betrug im Mittel 47,96 und das Alter der männlichen Teilnehmer zeigte einen Mittelwert von 39,19. Das durchschnittliche Alter beider Geschlechter liegt bei einem Mittelwert von 43,57 Jahren (Diagramm 2).

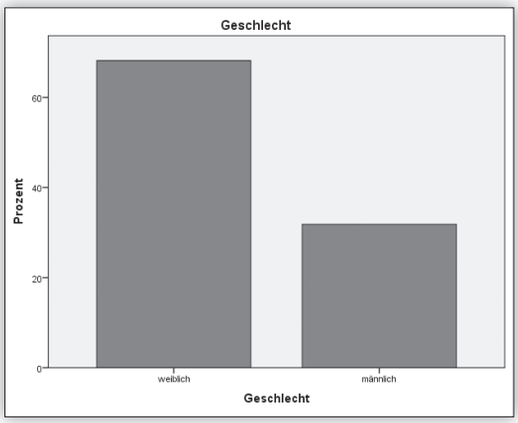


Diagramm 1
Verteilung der Stichprobe nach Geschlecht

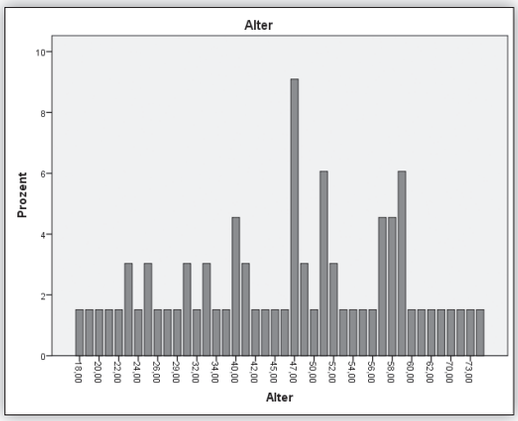


Diagramm 2
Verteilung der Stichprobe nach Alter

6.2 Repräsentativität der Stichprobe

Um herauszufinden, ob zwischen den Gruppen mit und ohne kunsttherapeutische Interventionen Ergebnisunterschiede in der Behandlung festzustellen sind, die auf die kunsttherapeutischen Interventionen zurückgeführt werden können, muss geklärt werden, ob die gesamte Stichprobe einer Normalverteilung entspricht.

Zunächst wird überprüft, ob vor Aufnahme der Behandlungen Unterschiede zwischen den Krankheitsbildern der beiden Gruppen bestanden. Bei der zufälligen Aufteilung in die Behandlung mit und ohne kunsttherapeutische Interventionen dürfte dabei kein signifikanter Unterschied über die in den Fragebögen festgestellten Krankheitssymptome vor Behandlungsaufnahme bestehen.

Hierzu wurde der Shapiro-Wilk-Test auf die Normalverteilung zwischen den beiden zufällig ausgewählten Gruppen (mit und ohne kunsttherapeutische Interventionen), also über die gesamte Stichprobe durchgeführt.

Die Daten der Anfangserhebung von Kontroll- und Versuchsgruppe (also der gesamten Stichprobe) liefern die Berechnungsgrundlage, um herauszufinden, inwieweit die Stichprobe hinreichend repräsentativ ist. Bei einer Über-

Tabelle 1
Test auf Normalverteilung

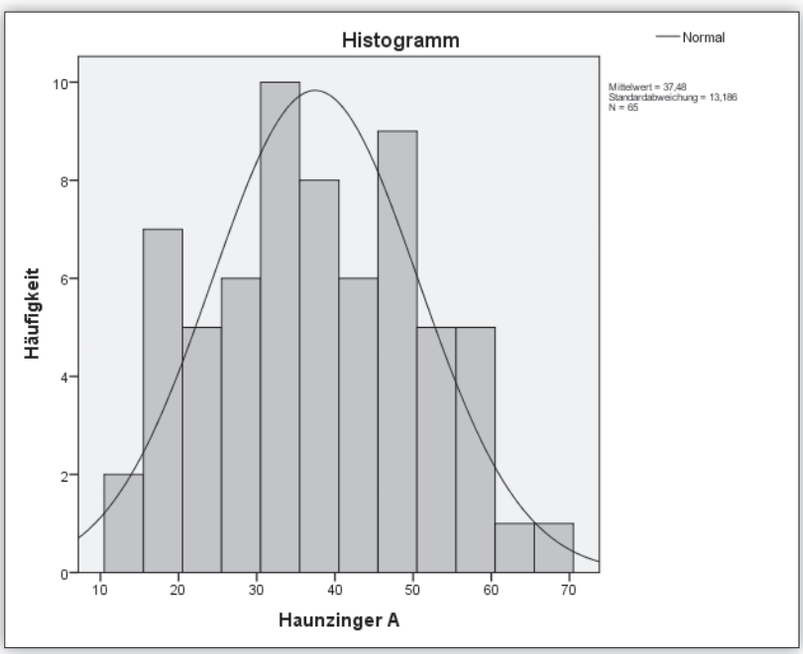
	Kolmogorow-Smirnow[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistik-Testwerte	df (N–1)	Signifikanz-niveau	Statistik-Testwerte	df (N–1)	Signifikanz-niveau
Hautzinger A	0,064	65	0,200*	0,978	65	0,294
HAMD A	0,083	65	0,200*	0,988	65	0,796
BDI A	0,075	65	0,200*	0,986	65	0,69
D2 A	0,08	65	0,200*	0,986	65	0,687

* = Untergrenze der tatsächlichen Signifikanz
[a] = Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

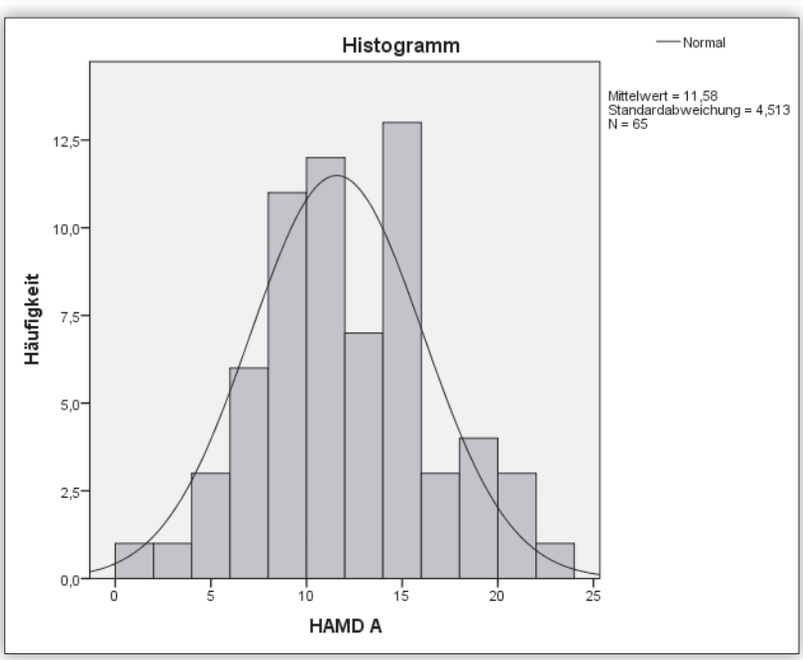
einstimmung der Verteilungsform von Stichprobe und Grundgesamtheit kann auf die Repräsentativität der Stichprobe rückgeschlossen werden (Tabelle 1).

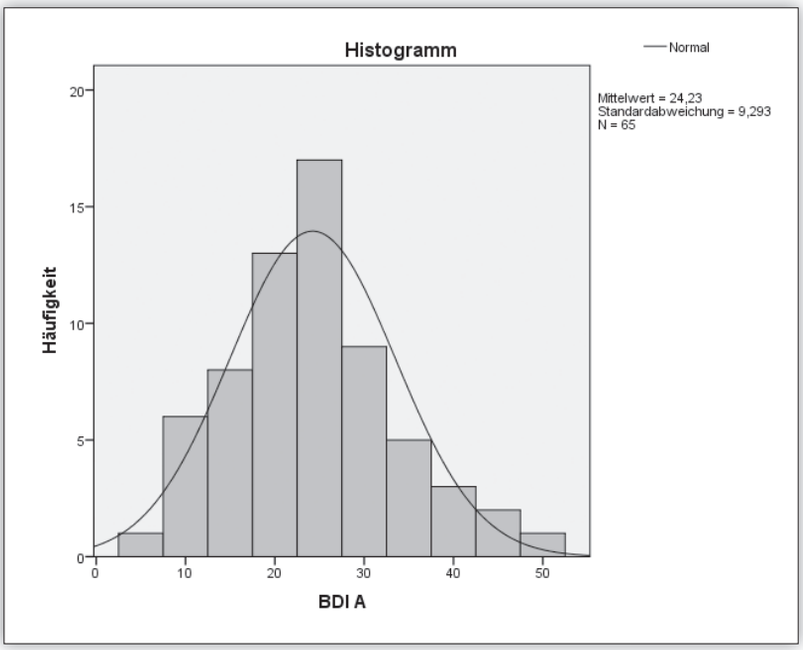
Der Kolmogorow-Smirnow-Test überprüft, ob sich die Wahrscheinlichkeit der Verteilung von zwei oder mehr Werten in einer Stichprobe unterscheidet oder übereinstimmt. Die Signifikanzkorrektur nach Lilliefors gibt an, wie hoch die Irrtumswahrscheinlichkeit höchstens sein darf bzw. wie hoch die Annahmewahrscheinlichkeit sein sollte. Im vorliegenden Fall be-

Histogramm 1:
Hautzinger A

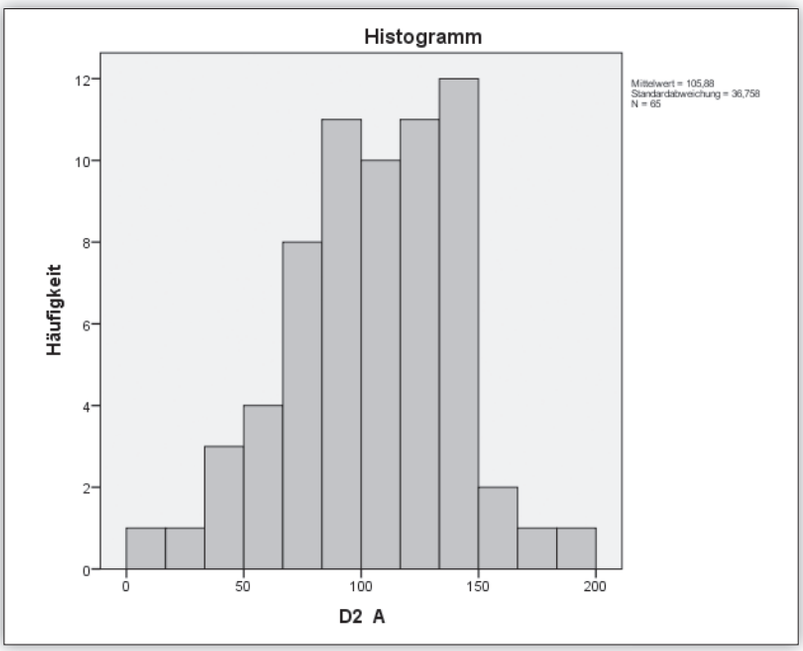


Histogramm 1:
HAMD A





Histogramm 1:
BDI A



Histogramm 1:
D2 A

deutet dies, dass die Irrtumswahrscheinlichkeit höchstens 0,2 (20%) betragen darf. Dies ist gegeben.

Der durchgeführte Shapiro-Wilk-Test für die beiden Gruppen ergab normalverteilte Werte durch Überschreitung der kritischen Shapiro-Wilk-Werte von 0,9 für die angewandten Messinstrumente.

Die festgestellte Normalverteilung kann als Hinweis interpretiert werden, dass die Grundgesamtheit zu behandelnder Patientinnen und Patienten normalverteilt ist. Bei Vorliegen einer normalverteilten Stichprobe kann sodann im Umkehrschluss eine hinreichend repräsentative Stichprobe vermutet werden (Histogramme 1-4).

Anmerkung: Auch bei D2 A kann bei einer gewissen Irrtumswahrscheinlichkeit eine Tendenz zur Normalverteilung angenommen werden, da sich die Werte um den Mittelwert häufen und Richtung Extremwerte sichtbar abnehmen.

Der Shapiro-Wilk-Test ergab, dass in allen vier Krankheitsbilderkategorien der Fragebögen die Null-Hypothese einer Normalverteilung sowohl zu Beginn als auch zum Ende der Behandlungen beibehalten werden kann. Dies bedeutet, dass im Folgenden jeweils ein T-Test zur Feststellung der Behandlungsunterschiede vorher und nachher in den beiden Gruppen durchgeführt werden kann, da dieser eine vorhandene Normalverteilung der Stichproben erfordert.

Aus dem Shapiro-Wilk-Test geht ebenso hervor, dass sich für die gesamte Stichprobe der in die Untersuchung einbezogenen Pati-

enten und Patientinnen bezüglich der über die Fragebögen (Hautzinger, HAMD, BDI und D2) ermittelten Werte (R-Test) zu Beginn der Behandlungsphase eine gegebene Normalverteilung feststellen lässt. Diese kommt dadurch zum Ausdruck, dass die statistisch festgestellten Shapiro-Wilk-Werte mit 0,978; 0,988; 0,986 und 0,986 deutlich über den kritischen Tabellenwerten (s. kritische Werte Shapiro-Wilk-Tabelle lt. Statistiktabellen) bei hoher Signifikanz liegen.

Damit können für alle folgenden Auswertungen die T-Test-Statistiken mit Normalverteilungsbedingungen verwendet werden.

6.3 Vergleichbarkeit von Versuchs- und Kontrollgruppe

Des Weiteren wurde geprüft, ob die Versuchs- und die Kontrollgruppe aufgrund gleicher Ausgangsbedingungen vergleichbar sind.

Diese Voraussetzung ist dann gegeben, wenn die Patientinnen und Patienten (trotz Zufallsauswahl) hinsichtlich der Schweregrade ihrer Erkrankung auf beide Gruppen annähernd gleich verteilt sind. Diese Verteilung ermittelt der T-Test.

Hierzu wurden zunächst die Krankheitsbefunde aller Patientinnen und Patienten der gesamten Stichprobe vor Beginn der Behandlung mit den vier Fragebögen getestet, die auch zur Behandlungsevaluation verwendet wurden (s. Abschn. 5.2). Die Testergebnisse der Versuchs- und der Kontrollgruppe wurden dann einem T-Test zur Feststellung einer Gleichverteilung unterzogen. Vor der Behandlung ergaben sich dabei keine Verteilungsunterschiede, so dass begründet vermutet werden kann, dass die Versuchs- und die Kontrollgruppe vor der Behandlung gleich strukturiert waren.

Die getrennte Auswertung der Anfangserhebung von Kontroll- und Versuchsgruppe liefert die Daten, um herauszufinden, inwieweit die Verteilung der Schweregrade der Erkrankung zwischen Kontroll- und Vergleichsgruppe annähernd gleich verteilt ist, so dass ein Behandlungsvergleich zwischen den beiden Gruppen zulässig ist. Hierzu wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt, um festzustellen, ob zwischen den Gruppen mit und ohne kunsttherapeutische Interventionen vor Aufnahme der Behandlungen ein signifikanter Unterschied bei den Krankheitssymptomen bestand. Dabei ergab sich das in Tabelle 2 dargestellte Resultat.

Exemplarische Erläuterung der Tabellenwerte: Entscheidend für die Feststellung einer Gleichverteilung von Testwerten ist der sogenannte t-Wert (absolut). Solange dieser bei einem Stichprobenumfang von über 60 Einheiten und bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von kleiner fünf Prozent unter 1,67 liegt (s. Tabelle T-Verteilung in Statistiklehrbüchern), gibt es keinen Verteilungsunterschied der beiden Stichproben. Dies ist hier der Fall. Es hat sich gezeigt, dass zwischen den beiden Gruppen vor Aufnahme der Behandlungen keine signifikanten Unterschiede in den Krankheitssymptomen bestanden.

6.4 Auswertung der Behandlungsergebnisse

Erst jetzt ist es möglich, in einem dritten Schritt mithilfe des T-Tests zu überprüfen, ob die Werte der Krankheitssymptome aus den Fragebögen vor Aufnahme der Behandlungen und nach Abschluss der Behandlungen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen mit kunsttherapeutischer Intervention und ohne kunsttherapeutische Intervention aufweisen. Zunächst wurde ein T-Test für die Stichprobe mit kunsttherapeutischer Intervention auf die Fragebogenwerte vor und nach den Behandlungen durchgeführt als Test mit gepaarten Stichproben, da die Testpersonen vor Behandlung und nach Behandlung identisch waren. Die Testergebnisse stellen sich in Tabelle 3 dar.

Die Mittelwerte Anfang und Ende geben an, inwieweit sich diese vor und nach kunsttherapeutischer Intervention unterscheiden. Die Standardabweichung beschreibt die durch-

Tabelle 2
Test bei unabhängigen Stichproben

		Levene-Test		T-Test für Mittelwertgleichheit						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwertdifferenz	Standardfehlerdifferenz	95%-Konfidenzintervall	
									unterer	oberer
Hautzinger	Var. gl. ang.	0,753	0,398	–1,61	64	0,112	–5,175	3,213	–11,594	1,245
Anfang	Var. gl. n. ang.			–1,613	63,999	0,112	–5,175	3,208	–11,583	1,233
HAMD	Var. gl. ang.	0,058	0,811	0,618	63	0,539	0,695	1,125	–1,554	2,944
Anfang	Var. gl. n. ang.			0,618	62,953	0,539	0,695	1,124	–1,552	2,942
BDI	Var. gl. ang.	0,15	0,7	1,609	64	0,112	3,631	2,256	–0,876	8,137
Anfang	Var. gl. n. ang.			1,609	63,668	0,113	3,631	2,257	–0,878	8,139
D2	Var. gl. ang.	0,551	0,461	–0,554	64	0,588	–5,233	9,623	–24,457	13,99
Anfang	Var. gl. n. ang.			–0,547	63,112	0,586	–5,233	9,57	–24,357	13,89

Tabelle 3
Statistik für Stichproben mit paarigen Werten mit KT

		Mittelwert	H	Standard-abweichung	Standardfehler-Mittelwert
Paar 1	Hautzinger Anfang	35,03	32	12,65	2,236
	Hautzinger Ende	53,56	32	16,186	2,861
Paar 2	HAMD Anfang	11,94	32	4,399	0,778
	HAMD Ende	5,81	32	4,984	0,875
Paar 3	BDI Anfang	26,22	32	9,21	1,628
	BDI Ende	15,66	32	11,826	2,09
Paar 4	D2 Anfang	101,53	32	35,296	6,24
	D2 Ende	132,84	32	45,664	8,072

Tabelle 4
Korrelationen für Stichproben mit paarigen Werten mit KT

		H	Korrelation	Sig.
Paar 1	Hautzinger A und Hautzinger Ende	32	0,428	0,015
Paar 2	HAMD A und HAMD Ende	32	0,115	0,531
Paar 3	BDI A und BDI Ende	32	0,657	0
Paar 4	D2 A und D2 Ende	32	0,753	0

Tabelle 5
Test für Stichproben mit paarigen Werten mit KT

		Paarige Differenzen					t	df	Sig. (2-seitig)
		MW	SD	Stan-dardfeh-ler MW	95%-Koeffizienzintervall der Differenz				
					unterer	oberer			
Paar 1	Hautzinger A Hautzinger E	–18,531	15,709	2,777	–24,195	–12,868	–6,673	31	0,00
Paar 2	HAMD A HAMD E	6,125	6,231	1,101	3,879	8,371	5,561	31	0,00
Paar 3	BDI A BDI E	10,563	9,027	1,596	7,308	13,817	6,619	31	0,00
Paar 4	D2 A D2 E	–31,313	30,062	5,314	–42,151	–20,474	–5,882	31	0,00

Tabelle 6
Statistik für Stichproben mit paarigen Werten ohne KT

		Mittelwert	H	Standard-abweichung	Standardfehler-Mittelwert
Paar 1	Hautzinger Anfang	40,21	34	13,409	2,300
	Hautzinger Ende	52,44	34	14,366	2,464
Paar 2	HAMD Anfang	11,24	33	4,664	0,812
	HAMD Ende	6,67	33	3,982	0,693
Paar 3	BDI Anfang	22,59	34	9,112	1,563
	BDI Ende	15,18	34	10,602	1,818
Paar 4	D2 Anfang	106,76	34	42,311	7,256
	D2 Ende	114,82	34	61,749	10,59

schnittliche Abweichung aller Werte der Stichprobe vom Mittelwert. Der Standardfehler des Mittelwerts ist eine genormte anzunehmende Abweichung (Tabelle 4).

Die Korrelationen für die Stichproben geben an, inwieweit die Stichprobenergebnisse vor KT und nach KT zusammenhängen. Die Signifikanz hierzu bezieht sich auf die diesbezügliche Irrtumswahrscheinlichkeit (Tabelle 5).

Das Ergebnis belegt, dass die Testwerte (Analogskala nach Hautzinger, HAMD, BDI, D2-R-Test) mit kunsttherapeutischer Intervention nach den Behandlungen signifikant besser waren als vor den Behandlungen.

Dies geht aus den T-Werten der Tabelle hervor, wo die Absolutbeträge weit über den kritischen Werten der T-Tabelle von 1,67 liegen. Die Signifikanzniveaus von 0,000 deuten diesbezüglich auf eine geringe Irrtumswahrscheinlichkeit hin.

Tabelle 7
Korrelationen für Stichproben mit paarigen Werten ohne KT

		H	Korrelation	Sig.
Paar 1	Hautzinger A und Hautzinger Ende	34	0,468	0,005
Paar 2	HAMD A und HAMD Ende	34	0,543	0,001
Paar 3	BDI A und BDI Ende	34	0,694	0,000
Paar 4	D2 A und D2 Ende	34	0,871	0,000

Tabelle 8
Test für Stichproben mit paarigen Werten ohne KT

		Paarige Differenzen					t	df	Sig. (2-seitig)
		MW	SW	Standardfehler MW	95%-Koeffizienzintervall der Differenz				
					unterer	oberer			
Paar 1	Hautzinger A Hautzinger E	–12,235	14,355	2,462	–17,244	–7,227	–4,97	33	0,000
Paar 2	HAMD A HAMD E	4,576	4,176	0,727	3,095	6,057	6,294	32	0,000
Paar 3	BDI A BDI E	7,412	7,832	1,343	4,679	10,144	5,518	33	0,000
Paar 4	D2 A D2 E	–8,059	32,415	5,559	–19,389	3,251	–1,45	33	0,157

Tabelle 9
Gruppenstatistik a vor der Behandlung

	Kunsttherapie	H	Mittelwert	Standardabweichnung	Standardfehler Mittelwert
Hautzinger A	VG	32	35,03	12,65	2,236
	KG	34	40,21	13,409	2,300
HAMD A	VG	32	11,94	4,399	0,778
	KG	33	11,24	4,664	0,812
BDI A	VG	32	26,22	9,21	1,628
	KG	34	22,59	9,112	1,563
D2 A	VG	32	101,53	35,296	6,24
	KG	34	106,76	42,311	7,256

Tabelle 10
Gruppenstatistik b nach der Behandlung

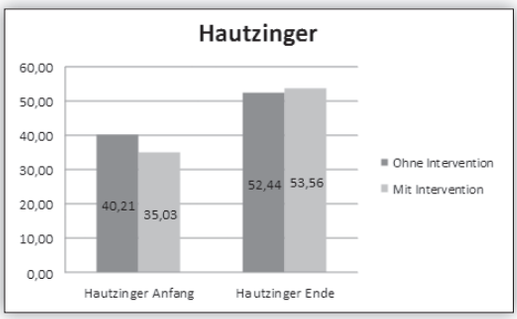
	Kunsttherapie	H	Mittelwert	Standardabweichnung	Standardfehler Mittelwert
Hautzinger E	VG	32	53,56	16,186	2,861
	KG	34	52,44	14,366	2,464
HAMD E	VG	32	5,81	4,948	0,875
	KG	34	6,5	4,04	0,693
BDI E	VG	32	15,66	11,826	2,090
	KG	34	15,18	10,602	1,818
D2 E	VG	32	132,84	45,664	8,072
	KG	34	114,82	61,749	10,59

Des Weiteren wurde auch ein T-Test für gepaarte Stichproben mit der Gruppe ohne kunsttherapeutische Intervention auf die Unterschiede in den Krankheitswerten vor und nach der Behandlung durchgeführt, mit den Resultaten in Tabellen 6 bis 8.

Die dargestellten Tabellenwerte zeigen im Vergleich der Mittelwerte, dass auch die Behandlung ohne kunsttherapeutische Interventionen eine Verbesserung der Krankheitswerte erbracht hat, jedoch liegen die Werte nach Behandlung sichtbar unter den Vergleichswerten der Gruppe mit kunsttherapeutischen Interventionen. Darüber hinaus sind auch die Verbesserungsamplituden für alle Werte (Hautzinger, HAMD, BDI und D2-R-Test) geringer als bei der Gruppe mit kunsttherapeutischer Intervention. Letztlich drückt sich dies auch in dem Vorhandensein eines nicht-signifikanten Unterschieds der Behandlungsergebnisse in der Gruppe ohne kunsttherapeutische Inter-

	Kunst-therapie	H	Mittelwert		
			vor	nach	Differenz
Hautzinger A	VG	32	35,03	53,56	18,53
	KG	34	40,21	52,44	12,23
HAMD A	VG	32	11,94	5,81	6,13
	KG	33	11,24	6,5	4,74
BDI A	VG	32	26,22	15,66	10,56
	KG	34	22,59	15,18	7,41
D2 A	VG	32	101,53	132,84	31,31
	KG	34	106,76	114,82	8,06

Tabelle 11
Mittelwertdifferenz vor und nach der Behandlung



<< Diagramm 3
Hautzinger-Mittelwerte vorher und nachher

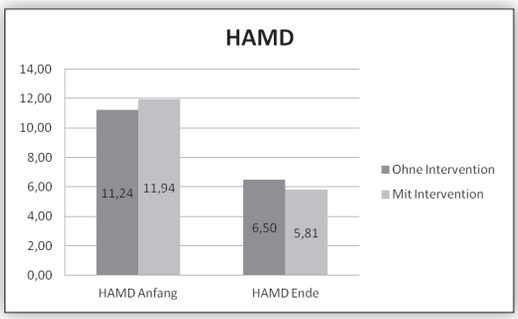
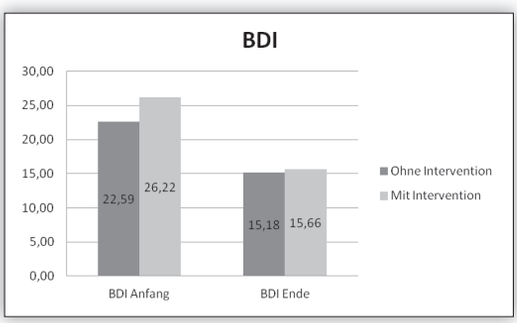


Diagramm 4
HAMD-Mittelwerte vorher und nachher



<< Diagramm 5
BDI-Mittelwerte vorher und nachher

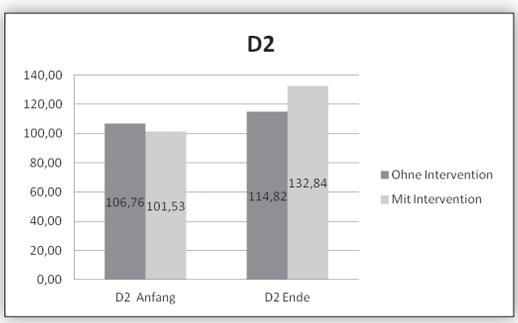


Diagramm 6
D2-Mittelwerte vorher und nachher

		Levene-Test		T-Test für Mittelwertgleichheit						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-seitig)	Mittel-wert-differenz	Standard-fehler-differenz	95%-Konfidenz-intervall	
									unterer	oberer
Hautzinger	Var. gl. ang.	0,673	0,415	0,298	64	0,767	1,121	3,762	–6,394	8,637
Ende	Var. gl. n. ang.			0,297	61,995	0,767	1,121	3,776	–6,427	8,669
HAMD	Var. gl. ang.	0,364	0,548	–0,62	64	0,537	–0,688	1,109	–2,903	1,528
Ende	Var. gl. n. ang.			–0,616	59,938	0,54	–0,688	1,116	–2,919	1,544
BDI	Var. gl. ang.	0,435	0,512	0,174	64	0,863	0,48	2,761	–5,036	5,996
Ende	Var. gl. n. ang.			0,173	62,202	0,863	0,48	2,771	–5,058	6,018
D2	Var. gl. ang.	1,333	0,253	1,341	64	0,185	18,02	13,436	–8,822	44,862
Ende	Var. gl. n. ang.			1,353	60,682	0,181	18,02	13,316	–8,609	44,649

Tabelle 12
Test bei unabhängigen Stichproben nach der Behandlung

vention vor und nach der Behandlung beim Krankheitswert D2-R-Test aus.

Daraus lässt sich ein erster Schluss ziehen: Die Behandlung mit kunsttherapeutischer Intervention hat (ergänzend zu anderen Behandlungsmethoden) eine zusätzliche Verbesserung der Krankheitssymptome im Vergleich zur Behandlung ohne kunsttherapeutische Intervention bewirkt (Tabellen 9 bis 11).

Ergänzend hierzu kann auch noch die Übersicht der Tabellen 3 bis 5 herangezogen werden.

Aus der Mittelwertdifferenz ist abzulesen, dass die Verbesserungen der Krankheitssymptome bei der Gruppe mit kunsttherapeutischen Interventionen höher ausfallen. Dies veranschaulichen die Diagramme 3 bis 6 mit dem Vergleich der Mittelwerte.

Ergänzend wurde auch noch ein T-Test für gepaarte Stichproben zwischen den Gruppen mit und ohne kunsttherapeutische Intervention nach den Behandlungen durchgeführt (Tabelle 12).

Es ist festzustellen, dass die Behandlungsergebnisse (Krankheitssymptomwerte) zwischen beiden Gruppen sich nach Abschluss der Behandlung zwar nicht signifikant unterscheiden, dass jedoch die Krankheitssymptomwerte – wie ausgeführt – bei der Gruppe mit kunsttherapeutischer Intervention besser ausfallen.

Aus den Statistiken geht hervor, dass alle Krankheitsbilder nach der Durchführung der kunsttherapeutischen Interventionen besser im Sinne der Patientinnen und Patienten ausfallen. Sowohl die Werte der Hautzinger-Skala, des HAMD, des BDI und des D2-Tests fallen nach der Behandlung statistisch belegt mit teilweise höchster Signifikanz besser aus als vorher (s. Tab. 5: Test für Stichproben mit paarigen Werten mit KT).

Damit wird die Alternativhypothese, dass die kunsttherapeutischen Interventionen einen zusätzlichen positiven Einfluss auf die Verringerung der Krankheitssymptome ausüben, mit hoher Signifikanz substantiiert.

Die Überprüfung der Alternativhypothese zeigt: Die kunsttherapeutischen Interventionen führen zu einem deutlichen Unterschied im Behandlungsergebnis von Versuchs- und Vergleichsgruppe.

Um diese Alternativhypothese nochmals zu überprüfen, wurde ein weiteres Testverfahren angewendet, mit dem Ziel nachzuweisen, dass die Verbesserung in den Krankheitssymptomen aller Werte in der Gruppe mit kunsttherapeutischer Intervention in signifikanter Weise stärker ausfällt als in der Gruppe ohne kunsttherapeutische Intervention. (Die relativen Werte beziehen sich hierbei auf die prozentuale Veränderung der Werte vor und nach der Behandlung.)

Dazu wurde in einem ersten Schritt ermittelt, welche Behandlungsformen in welcher Intensität in beiden Gruppen zur Anwendung kamen. Es ergaben sich folgende relative „Behandlungsfunktionen" unter Einbeziehung der Behandlungsformen Einzelgespräche (EG), Ergotherapie (Ergo), Physiotherapie (Physio), Depressionsbewältigungsgruppe (Depri) und Entspannung (Entsp). In Gruppe 1 wurde zusätzlich die kunsttherapeutische Intervention angewendet. Die Intensität wurde durch relativen Zeitaufwand bzw. Anwendungshäufigkeit gemessen.

a) Behandlungsfunktionen Gruppe 1 mit kunsttherapeutischer Intervention:
   Y(KI) = KI + 0,13 EG + 0,35 Ergo + 0,18 Physio + 0,24 Depri + 0,11 Entsp + ε (nicht bestimmbarer Restwert); (KI = kunsttherapeutische Intervention).
b) Behandlungsfunktionen Gruppe 2 ohne kunsttherapeutische Intervention:
   Y(OI) = 0,11 EG + 0,37 Erg + 0,17 Physio + 0,23 Depr + 0,12 Entsp + ε (nicht bestimmbarer Restwert); (OI = ohne kunsttherapeutische Intervention).

Die Koeffizienten der Behandlungsfunktionen stellen die relativen Häufigkeiten der einzelnen Behandlungsformen im Vergleich zueinander dar.

Der Vergleich der beiden Funktionen zeigt, dass die Intensität der einzelnen Behandlungsformen nahezu identisch ist, mit Ausnahme der Tatsache, dass in Gruppe 1 zusätzlich die kunsttherapeutische Intervention als Behandlungsform zum Einsatz kam. Aufgrund der starken Identitäten der Behandlungsfunktionen kann also davon ausgegangen werden, dass etwaige Unterschiede in Krankheitssymptomen nach den Behandlungen im Vergleich zu vorher auf die kunsttherapeutischen Interventionen zurückgeführt werden können.

Um dies zu prüfen, wurden für alle Werte der Krankheitssymptome (Hautzinger, HAMD, BDI und D2-R-Test) die relativen Veränderungen vor- und nachher, bezogen auf die jeweiligen Ausgangswerte, als sogenannte relative Deltas (unter Nutzung der Tabellen in den Gruppenstatistiken) ermittelt. Dies zeigt sich in Tabelle 13.

Unter Reduktion der Veränderung der Krankheitsergebnisse vorher/nachher auf die Behandlungsform mit kunsttherapeutischer Intervention und ohne kunsttherapeutische Intervention ergeben sich daraus die folgenden kumulierten Veränderungswerte nach Abschluss der Behandlungen:

a) Behandlungsgruppe mit kunsttherapeutischer Intervention:
   Y (ΔrKI) = + 1,75
b) Behandlungsgruppe ohne kunsttherapeutische Intervention:
   Y (ΔrOI) = + 1,18

Daraus ergibt sich ein kumulierter Vorteil in den Behandlungsergebnissen mit kunstthe-

Tabelle 13
Relative Δs der Krankheitssymptome vorher/nachher

	Anfang				Summe Δr
	Δr H	Δr HAMD	Δr BDI	Δr D2	
	Ende				
KI (VG)	0,53	0,51	0,4	0,31	1,75
OI (KG)	0,35	0,42	0,33	0,08	1,18

rapeutischen Interventionen von 0,57 (1,75-1,18) bzw. 48 Prozent. Das bedeutet, dass die Verbesserung der Krankheitssymptome in der Gruppe mit kunsttherapeutischer Intervention am Ende der Behandlung um 48 Prozent höher liegt als in der Kontrollgruppe. Daraus wird ein deutlich vorteilhafter Unterschied zugunsten der Gruppe mit kunsttherapeutischen Interventionen sichtbar.

Um zu testen, ob das Ergebnis auch einer statistischen Signifikanzprüfung standhält, wurde diese Prozedur abschließend noch einem T-Test unterzogen. Hier zeigt sich, dass die zusammengefassten Behandlungsergebnisse in der Gruppe mit kunsttherapeutischen Interventionen signifikant besser ausfallen als in der Gruppe ohne kunsttherapeutische Interventionen.

Damit wird die Alternativhypothese eines positiven Einflusses kunsttherapeutischer Interventionen auf die Krankheitssymptome erneut substantiiert, was die Tabellen 14 und 15 darstellen:

Die Mittelwerte der Gruppe 1 und Gruppe 2 sind signifikant unterschiedlich auf dem Irrtumswahrscheinlichkeitsniveau $p < 0.05$.

Der kritische t-Wert beträgt 2,145. Der kalkulierte t-Wert liegt über dem kritischen Wert (2,4139 > 2,145). Dies bedeutet, dass sich die beiden Stichproben (mit kunsttherapeutischer Intervention und ohne) signifikant unterscheiden.

Die zusammengefassten Behandlungsergebnisse in der Gruppe mit kunsttherapeutischen Interventionen fallen signifikant besser aus als in der Gruppe ohne kunsttherapeutische Interventionen.

Die Alternativhypothese eines positiven Einflusses kunsttherapeutischer Interventionen auf die Krankheitssymptome wird somit erneut substantiiert.

Dies kann als vorläufige Bewährung der theoretischen Vermutung gelten, dass kunsttherapeutische Interventionen eine zusätzliche Verbesserung des Krankheitsbildes der Patienten bewirken.

Gruppe 1 mit KT	Gruppe 2 ohne KT
53 51 40 31	35 42 33 8

Tabelle 14
Testdaten mit und ohne kunsttherapeutische Interventionen

Zusammenfassung		
	Gruppe 1	Gruppe 2
Mittelwert	43,75	29,5
Varianz	89,9286	188,8571
Standardabweichung	9,4831	13,7425
n	4	4
t	**2,4139**	
Freiheitsgrade	**6**	
Kritischer Wert	**2,145**	

Tabelle 15
Teststatistik T-Test der relativen Unterschiede vor und nach der Behandlung, mit und ohne kunsttherapeutische Interventionen

7 Diskussion der Ergebnisse

Ziel dieser Studie war es zu überprüfen, ob methodische kunsttherapeutische Interventionen den Heilungsprozess bei Depression fördern können. Hierbei kamen diagnose-, prozess- und lösungsbezogene kunsttherapeutische Methoden zur Anwendung, welche die Systematisierung, Planbarkeit und Wiederholbarkeit der Gruppensitzungen ermöglichten.

Angesichts der kleinen, nicht repräsentativen – für klinische Studien jedoch nicht unüblichen – Stichprobe können die Ergebnisse keinen umfassenden Repräsentationsanspruch erheben. Dennoch sind sie dazu angetan, deutliche Hinweise darauf zu geben, dass methodische kunsttherapeutische Interventionen in der Behandlung von depressiven Krankheitssymptomen den Behandlungserfolg wirksam beeinflussen. Um die Nachhaltigkeit dieser Aussage zu überprüfen, wären Follow-up-Studien erforderlich gewesen. Diese waren nicht eingeplant, da das Forschungsprojekt im Rahmen einer Facharbeit ohne öffentliche Zuschüsse an einem privaten Ausbildungsinstitut realisiert wurde; der Umfang des Vorhabens musste begrenzt bleiben. Aufgrund dieser Einschränkung kann die Studie auch als Pilotstudie bewertet werden, deren Forschungsdesign als geeignet erscheint für weitere, umfassendere klinische Studien zur Wirksamkeitsprüfung von Kunsttherapie in der Behandlung von Depression.

Die Autorinnen sehen den besonderen Wert der Ergebnisse darin, dass sie nahelegen, zielorientierte methodische Interventionen bei diagnosebezogenen Therapiegruppen – aber auch darüber hinausreichend – frühzeitig in die klinische kunsttherapeutische Behandlung einzubeziehen.

Wenn Kunsttherapie als wirksames psychotherapeutisches Verfahren Anerkennung gewinnen möchte, dann sehen sie eine Herausforderung und Chance darin, dass sich die zukünftige Forschung und Entwicklung kunsttherapeutischer Verfahren Schulen übergreifend auf ein gemeinsames psychotherapierelevantes Bezugssystem gründet. Neue Wege tun sich hier in der Neurobiologie, Neuropsychologie und Psychotherapieforschung auf. Um lebendige Prozesse und deren komplexe, auch nichtlineare Wechselwirkungen zwischen den verschiedenartigsten Wirkparametern (z.B. Körper-, Seele-, Leibparameter) zu beschreiben und zu beeinflussen, finden Modelle aus der Synergetik und Systemtheorie Beachtung. Diese untersuchen ordnungsbildende Parameter, die dazu geeignet sind, die Selbstorganisation innerhalb lebendiger Systeme so anzuregen, dass in der lebendigen Balance zwischen Stabilisierung und Verän-

derung immer wieder Stimmigkeit hergestellt werden kann und die Lebendigkeit erhalten bleibt. „Vor dem Hintergrund der Synergetik lässt sich Psychotherapie – ähnlich wie andere Formen der professionellen Förderung und Unterstützung von Lern- und Entwicklungsprozessen – als ein prozessual-adaptives Herstellen von Bedingungen für selbstorganisierte Ordnungsübergänge zwischen Kognitions-Emotions-Verhaltens-Mustern verstehen“ (Schiepek, 2003, S. 240). Schiepek stellt ein Psychotherapiemodell vor, das Erkenntnisse aus der Neurobiologie, der Systemtheorie, der Kreativitätsforschung, der Salutogenese, der Motivationspsychologie, der Prozesstheorie u.a. integriert. Unabhängig von den jeweiligen psychotherapeutischen Techniken und Methoden verschiedenster psychologischer oder kunsttherapeutischer Schulen rücken hier sogenannte „generische Prinzipien“ (Schiepek, 2003, S. 240) in den Fokus, die die Steuerung integrierter psychotherapeutischer Prozesse zunächst unabhängig von individuellen Themeninhalten fördern. Bei dem Modell einer integrierten, synergetischen Prozesssteuerung sind Aspekte wie Selbstwirksamkeit, Verstehbarkeit, Kontextbezug, Sinnhaftigkeit, Transparenz, Anliegen und Ziel, Motivation, Resonanz, Stimmigkeit, Ergebnistransfer und -integration Gegenstand der therapeutischen Exploration.

Für eine Kunsttherapie, die wissenschaftliche Anerkennung als psychotherapeutisches Verfahren sucht, könnte ein lohnender Entwicklungsansatz darin bestehen, die Vielzahl künstlerischer Interventionen und Kreativtechniken hinsichtlich psychotherapeutisch wirksamer generischer Prinzipien zu überprüfen und zu begründen bzw. äquivalent zu diesen zu entwickeln.

Literatur

Amelang, M. & Schmidt-Atzert, L. (2006). *Psychologische Diagnostik und Intervention.* Heidelberg: Springer.

Bertelsen, A., Harvald, B. & Hauge, M. (1977). A Danish twin study of manic-depressive disorders. *British Journal of Psychiatry, 130,* 330-351.

Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L. & Liepmann, D. (2010). *Test D2-R, Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest.* Göttingen: Hogrefe.

Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)/Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2011). *Patientenleitlinie zur Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, Version 1.0.* http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/archiv/depression-1aufl-vers1.0-pll.pdf (letzter Zugriff 09.01.2018)

Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (Hrsg.) (2004). *Internationale Skalen für Psychiatrie.* Weinheim: Beltz.

Coppen, A. (1967). The Biochemistry of affective disorders. *British Journal of Psychiatry, 131,* 1237-1264.

Csíkszentmihályi, M. (2007). *Flow: Das Geheimnis des Glücks.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Davison, G. C., Neale, J. & Hautzinger, M. (Hrsg.) (2002). *Klinische Psychologie.* Weinheim: Beltz.

DGBS e.V. und DGPPN e.V. (2012). *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.0.* https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/02c5331d181fbf33dfb4c774c6e6a23e80f358aa/S3_Leitlinie%20Bipolar_11052012_.pdf (letzter Zugriff 09.01.2018)

DGPPN/BÄK/KBV/AWMF/AkdÄ/BPtK/BApK/DAGSHG/DEGAM/DGPM/DGPs/DGRW (2012). *S3-Leitlinie – Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, Langversion 1.3.* http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/archiv/depression-1aufl-vers5-lang.pdf (letzter Zugriff 09.01.2018)

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (Hrsg.) (2015). *S-Leitlinie – Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Langfassung* (2. Aufl.), Version 1. November 2015. Verfügbar unter: http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/archiv/depression-2aufl-vers1-lang.pdf [20.10.2015].

Ebert, D. & Lammers, C. (1997). Das zentrale dopaminerge System und die Depression. *Nervenarzt 68,* 545-555.

Ellis, A. (2010). *Training der Gefühle – Wie sie sich hartnäckig weigern, unglücklich zu sein* (4. Aufl.). München: mvg.

Hanus, O. (2003). *Kognitive Kunsttherapie. Die Gestaltung des Subjektiven als Weg zum Ich.* Norderstedt: Books on Demand.

Hanus, O. (2013). *Kognitive Kunsttherapie. Zerebrale Stimulation durch darstellungsfreien Ausdruck in der Kunsttherapie für beratende, therapeutische und Gesundheit fördernde Berufe.* Aachen: Shaker Media.

Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (2005). *Beck-Depressions-Inventar. Testhandbuch* (2. Aufl.). Bern: Huber.

Hedlung, J. L. & Vieweg, B. W. (1979). The Hamilton rating scale for depression: A comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry, 10,* 149-165.

Henzler, C. & Riedel, I. (2004). *Maltherapie.* Göttingen: Kreuz.

Holsboer, F. (2001). Stress, hypercortisolism and corticosteroid receptors in depression: Implication for therapy. *Journal of Affect Disorders. 62,* 77-79.

Hoffmann, S. O. & Hochapfel, G. (2009). *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin* (8. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Igel-Monitor (2015). *Kunsttherapie bei psychischen Erkrankungen – Ergebnisbericht 2.0.* www.igel-monitor.de (letzter Zugriff 01.12. 2015).

Inn-Salzach-Klinikum (2014). http://www.inn-salzach-klinikum.de (letzter Zugriff 14.08. 2014).

Kliniken des Bezirk Oberbayern (2013). *kbo-Leitbild 2007-2015.* www.kbo-ku.de/index.php?id=23 (letzter Zugriff 15.03.2013).Kristeva, J. (2007). *Schwarze Sonne. Depression und Melancholie.* Frankfurt am Main: Brandes und Apsel.

Krumm, S., Schmidt-Atzert, L., Michalczyk, K. & Danthiir, V. (2008). Speeded paper-pencil sustained attention and mental speed tests: Can performances be discriminated? *Journal of Individual Differences, 29,* 205-216.

Lautenbacher, S. & Gauggel, S. (Hrsg.) (2010). *Neuropsychologie psychischer Störungen* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Maes, M. & Meltzer, H. (1995). The serotonin hypothesis of major depression: A review. *Rev. Neurosci, 4,* 407-416.

Maier, W., Heuser, I., Philipp, M., Frommberger, U. & Demuth, W. (1988). Improving depression severity assessment – II. Content, concurrent and eternal validity of three observer depression scales. *Journal of Psychiatric Research, 22,* 13-19.

Margraf, J. & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie.* Bd. 1. (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Menzen, K.-H. (2009). *Grundlagen der Kunsttherapie* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.

Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2005). *Psychiatrie und Psychotherapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

Möller, H.-J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (2008). *Psychiatrie und Psychotherapie.* Bd. 2 (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Neumann, N.-U. & Schulte, R.-M. (1988). Montgomery-Asberg-Depressions-Rating-Skala. Bestimmung der Validität und Interrater-Reliabilität der deutschen Fassung. *Psycho, 14,* 911-924.

Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Bd. 1, Klinische Philosophie* (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G. & Orth, I. (2007). *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Theorie und Praxis.* Bd 1. Bielefeld: Aisthesis.

Petersen, P., Gruber, H. & Tüpker, R. (2011). *Forschungsmethoden künstlerischer Therapien.* Wiesbaden: Reichert.

Potts, M. K., Daniels, M., Burnam, M. A. & Wells, K. B. (1990). A structured interview version of the Hamilton depression rating scale: Evidence of reliability and versatility of administration. *Journal of Psychiatric Research, 24,* 335-350.

Modernes Antiquariat

50-90% Preisvorteil

für Bücher aus: Belletristik, Mathematik, Medizin, Musik, Philosophie, Politik, Psychologie, Recht, Religion, Soziologie, Wirtschaft und Zeitgeschichte.

Bücher zum Teil Raritäten in bibliophiler Ausstattung.

Versandkostenfrei bei Bestellwert über 20,- Euro, bei geringerem Bestellwert Versandkostenpauschale von 2,- Euro.

www.modernes-antiquariat.net

„Psychiatrische Kliniken Bayern“. www.google.de (letzter Zugriff 18.03.2012).

Röhricht, F., Beyer, W. & Priebe, S. (2002). Störungen des Körpererlebens bei akuten Angsterkrankungen und Depressionen. *Psychother Psych Med, 52,* 205-213.

S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Version 5 (2009). http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_Unipolare_Depression-2015-07_verlaengert.pdf (letzter Zugriff 20.10.2015).

S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie (2015). Unipolare Depression (2. Aufl.), Version 1. http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers1-lang.pdf (letzter Zugriff 03.12.2015)

S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Version 1.0 (2012). https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-bipolar.pdf (letzter Zugriff 05.12.2015).

Schiepek, G. (2003). *Neurobiologie der Psychotherapie.* Stuttgart. Schattauer.

Schildkraut, J. J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: A review of supporting evidence. *Am Journal of Psychiatry, 122,* 509-522.

Springer, S. P. & Deutsch, G. (1990). Funktionale Asymmetrien. Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft.

Weyer, G. (Hrsg.) (2010). *Internationale Skalen für Psychiatrie. Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum* (5. Aufl.). Göttingen: Beltz Test.

WHO (2010). *ICD 10.* http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2011/block-f30-f39.htm#F32 (letzter Zugriff 03.12.2015).

Williams, J. B. W. (2001). Standardizing the Hamilton depression rating scale: Past, present and future. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 251, (Suppl. 2),* II/12.

Zitman, F. G., Mennen, M. F., Griez, E. & Hooijer, C. (1990). The different versions of the Hamilton depression rating scale. In: P. Bech & A. Coppen (Eds.), *The Hamilton scales. Psychopharmacology series 9* (pp. 28-34). Berlin: Springer.

Forschungsstudie am Inn-Salzach-Klinikum, Freilassing
Vinzentiusstraße 56
D-83395 Freilassing
Ärztlicher Direktor des Inn-Salzach-Klinikums: Prof. Dr. Zwanzger

begleitet von: A.K.T. – Ausbildungsinstitut für analytische und klinische Kunsttherapie, München.

Birgit Naphausen, M.A.
Lommelstraße 1
D-86911 Dießen
b-naphausen@kunsttherapie.com

Angelika Neuert, M.A
Dipl.-Sozialpädagogin.
angelika.neuert@gmx.de