

Aus der Abteilung Psychiatrie  
des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf  
unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Dieter Naber

**Messung therapeutischer Effekte bei der Implementierung  
künstlerischer Mittel in ein psychosoziales Lernprogramm  
für schizophrene Patienten**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Volkmar Sippel

aus Hamburg

Hamburg, 2002



„Singender Vogel“

Maske von Alalia Wojtal, anlässlich einer Werkstatt von Harald Herrmann,  
1998 in Krakau

Angenommen von dem Fachbereich Medizin  
der Universität Hamburg am: 17.12.2002

Datum der letzten Prüfung: 09.01.2003

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin  
der Universität Hamburg

Dekan: Prof. C. Wagener

Referent: Prof. M. Sadre-Chirazi-Stark

Koreferent: Prof. D. Naber

<b>I.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>I.1.</b>	<b>Ziel der Arbeit</b>	<b>9</b>
<b>I.2.</b>	<b>Problemstellung</b> .....	<b>9</b>
<b>I.3.</b>	<b>Gliederung der Arbeit</b>	<b>17</b>
<b>II.</b>	<b>Einführung</b>	<b>19</b>
II.1.	<b>Erfassung des wissenschaftlichen Umfeldes:</b>	
	<b>Ätiologische Modelle</b>	19
II.1.1.	Zubin und sein erweitertes Vulnerabilitätskonzept .....	19
II.1.2.	Neurokognitive Modelle	21
II.1.2.a.	Einfluss kognitiver Modellbildung auf die Klassifikation schizophrener Symptome .....	21
II.1.2.b.	Kognition und Metakognition	22
II.1.2.c.	Basisstörungenkonzept von Süllwold und Huber .....	24
II.1.2.d.	Stirnhirn und Exekutivfunktionen schizophrener Menschen	26
II.1.2.d.1.	Modell nach Shallice und Norman .....	26
II.1.2.d.2.	Das negative Syndrom	27
II.1.2.d.3.	Das positive Syndrom .....	28
II.1.2.d.4.	Frith und das Konzept von Metarepräsentation	30
II.1.3.	Entwicklungsorientierte Modelle.....	32
II.1.3.a.	Krankheitserleben und Bewältigung	32
II.1.3.a.1.	Einfluss von Kognitionen auf das Krankheitsgeschehen.....	32
II.1.3.a.2.	Einfluss von Emotionen auf den Langzeitverlauf	33
II.1.3.b.	Vulnerabilitätsmodelle aus entwicklungspsychologischer Sicht: ein eigener Ansatz.....	35
II.1.3.b.1.	Vulnerabilität der kognitiven Verarbeitung	35
II.1.3.b.2.	Vulnerabilität der emotionalen Verarbeitung und soziale Lerndefizite .....	38
II.1.3.b.3.	Rollendefizitsyndrom als eigenständiger Vulnerabilitätsfaktor	39
II.1.4.	Voraussetzungen für ein integratives Metamodell .....	41
II.2.	<b>Erläuterung der Thematik:</b>	
	<b>Therapeutische Anwendung</b> .....	44
II.2.1.	Kunst vor dem Hintergrund des neuen Ansatzes	44
II.2.2.	Praktischer Umgang mit den künstlerischen Mitteln .....	47
II.2.3.	Zusammenfassung 1: Integration in das dynamische Vulnerabilitäts – Stressmodell	49
II.2.4.	Zusammenhang zwischen Symptomen und künstlerischen Verhaltensweisen bei schizophrenen Menschen.....	51
II.3.	Abschlussbemerkung	52

<b>III. Methodikteil</b>	<b>53</b>
III.1. Allgemeiner Ansatz	53
III.2. Rahmenbedingungen .....	54
III.3.1. - 3.3. Vorüberlegungen zum Studiendesign	59
III.4. Festlegung der therapeutischen Zielkriterien .....	62
III.4.1. Wertigkeit von Zielen und Modellüberlegungen über ihr Verhältnis zueinander	62
III.4.2. Entwicklung eines Messinstruments zur Erfassung der maßnahmen- bezogenen Zwischenziele .....	64
III.4.3. Methodisches Vorgehen zur Operationalisierung und Messung der maßnahmenbezogenen Zwischenziele	65
III.4.4. Zusammenfassung aller Zwischenziele und ihrer kognitiven Zusammenhänge (Zusammenfassung 1) .....	66
III.4.5. Instrumente zur Erfassung der klinischen Hauptziele und Begrün- dung ihrer Auswahl	70
III.4.6. Ableitung einer Metaskala für das klinische Outcome.....	73
III.5. Beschreibung der übrigen Instrumente zur Erfassung der Eingangs- faktoren	74
III.5.1. Quantitative Instrumente .....	74
III.5.2. Für die Evaluation entwickelte Untersuchungsinstrumente	75
III.5.3. Qualitative Verfahren .....	77
III.5.4. Statistische Verfahren	79
III.6. Erfassung zusätzlicher Behandlungsfaktoren .....	80
III.6.1. Zusätzliche Psychotherapie	80
III.6.2. Zusätzliche Pharmakotherapie.....	81
III.7. Synopsis der verwendeten Messinstrumente hinsichtlich ihrer Funkti- on im Gesamtdesign	81
III.8.1. - 8.2. Praktischer Ablauf für die Durchführung der Maßnahmen .....	83
III.9. Graphische Gesamtdarstellung des Designs	85
III.10. Spezielle Fragestellungen.....	86
III.11. Erwartete Ergebnisse	86
III.12.1. – 12.5. Rekrutierung und Gruppenbeschreibung nach den demo graphischen und klinischen Standardvariablen	88

**IV. und V. Ergebnisteil** **97**

---

**IV. Quantitativer Ergebnisteil** **97**

---

IV.0.	Psychotherapeutische Kriterien für die Verteilung auf die Behandlungsmaßnahmen (qualitative Voranalyse)	97
IV.1. – 3.	Gruppenbeschreibung und Vergleich hinsichtlich der Fragestellung nach den Auswirkungen der psychotherapeutischen Verteilungskriterien .....	98
IV.1.1.	Beschreibung und Überprüfung der psychologischen Eingangsfaktoren	98
IV.1.2.	Überprüfung der weiteren sozialen Faktoren und Verlaufsfaktoren auf Gleichverteilung .....	99
IV.1.3.	Überprüfung der psychopathologischen Eingangsfaktoren hinsichtlich der Frage eines differentiellen Einflusses durch die therapeutischen Eingangskriterien	100
IV.2.1. – 2.2.	Gruppenbeschreibung und Vergleich hinsichtlich der Fragestellung nach Gleichverteilung in den zusätzlichen Behandlungsfaktoren .....	101
IV.2.3.	Zusammenfassung (6) zu IV.2.1. - 2.2	102
IV.3.1.	Ergebnisse zur Fragestellung 1: Erreichen der Zwischenziele.....	103
IV.3.2.a. – b.	Beantwortung von Fragestellung und Hypothese 1	105
IV.4.1. – 4.5.	Ergebnisse zur Fragestellung 2a: Erreichen der Hauptziele und Interkorrelationen .....	105
IV.4.6.	Beantwortung von Fragestellung und Hypothese 2a	110
IV.5.1. – 5.3.	Ergebnisse zur Fragestellung 2b: Erreichen der Hauptziele auf der Metaskala.....	110
IV.5.4.	Beantwortung von Fragestellung 2b	112
IV.6.1.	Ergebnisse zur Fragestellung 3: Zusammenhang von Zwischenzielen und Hauptzielen?.....	112
IV.6.2.	Beantwortung von Fragestellung 3 .....	112
IV.7.	Zusammenfassung (7) der Ergebnisse aus Fragestellung 1-3	113
IV.8.1. - 8.3.	Ergebnisse zur Fragestellung 4: Zusammenhang von Zwischenzielen und Eingangsfaktoren (s. Hypothese 4) .....	113
IV.8.1.a. - 8.1.b	(Suche nach globalen statistischen Zusammenhängen zwischen Zwischenzielen und Eingangsfaktoren	114
IV.8.2.	Analyse, welche Eingangsfaktoren sich als globale Prädiktoren für das Erreichen der Zwischenziele qualifizieren.....	115

IV.8.3.	Differentielle Analyse von Zusammenhängen zwischen Eingangsfaktoren und Zwischenzielen für die einzelnen Therapiegruppen.....	117
IV.8.4.	Beantwortung von Fragestellung 4 .....	117
IV.9.	Ergebnisse zur Fragestellung 5: Zusammenhang von Hauptzielen und Eingangsfaktoren	118
IV.9.1.	Globale Suche nach Prädiktoren über eine Regressionsanalyse.....	119
IV.9.2.	Beantwortung von Fragestellung 5	120
IV.10.	Zusammenfassung (9) der Ergebnisse aus Fragestellung 4 und 5.....	121
IV.11.1 – 11.3.	Ergebnisse zur Fragestellung 6: Vermittlerstellung von psychologischen Faktoren	122
IV.11.1.	Korrelationen der psychologischen Eingangsfaktoren mit den Haupt- und Zwischenzielen .....	122
IV.11.2.	Zusammenhang zwischen den psychologischen Faktoren unter sich	122
IV.11.3.a. - b.	Zusammenhang zwischen den psychologischen Faktoren und den übrigen Eingangsfaktoren.....	125
IV.11.4.	Beantwortung von Fragestellung 6	130

## **V. Qualitativer Ergebnisteil 132**

V.1.	Zielkriterien	132
V.1.1.	Psychotherapeutische Kriterien für die Verteilung auf die Behandlungsmaßnahmen .....	132
V.1.2.a. - b.	Ziele für die einzelnen Teilnehmer	133
V.1.3.a. - d.	Hierarchie der genannten Ziele und Befürchtungen, bezogen auf die Gruppen und die jeweils beteiligten Funktionen .....	135
V.2.	Beobachtungen der speziellen Rahmenbedingungen für die einzelnen Gruppen	143
V.2.1.	Gesprächsgruppe (s. Anhang, II, S. 219).....	143
V.2.2.	Theatergruppe .....	143
V.2.2.a.	Allgemeine Beschreibung	143
V.2.2.b.	Technische Durchführung .....	146
V.2.2.c.	Erfolgskriterien	151
V.2.3.	Werkstattgruppe.....	152
V.2.3.a.	Allgemeine Beschreibung	152
V.2.3.b.	Technische Durchführung .....	155
V.2.3.c.	Erfolgskriterien	157
V.2.4.	Zusammenfassung der wichtigen Unterschiede zwischen den drei Gruppenmaßnahmen.....	159

V.3.1. – 3.3.	Analyse der Drop Outs	161
V.3.4.	Überprüfung durch Einzelbefragung	163
<b><u>VI. Zusammenfassung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse und Gegenvergleich mit den Hypothesen</u></b>		<b>164</b>
VI.1.	Zusammenfassung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse	164
VI.2.	Gegenvergleich mit den Hypothesen .....	169
<b><u>VII. Diskussion</u></b>		<b>170</b>
<b>VII.1. – 1.6.</b>	<b>Eigene Ergebnisse vor dem Hintergrund des wissenschaftlichen Umfeldes</b>	<b>170</b>
VII.1.1.	Die Zwischenziele .....	170
VII.1.2.	Die Hauptziele	173
VII.1.3.	Zusammenhänge zwischen Zwischen- und Hauptzielen in der Theatergruppe .....	174
VII.1.4.	Zusammenhang zwischen Zwischenzielen und Eingangsfaktoren.....	179
VII.1.5.	Anmerkung zur Ethik	180
VII.1.6.	Prädiktoren für die Zwischenziele .....	180
<b>VII.2.</b>	<b>Folgerungen aus den Ergebnissen</b>	<b>181</b>
VII.2.1.	Vermittlung von Haupt- und Zwischenzielen über psychologische Konstrukte	181
VII.2.2.	Vergleich der IPC Werte mit einer nicht erkrankten Normalgruppe .....	182
VII.2.3.	Gemeinsame Wirkfaktoren einer Metatherapie	183
VII.2.4.a. - c.	Differentielle protektive Faktoren .....	185
VII.3.	Originalität der Arbeit .....	189
<b><u>VIII. Zusammenfassung der Arbeit</u></b>		<b>192</b>
<b><u>IX. Literaturverzeichnis</u></b>		<b>195</b>
<b><u>X. Danksagung</u></b>		<b>211</b>

**XI. Lebenslauf** **212**

---

**XII. Erklärung** **213**

---

Anhang		214
I.	Herleitung des Messinstrumentes für die Zwischenziele	214
II.	Qualitative Beschreibung der Gesprächsgruppe (vgl. V.2.1., S. 143) .....	219
III.	Zwei praktische Beispiele aus der Werkstattgruppe (vgl. V.2.3.b., S. 152)	223
IV.1. - IV.6.	Verwendete Fragebögen:.....	226
IV.1.	Kurzfragebogen zur Psychotherapiemotivation	226
IV.2.	Fragebogen zu den Basisstörungen .....	228
IV.3.	Fragebogen zu den Kontrollüberzeugungen	230
IV.4.	Fragebogen zu den Zielerwartungen (TGS).....	232
	-für die Werkstattgruppe (Patient versus Therapeut und Künstler)	232
	-für die Theatergruppe (Patient versus Therapeut und Künstler).....	237
IV.5.	Ratingskala für das Globale Funktionsniveau (DSM III, Achse V)	246
IV.6.	Fragebogen für das Interesse an Kunst .....	247



# *Messung therapeutischer Effekte bei der Implementierung künstlerischer Mittel in ein psychosoziales Lernprogramm für schizophrene Patienten*

## **I. Einleitung**

### **I.1. Ziel der Arbeit**

Die folgende Arbeit versucht, auf nachstehende Fragestellungen eine Antwort zu geben:

1. Wie kann auf dem Stand des Wissens von Schizophrenietheorien und ästhetischen Theorien Kunst für schizophrene Patienten therapeutisch wirksam sein?  
(s. Einführung II)
2. Wie müssen die künstlerischen Mittel dafür angewendet werden?  
(s. Einführung II)
3. Welche mittelbezogenen therapeutischen Effekte müssen sich bei sachgerechter Anwendung ermitteln lassen?  
(s. Einführung II und Methodik III)
4. Mit welchen Instrumenten können diese zu erwartenden Effekte gemessen werden und wie lässt sich als qualitätssichernde Maßnahme evaluieren, ob es sich bei den Effekten nicht um Surrogatziele, sondern um Verhaltensveränderungen von klinischer Relevanz handeln könnte?  
(s. Methodik III)

Bei der Untersuchung (IV) handelt es sich um eine prospektive Pilotstudie, bei der die Messbarkeit von Verhaltensänderungen und deren klinische Relevanz bei der Anwendung künstlerischer Mittel überprüft werden soll; die Ergebnisse sollen anhand der aus dem Stand des Wissens abgeleiteten Konstrukte für die Langzeitbehandlung der Schizophrenie diskutiert werden (VII).

### **I.2. Problemstellung**

In den meisten medizinischen Bereichen, die auf empirisch gesicherte Behandlungsmethoden zurückgreifen, sind die Methoden aufgrund theoretischer Krankheitsmodelle entwickelt worden, in denen sorgsam das Wissen über Ätiologie, Pathogenese und Verlauf zusammengetragen wurde, um darauf fußend schlüssige therapeutische Konzepte herzuleiten. Auch in der Psychiatrie, so weit sie den Anspruch auf ein empirisches Vorgehen erhebt, sollten die therapeutischen Konzepte auf empirisch überprüfbaren Krankheitsmodellen basieren.

Leider ist dies sogar in der biologisch orientierten Psychiatrie nicht konsequent der Fall; häufig bestimmen statt dessen Zufallserfolge die Formulierung von Modellen; so führte beispielsweise der Erfolg von Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern zur „Noradrenalinhypothese“ der Depression und der Erfolg von „Serotoninwiederaufnahmehemmern“ zur Formulierung einer entsprechenden „Serotoninhypothese“. Erst recht gilt dies für den methodisch sehr schwer eingrenzbaeren Bereich der Psychotherapieforschung. Hier kann sich vielleicht nur die Verhaltenstherapie darauf berufen, ihre lerntheoretischen Modelle in exakten Untersuchungen unter experimentellen Bedingungen abgeleitet zu haben (Hohagen 2000). Eine Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass psychiatrische Krankheitsbilder parallel durch biologische, psychologische und soziologische Begrifflichkeiten beschreibbar sind und keine dieser drei Beschreibungsebenen für sich überzeugend in Anspruch nehmen könnte, die Beschreibungen auf den anderen Ebenen zu ersetzen (Eikermann 1999). Versuche, sich in Modellformulierungen auf eine strukturelle Ebene zu beschränken, führen andererseits häufig dazu, dass methodische Korrektheit auf Kosten von klinischer Relevanz erzielt wird (Carpenter 1981).

Psychiatrische Krankheitsmodelle, aus denen Handlungsoptionen für eine umfassende Therapie abgeleitet werden, sollten daher biologische, psychologische und soziologische Dimensionen in einem integrativen Modell beschreibbar machen, wobei die verschiedenen Ebenen ihre strukturelle Entität beibehalten sollten. Hieraus leitet sich ja auch die Legitimation für ein multiprofessionelles Team in der Rehabilitation der Schizophrenie ab.

In der aktuellen Forschung sind störungsbezogene schul- und disziplinübergreifende Krankheitsmodelle dagegen nur in Ausnahmefällen, selbst, wenn sie für einige psychiatrische Erkrankungen vorliegen, der Ausgangspunkt für eine konsequente Therapieforschung.

Hinzu kommt, dass viele Krankheitsmodelle zwar eine gute Entscheidungsgrundlage für die Akutphasen von Krankheiten ermöglichen, aber ein therapierelevantes Verständnis für die biologischen, sozialen und psychologischen Wechselwirkungen in einem chronischen Krankheitsprozess nur in Ausnahmefällen vermitteln.

Dies gilt mit Einschränkungen auch für das störungsbezogene schulübergreifende Vulnerabilitäts-Stressmodell der Schizophrenie (Zubin u. Spring 1977), in welchem mehrere monokausale Konzepte nachvollziehbar zu einem multifaktoriellen Konzept verbunden wurden.

Dieses Modell ist attraktiv, da es gleichzeitig eine syndromorientierte Akutbehandlung zulässt, aber auch ermöglicht, durch Abbau von Stressoren und Aufbau von Coping-Kompetenzen eine krankheitsbe-

zogene Prophylaxe auf psychologischer, biologischer und sozialer Ebene aufzubauen.

Ein überdenkenswerter, aber praktisch kaum einlösbarer Ansatz ist hierbei, dass der Patient nur in akuten psychotischen Schüben erkrankt ist, in der Zwischenzeit aber eine stabile, als Trait-Marker betrachtete Vulnerabilität aufweist, welche allenfalls die Wahrscheinlichkeit erhöht, wieder zu erkranken.

Dieses Verständnis mag zwar zur Entstigmatisierung der nicht mehr nur als durchgehend erkrankt gesehenen, sondern viel mehr nur als vulnerabel verstandenen Menschen beigetragen haben, bietet leider aber kaum ausreichend Handlungsgrundlage für die häufig erforderliche Langzeitbehandlung schizophrener Menschen. In ihrem Langzeitverlauf zeigt sich die Schizophrenie nämlich häufig nicht als statische Erkrankung, bei der die einmalige Erfassung unterschiedlicher Faktoren (wie zum Beispiel einer festen Vulnerabilitätsschwelle) die Verlaufsprozesse im Krankheitsgeschehen und die daraus ableitbaren Interventionen vorausberechenbar machen könnte, sondern i.S. Ciompis (1988) als ein von unterschiedlichen Faktoren bestimmtes dynamisch - prozesshaftes Geschehen vor dem Hintergrund einer persönlichen Lebens- und Leidensgeschichte.

Diese persönliche Leidensgeschichte bringt es mit sich, dass Prozesse angestoßen werden, die von Janzarik (1959, 1968, 1988) als zunehmende Persönlichkeitsverformung durch fortgesetzte Wahnarbeit beschrieben wurden, aber auch den Charakter von autoregulativen Heilungstendenzen annehmen können, was von Böker (1986) als eine dem Krankheitsgeschehen entgegenwirkende Bewältigungskompetenz bezeichnet wurde. Zurückbleibende Symptome und sich entwickelnde autoregulative so wie dysfunktionale Anpassungsmechanismen werden in einem solchen Verständnis Ausgangspunkt einer neuen Ich-Organisation. Sie wirken auf die aktuelle Symptomatik so zurück, dass gleiche Symptome bei wiederholter Exazerbation eine völlig andere Verlaufsdynamik als zum Erkrankungsbeginn haben können. Das Vulnerabilitäts-Stressmodell bietet aber wenig empirisch abgesicherte therapeutische Interventionsmöglichkeiten aus dem Verstehen solcher Verlaufsprozesse.

Dass diese Überlegungen relevant sind, zeigt die klinische Erfahrung, dass eine nur syndromorientierte aber nicht einzelfall- und verlaufsorientierte Betrachtungsweise in der Langzeittherapie von Psychosen das Risiko in sich birgt, dass Psychose und Wahnarbeit zu invasiv und unspezifisch behandelt werden. Man klammert aus, wie sehr diese Prozesse schon Bestandteil der persönlichen Lerngeschichte und Persönlichkeitsorganisation geworden sind und sich auf neurobiologischer, sozialer und psychologischer Ebene fixiert haben.

Eine massive und erfolgreiche Behandlung jahrelang anhaltender psychotischer Symptome auf biologischer oder invasiv psychotherapeutischer Ebene, ohne neue kognitive, emotionale und soziale Alternativstrukturen zu integrieren, trägt andererseits das Risiko in sich, dass Patienten i.S. einer sekundären Negativsymptomatik an selbstprotektivem Vermeidungsverhalten festhalten oder aufgrund eines Strukturverlustes in eine neue Psychose hineingeraten.

Die forcierte Behandlung primärer negativer Symptome, wie sie durch die neueren Neuroleptika i.Z. mit intensiver psychosozialer Aktivierung möglich erscheint (Cechnicki 2000), kann so zwar zu einer überraschenden Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus bei dem Erkrankten führen. Fehlen dem Erkrankten aber für die neuen emotionalen und sozialen Anforderungen reifere Bewältigungsstrategien, erscheint ein erneuter Rückfall vor dem Hintergrund des Ungleichgewichtes zwischen psychosozialer Belastung und Bewältigungskompetenz fast schon vorprogrammiert zu sein.

Es sollte daher therapeutisch auf ein dynamisches Vulnerabilitäts - Stressmodell Bezug genommen werden, welches Entwicklungsprozesse auf psychologischer, sozialer und biologischer Ebene in das Vulnerabilitäts - Stressmodell integriert. Auf der Grundlage einer individuellen Verhaltensanalyse können dann aus dem dynamischen Modell die Indikationskriterien für die Gewichtung pharmakogener, neurorehabilitativer, sozialpsychiatrischer und psychotherapeutischer Komponenten in einen individuellen Therapieplan einmünden.

Für den Behandlungsplan und die Auswahl der therapeutischen Mittel lassen sich anhand einer solchen Behandlungsphilosophie daher folgende Regeln ableiten:

1. Die therapeutischen Mittel müssen in der Startphase gleichzeitig aktivierend und stabilisierend sein; dabei geht es zunächst weniger darum, pathologische Strukturen offen zu legen, als mehr darum, i. S. einer „Strukturinfusion“ neue sozial tragfähige kognitive Strukturen aufzubauen. Erst, wenn das Individuum die Erfahrung macht, dass es mit solchen über die Therapie angebotenen externen Hilfsstrukturen funktionaler seine Entwicklungsziele verfolgen kann, können die über Wahrarbeit und sozialen Rückzug herausgebildeten Kognitionen nachhaltig hinterfragt werden.
2. Wenn die vorherige Stufe erreicht wurde, muss die therapeutische Methode dem Individuum genügend Trainingsmöglichkeiten bieten, bei denen dysfunktionale Muster durch Verhalten in seinen sozialen und individuellen Konsequenzen angstfrei abgebildet und gleichzeitig die neuen Verhaltensstrukturen so umgesetzt werden können, dass das

Individuum im Rahmen einer Realitätsüberprüfung auf möglichst vielen Ebenen neues Verhalten erlernen kann.

3. Durch „Lernen am Gegensatz“ kann es so zu einer allmählichen kognitiven Umstrukturierung kommen; über den empathischen Kontakt zum Therapeuten oder zu anderen Gruppenmitgliedern kann dieser Prozess durch strukturelles „Lernen am Modell“ beschleunigt werden.
4. Auch in der Phase der „Strukturinfusion“ sollte die Wissensvermittlung immer interaktiv bleiben, damit die aktuellen Entwicklungsbedürfnisse des Patienten in jeder Entwicklungsphase mit einbezogen werden können (Kuhl 1999).
5. Die therapeutischen Methoden sollten ein differentielles Therapieangebot je nach der Entwicklungsstufe des Krankheitsgeschehens für den Klienten zur Verfügung stellen; je schwerer die Störung ist, desto länger muss die Phase der „Strukturinfusion“ andauern, bis ein Probehandeln und eine kognitive Kontrastierung mit den pathologischen Strukturen erfolgen kann.
6. Schon in Phasen von „Strukturinfusion“ sollten Selbstwirksamkeitserfahrungen über Verwirklichung eigener Wachstumsziele und Partizipation an einem sozialen Kontext gemacht werden; diese können nihilistische Grundeinstellungen i.S. von den weiteren Verlauf antizipierenden Basiskognitionen auflockern (vgl. Stark u. Stutte 1985).
7. Die Methoden müssten i.S. eines multimodalen Behandlungskonzeptes kompatibel zu anderen Therapiemodulen, z.B. dem biologischen, sein, damit den Patienten und ihren Angehörigen ein homogenes schulübergreifendes Störungs- und auch ein daraus abgeleitetes homogenes Behandlungskonzept vermittelt werden kann (vgl. Krausz u. Naber 1999). Die Vermittlung eines zeitgemäßen ätiologischen und therapeutischen Modells scheint eine wichtige Voraussetzung zu sein, damit der Patient und sein soziales Umfeld auch nach der stationären Behandlung im Interesse einer effektiven Rückfallprophylaxe mit den Behandelnden kooperieren (vgl. Süllwold 1995 u. Bäuml 1994).

Viele psychotherapeutische Methoden müssen störungsbezogen adaptiert werden, um dieser, aus den Spezifika des schizophrenen Krankheitsbildes abgeleiteten, therapeutischen Strategie entsprechen zu können.

Psychodynamische Überlegungen fließen in die „Containment-Funktion“ (Searls 1965) des individuellen Therapeuten innerhalb eines supportiven Langzeitkontaktes ein („Strukturinfusion“); verhaltensbezogene Überlegungen erfordern den Einbezug neurorehabitativer Komponenten und zusätzlicher Verstärkungselemente über soziale und emotionale Komponenten in Form eines integrativen psychosozialen Lernprogramms. Auch die erforderliche Medikamenteneinnahme kann nicht isoliert betrachtet werden, sondern nur über psychoedukative Maßnahmen und den Abgleich in den Störungskonzepten zwischen Professionellen und den Betroffenen bleibend gesichert werden (Stolle u. Stark 1994, 1,2 ).

Klinische Beobachtungen und persönliche künstlerische Erfahrungen legen die Vermutung nahe, dass sich der Einsatz künstlerischer Mittel in der Langzeittherapie mit schizophrenen Patienten besonders gut in den hier beschriebenen Rahmen eines personenzentrierten und verlaufsbezogenen Therapiemodells integrieren lässt (Krausz u. Naber 1999, S.7).

*Wenn man die oben entwickelten Gütekriterien für die Strategie in der Verwendung psychotherapeutischer Methoden auf den Einsatz der künstlerischen Mittel überträgt, so können für den Einsatz künstlerischer Mittel folgende noch zu erklärende Wirkfaktoren vermutet werden:*

1. Kunst bietet als externe Hilfsstruktur Regeln für das „Infundieren“ neuer Strukturen (technisch-ästhetische Regeln, bzw. für die darstellende Kunst Regeln zur Darstellung einer Rolle); diese können sowohl durch einen therapeutisch arbeitenden Künstler als auch durch einen künstlerisch arbeitenden Therapeuten vermittelt werden
2. Künstlerische Tätigkeit ermöglicht die Aktivierung des Klienten auf allen Handlungsebenen; über die Zunahme von Aktivitäten kann eine kontinuierlichere Einbindung in einen sozialen Kontext erfolgen, so dass auch die Wahrscheinlichkeit für Selbstwirksamkeitserfahrungen zunimmt
3. Künstlerisches Schaffen fordert die Ausformulierung eigener Vorstellungen (Metakognitionen); über das geschaffene Werk wirken diese selbstreflexiv und stabilisierend auf den Künstler zurück
4. Kunst schafft emotionale Distanzierung - über das Element des „Probehandelns“ im Künstlerischen wird ein spielerisches „als ob“ eingeführt, welches das fragile Selbst der Patienten vor häufig rigiden Selbst- oder Fremdansprüchen schützen kann; hierdurch wird auch die Schwelle zur Teilnahme an therapeutischen Gruppenprozessen gesenkt

5. Künstlerisches Schaffen versucht, subjektive Vorstellungen sozial kommunizierbar zu machen (über ästhetische Regeln Bindung der privaten Symbole an soziale Strukturen); es sucht daher gleichzeitig Verstehen und Verständlichkeit; umgekehrt können neutrale Strukturen über ästhetische und soziale Symbole in privates Erleben transferiert werden (Strukturinfusion und Ausbildung von Metakognitionen, s.o. 1. und 3.)
6. Das Anspruchsniveau im künstlerischen Schaffen sollte sich dynamisch an die augenblicklichen therapeutischen Phasen anpassen können (vom technischen Pol in der „Strukturinfusion“ bis hin zu neuen Verbindungen zwischen privater Erfahrung und sozialem Kontext über das neu geformte ästhetische Symbol im originären Kunstwerk); hierdurch soll der Klient schon in allen therapeutischen Phasen Selbstwirksamkeitserfahrungen machen können und gleichzeitig vor Überforderung geschützt werden
7. Künstlerisches Schaffen sollte i.R. der Rehabilitation die Möglichkeit einer autonomen Fortführung außerhalb des therapeutischen Rahmens bieten; es kann so dem Individuum helfen, gesellschaftlich eine Form der Anerkennung zu erhalten, die nicht durch sein „Patientsein“ charakterisiert ist (vgl. Gugger 1991)

Bei der Anwendung künstlerischer Mittel ohne adäquates dynamisches Entwicklungsmodell der Schizophrenie, also in der derzeitigen Praxis für die Langzeitbehandlung, stellt sich die Frage, ob der übliche Einsatz künstlerischer Mittel die oben aufgeführten potentiellen Wirkfaktoren überhaupt zur Entfaltung kommen lässt.

Es gilt hierbei anzumerken, dass die meisten Ausbildungsinstitute für die Anwendung künstlerischer Mittel (Musik, Tanz, Theater) nicht störungsbezogen schulübergreifend, sondern überwiegend schulbezogen psychoanalytisch oder psychodynamisch arbeiten (verhaltenstherapeutische oder gestalttherapeutische Ansätze sind hier eine Ausnahme).

Leitgedanke des psychodynamischen Vorgehens ist der Versuch einer Deutung des künstlerischen Schaffens auf der Grundlage der frühen Lebensgeschichte der Patienten und vor dem Hintergrund der sich zwischen Patienten und Therapeuten entwickelnden Beziehung, auf die wiederum Elemente aus der frühen Lebensgeschichte übertragen werden. Wichtige Anstöße für die Deutung künstlerischen Schaffens sind darüber hinaus aus individualpsychologischer Sicht (Dreikurs 1976) und aus der Sicht der Selbsttheorie (Winnicott 1971, 1979) erfolgt.

Eine zu schnelle lebensgeschichtliche Deutung künstlerischen Schaffens bei schizophrenen Patienten oder ein direktes Deuten wahnhafter Über-

tragung, wozu diese Methoden verleiten können, trägt das Risiko in sich, dass, noch bevor der Patient reifere psychische Strukturen generieren kann, wahnhaft-kognitive Strukturen in Frage gestellt werden; hierdurch werden Angst- und Vermeidungsverhalten ausgelöst (Angst vor Strukturverlust).

Auf der Grundlage eines interpersonellen Containments durch den Therapeuten müssen daher zunächst strukturelle Elemente des Patienten mit Hilfe der psychischen Strukturen des Therapeuten gehalten und stabilisiert werden; in einem kognitiv - behavioralen Ansatz würden dem Patienten gleichzeitig technische Regeln vermittelt werden, mit denen er verlässlichere kognitive Strukturen aufbauen kann (Strukturinfusion: kognitiv - neurorehabilitativer Ansatz).

Für eine psychoanalytische Beziehungsarbeit tritt erschwerend hinzu, dass sie in der Regel Zeiträume benötigt, die die gewöhnlichen klinischen oder nachstationären Behandlungszeiträume weit überschreiten. Es besteht so die Gefahr, dass die Patienten auf ihren psychodynamisch hochbrisanten Beziehungsprozessen „sitzen bleiben“.

Eine weitere Gefahr einer solchen analytischen Deutung besteht darin, dass die spielerische, emotionale Distanz im künstlerischen Prozess so früh unterbrochen wird, dass sich kognitive und emotionale Strukturen im künstlerischen Prozess gar nicht erst über eine ästhetische Form ausdrücken können; dem Patienten bleibt so eine wesentliche intrinsische Verstärkung, nämlich das ästhetische Vergnügen und die damit verbundene Selbstwirksamkeitserfahrung, vorenthalten.

Auch ein Ausgleich kognitiver und emotionaler Komponenten in der gefundenen Form, ein wesentlicher Motor künstlerischen Schaffens, bleibt so in seinem Wirken reduziert.

In dieser Studie sollen alternative künstlerische Ansätze mit schizophrenen Patienten untersucht werden, in welchen weniger auf die lebensgeschichtliche Bedeutung oder die Beziehungsarbeit fokussiert wird (welche natürlich immer wichtiger Bestandteil in der Therapie bleiben), sondern mehr auf die Vermittlung technisch-ästhetischer Regeln.

Durch diese werden private Bedeutungen sozial fassbarer, kognitive Prozesse werden trainiert und der Patient kann über einen ästhetisch-künstlerischen Wert der Gestaltung Selbstwirksamkeitserfahrungen sammeln.

Die technisch-ästhetischen Strukturen und das spielerische Element der Gestaltung könnten vielleicht gerade dem schwer gestörten Patienten einen Schutzraum bieten, über den er sich zutraut, sozial zu partizipieren, ohne sich dabei preisgegeben zu fühlen.



Ein solcher Therapieansatz müsste paradoxerweise zunächst einmal nicht therapeutisch, sondern technisch - ästhetisch sein, damit sich das therapeutische Potential, welches die künstlerischen Mittel per se haben, voll entfalten kann (Lingner 1985).

Vielleicht könnte, wie ja in anderen Bereichen der Rehabilitation auch, der Einbezug von bereichsbezogenen Fachleuten, die keinen therapeutischen, sondern eher einen professionell fachbezogenen Ehrgeiz haben, nämlich in diesem Fall von Künstlern, sich innerhalb eines therapeutischen Settings als Vorteil erweisen, um ein derartiges therapeutisches Modell zur Anwendung künstlerischer Mittel entwickeln zu können.

Hierzu müsste zunächst ein verlaufsbezogenes Störungsmodell abgeleitet werden, welches sowohl dem aktuellen Wissensstand über schizophrene Syndrome gerecht wird, als auch die individuelle Entwicklungsdynamik von Verlaufsprozessen in das Vulnerabilitäts - Stressmodell zu integrieren vermag.

Aus diesem Modell ließen sich dann Indikationen für unterschiedliche therapeutische Maßnahmen herleiten, von denen die psychotherapeutische Arbeit nur ein Element innerhalb eines komplexen psychologischen, sozialen und pharmakotherapeutischen Behandlungsansatzes sein kann (Lambert, Perro u. Naber 1999).

Für die psychotherapeutische Arbeit könnte aber aus dem verlaufsbezogenen Störungsmodell eine generelle Strategie ableitbar werden, für die der Einsatz künstlerischer Mittel durch Berufskünstler als ein klinisch überprüfbarer Beleg im Rahmen dieser Arbeit evaluiert werden könnte.

### **I.3. Gliederung**

*Im theoretischen Teil dieser Arbeit soll:*

A) aus dem aktuellen Wissensstand über die Schizophrenie ein verlaufsorientiertes Störungsmodell schizophrener Psychosen abgeleitet werden und

B) überlegt werden, welches therapeutische Metamodell sich aus einem solchen verlaufsbezogenen Störungsmodell ableiten ließe.

C) Abschließend soll kurz dargestellt werden, wie sich die praktischen Implikationen aus dem verlaufsbezogenen Störungsmodell auf die Implementierung künstlerischer Mittel in der Rehabilitation schizophrener Patienten auswirken kann.

*Im Untersuchungsteil soll in einem explorativen Design ohne randomisierte Zuordnung überprüft werden, ob der Einsatz von künstlerischen Mitteln unter den aus dem theoretischen Konzept abgeleiteten therapeutischen Bedingungen klinisch sinnvoll und innerhalb eines schon bestehenden Behandlungsrahmens strukturell umsetzbar erscheint:*

A) Im quantitativen Teil soll dabei untersucht werden, ob über den Beobachtungszeitraum von einem Jahr hinweg in zwei mit künstlerischen Mitteln arbeitenden Untersuchungsgruppen (Theatergruppe und Werkstattgruppe) innerhalb eines multimodularen Rehabilitationssystems vergleichbar klinische Erfolge wie in einer offenen Gesprächsgruppe erzielt werden können; es würde dann eine klinische Unbedenklichkeit der neuen Methode behauptet werden; zusätzlich soll mit der Erfassung von maßnahmenbezogenen Verhaltensänderungen überprüft werden, ob alle Gruppen bezüglich der angestrebten spezifischen Verhaltensänderungen erfolgreich sind; dies würde dann die zur Anwendung gekommenen psychotherapeutischen Einteilungskriterien bestärken.

B) Im qualitativen Teil soll therapeutisch-phasenbezogen beschrieben werden, welche unterschiedlichen therapeutischen Mittel in den einzelnen Gruppen unter welchen Settingbedingungen zur Anwendung kommen. Einzelne therapeutische Effekte, die durch teilnehmende Beobachtungen und standardisierte Instrumente erfasst werden, sollen dann im Gegenvergleich mit dem im Theorieteil entwickelten Metamodell zur Langzeitbehandlung schizophrener Psychosen genauer zugeordnet werden.

*In der Diskussion soll ein Gegenvergleich der im Theorieteil aufgestellten Hypothesen mit dem empirisch ermittelten Datenmaterial (A) erfolgen; auch die durch die qualitativen Verfahren gewonnenen Beobachtungen sollen bei diesem Gegenvergleich mit einfließen (B).*

C) Abschließend soll diskutiert werden, inwiefern der gewählte Untersuchungsansatz sich für die Beantwortung der speziellen Untersuchungsfragen als geeignet erwiesen hat und

D) inwiefern diese Untersuchung als eine Anwendungsüberprüfung des im Theorieteil entwickelten Metamodells für die Therapie schizophrener Psychosen einen Beitrag leisten konnte.

## **II. Einführung**

### **II.1. Erfassung des wissenschaftlichen Umfeldes: Ätiologische Modelle**

#### **II.1.1. Zubin und sein erweitertes Vulnerabilitätskonzept**

Überlegungen zum Vulnerabilitätskonzept in der Schizophrenie wurden schon in den 60er Jahren angestellt (Zubin 1963). Man wurde aber erst in den 70er Jahren durch eine Reihe von Publikationen durch die Arbeitsgruppe um Joseph Zubin (Zubin und Spring 1977, Zubin et al. 1981, 1983, 1985) in Fachkreisen darauf aufmerksam.

Dies mag daran liegen, dass seit der Beschreibung Kraepelins (1896), der die Schizophrenie in dem Terminus „Dementia praecox“ erstmals als Krankheitsentität erfasste, immer wieder populärere Versuche unternommen wurden, Ätiologie, Psychopathologie, Verlauf und Krankheitsausgang der Schizophrenie aus monokausalen Konzepten heraus abzuleiten. (Bynum 1983) Zu diesen Konzepten sind die genetischen Modelle der 30er Jahre mit ihrem konstitutionsbiologischen Hintergrund zu zählen, ferner die als Gegenbewegung zu dem biologisch psychiatrischen Modell verstandene „antipsychiatrische Bewegung“ der 50er und 60er Jahre, wobei letztere in z.T. unvereinbaren Ätiologievorstellungen zu den biologischen Konzepten gipfelte. So etwa, wenn der amerikanische Vertreter der Antipsychiatriebewegung Thomas Sasz (1978) mit dem Begriff "Mythos der Geisteskrankheiten" die bloße Existenz von psychischen Erkrankungen abstritt (s. hierzu auch Laing 1972).

Mehr als hundert Jahre später, nach vielen unfruchtbaren monokausalen Forschungsansätzen und Behandlungsversuchen, sind m.A. nach derartige eindimensionale Erklärungsversuche für ätiologische und nosologische Fragestellungen nicht mehr aufrechtzuerhalten. So ist Zubins großer Verdienst, dass er durch die Behauptung des hypothetischen Faktors „Vulnerabilität“ Ende der 70er Jahre umweltzentrierte Ätiologiemodelle (ökologische, entwicklungstheoretische und lerntheoretische) und biologische Ätiologiemodelle (genetische, neuropsychologische, anatomische und metabolische) sinnvoll miteinander verband (Zubin 1972).

Auf der Grundlage seines Modells wurde es erstmals möglich, die in den einzelnen Forschungsrichtungen erlangten Erkenntnisse über Ätiologie, Psychopathologie und Krankheitsverlauf mit den damit verbundenen Behandlungsansätzen nicht mehr als sich gegenseitig ausschließend zu formulieren. Im Interesse der Patienten wurde statt dessen eine Synthese dieser verschiedenen Aspekte vorgeschlagen.

Nach Olbrich (1990) sind es dabei drei Begriffe, die das Vulnerabilitätsmodell konstituieren:

- Vulnerabilität des Individuums
- Stressoren
- Moderatorvariablen

Die Vulnerabilität wird als eine Schwellensenkung verstanden, die das Individuum störanfälliger gegenüber solchen Reizen werden lässt, die in der Lage sind, über entsprechende Zwischenschritte ein psychotisches Geschehen auszulösen. Korrespondierend mit dem zur gleichen Zeit von Brown formulierten „Expressed Emotions“- Modell (Brown 1959, 1990, Brown et al. 1972), welches eine bestimmte Konstellation sozialer Reize in der Familie für die erhöhte Rückfallneigung schizophrener Patienten verantwortlich macht, vermutet man auch in diesem Modell soziale Reize als wichtigste Stressoren.

Gleichzeitig wird angenommen, dass die Vulnerabilität über das gesamte Leben hinweg i.S. eines „Trait Markers“ erhalten bleibt, und damit die lebenslange Prädisposition beschreibt, unter bestimmten Umständen psychotisch zu reagieren. Nur die psychotische Dekompensation selbst wird dabei als Krankheitszustand im herkömmlichen Sinne betrachtet.

Als Ansatzpunkte für therapeutische Interventionen gelten in diesem Modell vor allem die sog. Moderatorvariablen. Sie vermitteln, ob ein Individuum mit einem umschriebenen Vulnerabilitätswert bei einer bestimmten Stressbelastung auch wirklich mit einer psychotischen Episode reagieren wird.

Nach Olbrich (1990) werden als Moderatorvariablen im Zubinschen Modell vorrangig favorisiert:

1. das soziale Netzwerk eines Individuums,
2. sein prämorbid funktionelles Niveau, wobei damit vor allem die Bewältigungskompetenz in schwierigen Situationen gemeint ist. Diese Kompetenz setzt sowohl das Vorhandensein eines Bewältigungsrepertoires voraus als auch die Fähigkeit, dieses adäquat einsetzen zu können (Copingfähigkeit),
3. die ökologische Nische eines Individuums; hiermit ist die Art und Weise angesprochen, wie die täglichen Anforderungen und Möglichkeiten eines Individuums sich auf seinen psychosozialen Lebensraum auswirken. Der psychosoziale Lebensraum, in dem sich ein Individuum entfalten kann, wird damit durch das Individuum selbst mitgeprägt und mitgestaltet.

## **II.1.2. Neurokognitive Modelle**

### **II.1.2.a. Einfluss kognitiver Modellbildung auf die Klassifikation schizophrener Symptome**

Bei Crow (1980, a, b, 1985) ist das mit makrostrukturellen Hirnabnormalitäten korrelierte neuropsychologische Negativsyndrom durch Spracharmut, Affektverflachung und sozialen Rückzug gekennzeichnet. Es zeichnet sich ferner durch eine schlechte Medikamentenansprechbarkeit und einen chronischen Verlauf aus.

Das positive Syndrom dagegen ist nur durch eine mikrostrukturelle Veränderung sowie den Anstieg von Dopaminrezeptoren gekennzeichnet und weist klinisch Halluzinationen, Verkennungen und formale Denkstörungen auf. Es zeigt ferner eine gute Medikamentenansprechbarkeit und scheint in seinem weiteren Verlauf weniger kognitive Defizite auszubilden. Dieses Zweisyndrom-Modell von Crow findet sich in gängigen Symptom - Ratingskalen wie dem PANSS (Kay et al. 1987) wieder.

Liddle (1987) kommt dagegen bei einer Metaanalyse gängiger klinischer Ratingskalen (PSE nach Wing et al. 1974 sowie dem CASH nach Andreasen 1985) in Faktorenanalysen auf eine Dreifaktorenlösung von schizophrenen Syndromen, die unabhängig oder vergesellschaftet auftreten können:

- Desorganisation (Disorganisation),
- Wirklichkeitsverzerrung (Reality Distortion) und
- psychomotorische Verarmung (Psychomotor Poverty).

Der dritte Faktor deckt sich überwiegend mit dem Negativsyndrom Crows (1980), während die ersten beiden Faktoren (Desorganisation und Wirklichkeitsverzerrung) eine Zweiteilung des positiven Syndroms in zwei unabhängige Störungsbilder darstellen.

Frith (1992) ist noch etwas radikaler, indem er Störungen des subjektiven Erlebens (Reality Distortion) von Störungen des von außen beobachtbaren Verhaltens (Disorganisation und Psychomotor Poverty) abgrenzt.

Die genauere Erfassung schizophrener Symptome für neuropsychologische Studien hat auf diese Weise zu einer besseren replizierbaren Beschreibung schizophrener Syndrome geführt.

Kognitive Modelle sind bei den Studien als eine virtuelle Matrix zu verstehen, mit deren Hilfe Parallelitätsannahmen zwischen physiologischen Phänomenen und geistigen Phänomenen empirisch überprüft werden können.

## II.1.2.b. Kognition und Metakognition

### *Kognitionen*

Um besser verstehen zu können, wie derartige Modelle entwickelt werden, muss zunächst einmal die für alle kognitiven Modelle geltende Grundauffassung von „Kognition“ definiert werden.

Hierbei beziehe ich mich auf den Beitrag von J. Hoffmann zum Thema „Kognitive Psychologie“ (1999, S. 354):

*„In der Kognition wird die Interaktion zwischen dem Menschen mit seiner Umwelt als Ausdruck oder Resultat eines kontinuierlichen Informationsaustausches verstanden.“*

Im ersten Schritt (ebd. S. 354 – 356) werden dabei externe Reize über parallele Verarbeitungsprozesse im Zentralen Nervensystem (ZNS) auf internen Informationseinheiten abgebildet.

Die im ZNS dabei aktivierten Strukturen werden „*Begriffe*“ genannt. Zwischen den Begriffen wiederum bestehen lernabhängig gebildete Verbindungen, die Aktivierungen zwischen den Begriffen vermitteln können.

Auf diese Weise können von einem durch Reizeinflüsse aktivierten Begriff ebenfalls verbundene Begriffe mitaktiviert werden, ohne dass weitere Reizeinwirkungen dafür nötig sind. Die Begriffe und ihre Verbindungen bilden den Inhalt des Gedächtnisses.

Es ergibt sich damit für die Verarbeitung von Reizen folgendes Grundschema:

Die Verarbeitung eines jeden neu hinzukommenden Reizes beginnt mit der Aktivierung von Wissensstrukturen, d.h. sie erfolgt auf der Grundlage der über diesen Reiz in Gedächtnisstrukturen gespeicherten Informationen. Ferner bilden die zum Entscheidungszeitpunkt aktivierten Begriffe des Gedächtnisses die Datenbasis für Entscheidungen über auszuführende Handlungen. Handlungen können dabei sowohl geistig als auch motorisch sein.

Während die Reizaufnahme parallele Prozesse einbezieht, wird vermutet, dass Entscheidungsprozesse sequentiell organisiert sind, d.h. zu einem bestimmten Zeitpunkt kann immer nur eine Entscheidung getroffen werden.

Es gibt so zwei Bewegungsrichtungen für die hierarchische Aktivierung von Begriffen:

1. Die Bewegung von unten nach oben (sog. Bottom - Up - Prozesse):  
Parallele Aktivierung der untersten Ebene, d.h. Aktivierung aller Begriffe, die der sensorischen Wirkung des Reizes unmittelbar entsprechen, von dieser Ebene dann stufenweise Weiterleitung der intern kodierten Informationen in höhere Begriffsebenen.
2. Die Bewegung von oben nach unten (sog. Top-Down-Prozesse):  
Es wird angenommen, dass auch hypothesengestützt von oben nach unten Begriffe höherer Begriffsebenen ihnen zugeordnete Begriffe unterer Ebenen aktivieren können.

Die konkrete Verarbeitungsleistung für einen Reiz resultiert aus dem gleichzeitigen Vollzug der aufsteigenden und der absteigenden Bewegungen. Ferner werden innerhalb der Begriffe einer Ebene auch hemmende Verbindungen angenommen.

### *Metakognitionen*

Frith (1992) stellt die These auf, dass das im Stirnhirn lokalisierte System zur Steuerung von Handlungs- und Planungsfunktionen Teil eines Gesamtsystems ist, welches in Form von „Metarepräsentation“ einen wichtigen Anteil an der Wahrnehmung des Menschen von seinem eigenen Bewusstsein habe. Diese Wahrnehmung sieht er wiederum als eine wesentliche Voraussetzung für ein bewusstes Ich - Erleben. Die „Metarepräsentation“ ist i.S. der kognitiven Theorien eine „Metakognition“, also ein Wissen über das Denken.

Gleichzeitig lässt sich der Begriff der Metakognition auch auf andere psychologische Inhalte und Funktionen als die des Denkens ausweiten und betrifft damit auch die Selbsterfassung der eigenen Gefühle und Fähigkeiten sowie die Erfassung der Gefühle und Fähigkeiten anderer Menschen. Flavell versteht hierbei die Metakognition als allgemeine Qualität der „Rückbezüglichkeit des Denkens“ (Flavell 1979, 1986). Alle Formen von Selbstkontrolle des Verhaltens lassen sich damit als Steuerungsprozesse auf der Ebene von Metakognitionen auffassen.

Für die im weiteren angestrebte kognitive Sichtweise bleibt ferner festzuhalten, dass auch Krankheitskonzepte oder Attributionskonzepte - internal oder external oder fatalistisch - als spezifische Formen von Kognitionen, nämlich Metakognitionen, betrachtet werden können (Rotter 1969, 1975).

Sie können wichtige Persönlichkeitsmediatoren darstellen, um die Bewältigungsstrategien der Patienten im Hinblick auf Adaptionsanforderungen besser verstehen und therapeutisch nutzen zu können (Lasar und Loose 1994).

### II.1.2.c. Basisstörungskonzept von Süllwold und Huber

Die Beobachtung von der arbeitsteiligen Organisation des Gehirns hat den „Modulbegriff“ geprägt, bei dem vorausgesetzt wird, dass die gedächtnisartige Verankerung von Begriffen in einer Untereinheit des Gehirns nicht für andere Begriffe zugänglich ist (Fodor 1983).

Das methodische Problem in der neurokognitiven Modellbildung der Schizophrenie besteht darin, wie Süllwold (1995) zugibt, dass man wenig über das normale Zustandekommen komplexer psychologischer Funktionen, wie z. B. der Aufmerksamkeit weiß. Um so schwieriger wird es damit, spezifische Kriterien für die Informationsverarbeitungsstörung in der Schizophrenie zusammenzustellen, da diese doch am ehesten als ein dynamisches Ungleichgewicht in der Zusammenarbeit mehrerer komplexer neuronaler Subsysteme verstanden werden kann (Süllwold 1985, Emrich 1989, Liberman und Koreen 1993, Walker 1994).

Insofern sind nicht bestimmte Defizite kognitiver Leistungen spezifisch für die Schizophrenie. Vielmehr erfasst die Instabilität das kognitive Leistungsspektrum als Ganzes, wobei bestimmte kognitive Einzelleistungen intraindividuell im Verlauf stark variieren können (Seidman 1992).

Im Basisstörungskonzept von Süllwold und Huber (1986) werden dabei subjektive Befindlichkeitsstörungen beschrieben, die als das subjektive Erleben von kognitiven Defiziten verstanden werden. Die kognitiven Defizite werden auf eine bestimmte kognitive Grundstörung zurückgeführt, die für die Autoren schizophreniespezifisch zu sein scheint.

Diese kognitive Grundstörung wird als „*Verlust von Gewohnheitshierarchien*“ bezeichnet und führt sekundär zu einer Filterstörung (Over-Inclusion) sowie zu einer Dekodierungsstörung (Response Interference).

Für die Beschreibung der Grundstörung greifen die Autoren auf neurokognitive Modelle von Poljakov (1973) und Hemsley (1994) sowie auf die Interferenztheorie von Storms und Broen (1969) zurück.

Auf der Grundlage der hier beschriebenen Grundstörung scheint das kognitive Hauptproblem schizophrener Menschen darin zu bestehen (Süllwold, 1995, S. 27.) „...reduzante und für die aktuellen Situationen unwichtige Informationen aus dem Wahrnehmungsstrom unbewusst herausfiltern zu können“. Der Filterprozess wird in der nicht gestörten Reizverarbeitung durch einen Zugriff auf die für die Situation relevante Erfahrung ermöglicht.



Bei schizophrenen Menschen scheint dieser Zugriff gestört zu sein, so dass viele Informationen nicht als „schon bekannt“ vorgefiltert werden und so als scheinbar „neue Informationen“ die Bewusstseinschwelle überschreiten.

Die praktischen Konsequenzen sind, dass keine festen Gewohnheitshierarchien in der Reizverarbeitung etabliert werden können und bei aktuellen Aufgaben zu viele redundante, nicht situationsrelevante Informationen mitberücksichtigt werden müssen.

Ein solcher Verarbeitungsmodus kann natürlich auch in tatsächlich neuen Situationen mit ungewöhnlichen Reizkonstellationen durchaus ein Vorteil sein, da schizophrene Menschen auch ungewöhnliche Lösungen als gleich wahrscheinlich miteinbeziehen können (Poljakov 1973).

Auf diese Weise lässt sich auch die häufig klinisch beobachtete schizophrene Originalität und Unmittelbarkeit im Verhalten als eine Notwendigkeit verstehen, ständig neue Verhaltensstrukturen generieren zu müssen, wenn auf schon bestehende kognitive Programme nicht störungsfrei zurückgegriffen werden kann. Das auf diese Weise unökonomischer arbeitende Informationsverarbeitungssystem wird zugleich störanfälliger und langsamer bei allen Verarbeitungsprozessen, in denen auf komplexe Schemata zurückgegriffen werden muss. Die Folge sind sog. Interferenzphänomene, bei denen sich Verarbeitungsprozesse verschiedener Systeme zufällig überlagern und störend beeinflussen. Huber (1976, 1983) hat für die Grundstörung ein somatisches Korrelat finden wollen, wobei er hierbei vor allem eine veränderte Transmitterchemie und Neurophysiologie des limbischen Systems vermutete.

Süllwold selbst (1986, 1995) will dagegen die subjektiv erlebten Basisstörungen in ein offenes Kontinuum hin zu den schizophrenen Symptomen einordnen, wobei sie auch dem persönlichen Verhalten - i.S. von persönlichkeitsbedingten Anpassungs- und Bewältigungsversuchen der Basisstörungen - eine wichtige Bedeutung zuerkennt.

Klosterkötter (1988, 1992) hat diesen Versuch in der Erstellung einer sog. Übergangsreihe - Pathogenese zwischen Basisstörungen und einzelnen schizophrenen Symptomen - empirisch überzeugend dargestellt.

Bezogen auf das Vulnerabilitätsmodell stellen die Basissymptome „*die subjektive Erfahrung des Erkrankten von seiner besonderen Vulnerabilität*“ dar (Süllwold u. Huber 1986, S. 2). Die Auffassung von Vulnerabilität orientiert sich dabei überwiegend an dem Vulnerabilitätsbegriff von Nuechterlein (1987), in dem korrespondierend zu den Vorpostensyndromen oder Prodromen Hubers (1979, s. S. 98 f.) eine subklinische Phase vor der psychotischen Dekompensation beschrieben wird. Diese Phase ist durch sich verstärkende vitiöse Rückkoppelungen zwischen Informa-

tionsverarbeitungsstörungen, biologischen Stressoren und sozialen Stressoren beschreibbar.

Innerhalb dieses Circulus Vitiosus können die Basisstörungen für den Erkrankten und sein nahes Umfeld ein wichtiges Früh- und Warnzeichen werden, welches in seiner Dynamik auf vitiöse Aufschaukelungsprozesse zwischen basalen Defiziten und Stressoren hinweisen kann.

Abschließend erfolgt nun die Vorstellung der vier Typen von Basisstörungen, wie sie Süllwold (1986, S. 25) auf der Grundlage von Faktorenanalysen des 88 Items umfassenden „Frankfurter Beschwerdefragebogens“ vorschlägt :

Faktor 1 - verlorengegangene Beherrschung und Kontrollierbarkeit zentraler kognitiver Tätigkeiten, „Automatisierungsverlust“

Beispiel : *„Wenn jemand längere Sätze beim Sprechen macht, habe ich besonders große Schwierigkeiten den Sinn zu erfassen“.*

Faktor 2 - Wahrnehmungsfaktor unter Einbezug propriozeptiver Rückmeldungen, „Wahrnehmung und Motorik“

Beispiel: *„Manchmal sah alles wie weit weggerückt aus“.*

Faktor 3 - „ Depressivität“, ein Faktor, der die schon als zentral diskutierte Anhedonie i.S. von vitaler Beeinträchtigung und auch Versagensängsten thematisiert

Beispiel: *„Ich kann mich nicht mehr richtig freuen“.*

Faktor 4 - Interne und externe Überstimulation, damit verbundene „Überwachheit und Konfusion“

Beispiel: *„Häufig ist es mir schon zuviel, wenn um mich herum hantiert oder gesprochen wird, und ich muss mich zurückziehen, damit ich mein Gleichgewicht wiederfinde“.*

#### **II.1.2.d. Stirnhirn und Defizite bei Exekutivfunktionen schizophrener Menschen**

##### **II.1.2.d.1. Modell nach Shallice und Norman**

Ein populäres kognitives Modell für die Einbeziehung des Stirnhirns bei exekutiven Funktionen wurde von Shallice und Norman erarbeitet (Shallice 1982, 1988).

Dem Denken und Handeln liegt demnach das Ausführen von hochkomplizierten Programmen zugrunde (Schemata), wobei automatische, unbewusst ablaufende Prozesse von aktiven, Aufmerksamkeit erfordern- den Prozessen zu unterscheiden sind.

Um in einer bestimmten Situation ein Ziel erreichen zu können, ist die Auswahl von spezifischen, dieser Situation angemessenen Schemata notwendig.

In diesem Modell werden für diese Selektion zwei qualitativ unterschiedliche Prozesse angenommen, das „Contention Scheduling (CS)“ und das „Supervisory Attentional System (SAS)“.

Das CS steuert die unbewusste, automatische und direkt durch äußere Reize (Trigger) aktivierte Auswahl von geeigneten Schemata, z.B. das automatische Drücken eines Knopfes nur aufgrund des „Aufforderungscharakters“ dieses Knopfes.

Das CS ist schnell, jedoch unflexibel und basiert auf festen Regeln. Bei schwierigen Aufgaben, die zur Lösung die Selbstgenerierung neuen Verhaltens verlangen, reicht es zum erfolgreichen Bearbeiten von Aufgaben und Erreichen des Zieles nicht aus.

Hierfür ist das SAS erforderlich, welches als generelles und hierarchisch übergeordnetes Planungsprogramm mit Schemata aller anderen Ebenen unabhängig von Außenreizen operieren kann.

Das SAS kann dabei flexibel neue Verhaltensmuster generieren und ihre Ausführung überwachen, arbeitet dafür aber langsam und verlangt den Einbezug von bewusster Aufmerksamkeit.

Es wird davon ausgegangen, dass beide Systeme gleichzeitig und unabhängig voneinander arbeiten können.

Wenn das SAS die Ausführung einer Routineaufgabe nicht überwacht - oder funktionell gestört ist - kann es durch einen starken Außenreiz zur Ausführung einer automatischen Handlung kommen, die bei einer bewussten Reflexion unsinnig erscheint (z.B. das mehrmalige automatische Drücken auf einen roten Warnknopf, obwohl hierdurch schon einmal ein falscher Alarm ausgelöst wurde.)

#### **II.1.2.d.2. Das negative Syndrom**

Frith (1992) versucht, das negative Syndrom aus kognitiver Sichtweise darzustellen und bezieht sich dabei auf das oben dargestellte kognitive Modell von Norman und Shallice:

Das negative Syndrom wird von Frith (1992, s.S. 12f) auf der Verhaltensebene angesiedelt und dem positiven Syndrom gegenübergestellt, welches Frith auf der Erlebnisebene ansiedelt.

Als kognitive Kernstörung für die Verhaltensebene sieht Frith die Unfähigkeit zum selbstgenerierten, von Außenreizen unabhängigen Handeln. Diese wird über eine Minderleistung des im Stirnhirn vermuteten SAS (Shallice 1982, 1988) modellhaft dargestellt.

Hierbei kommt es in neuen Situationen ohne klaren Stimuluscharakter oder in reizarmer Umgebung zu dem von Liddle (1987) beschriebenen Syndrom der psychomotorischen Verarmung (Psychomotor Poverty). Andererseits können über dieses Modell auch „positive Verhaltensstörungen“ wie Perseverationen und Verhaltensstereotypien als eine veränderte Aktivierungsform des SAS beschrieben werden. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass sich das SAS zwar noch aktiv in die Verhaltensgenerierung einbringt, aber keine sinnvollen neuen Verhaltensmuster mehr bilden kann. Statt einer angemessenen Reaktion erfolgt daher in Situationen, in denen das SAS selbstgenerierte Handlungsprogramme starten will, eine zufällige Wiederholung des aus der vorherigen Situation noch aktiv zur Verfügung stehenden Programms. Auch wenn diese Wiederholung für den Betroffenen als sinnlos erkannt wird, kann sie doch nicht unterbrochen werden.

Gleichzeitig können auch auf äußere Stimuli hin unwillkürliche CS-Reaktionen in laufende SAS-Programme einschließen und diese unterbrechen, so dass Frith auch formale Denk- und Sprachstörungen sowie inadäquate Affektäußerungen dem Pathomechanismus einer gestörten Verhaltenskontrolle durch das SAS zuordnet. Es kann daher auch der zweite Faktor nach Liddle, die „Disorganisation“, über dieses Modell hinreichend erklärt werden.

### **II.1.2.d.3. Das positive Syndrom**

Auch für die positiven Symptome gibt es in dem Modell von Frith (1992, S. 73-93) einen eigenständigen kognitiven Erklärungsweg, welchen er ebenfalls aus dem CS/SAS-Modell von Shallice schlüssig ableitet (Shallice 1982, 1988).

Hierbei vermutet er, ergänzend zu dem CS- und dem SAS-Modell von Shallice, als zwischengeschaltete Steuereinheit ein „Monitoring System“, welchem er folgende Funktionen zuschreibt:

1. Differenzierung zwischen internalen und externalen Stimuli

## 2. Unterscheidung zwischen bewusster Reaktion und automatischer Reizreaktion

Zu 1.:

Diese Unterscheidung zwischen eigener Handlung und äußerem Geschehen erfolgt dadurch, dass vor der eigentlichen Handlung schon die Absicht des Handelns zwischengespeichert wird, was von Sperry (1950) als „Corollary Discharge“ und von Holst (1950) als „Re-Afference-Copy“ bezeichnet wird.

Bisher wurde dieser Vorgang vor allem im Zusammenhang mit Augenbewegungen erforscht (Gallistel 1980).

Frith und Done (1986) gehen einen Schritt weiter. Bei einem Computerspiel können Normalprobanden bei dem Verfolgen eines Zieles schnell auf manipulierende Gegenbewegungen reagieren, da, bevor das falsche Handlungsergebnis von außen sichtbar rückgemeldet werden konnte, eine Gegenkorrektur der falschen Handlungsrichtung vorgenommen werden kann.

Schizophrene Patienten seien im Gegensatz dazu ständig auf äußeres - in diesem Fall visuelles - Feedback angewiesen, um ihre Handlungen korrigieren zu können, was Frith und Done mit einer mangelnden Weiterleitung der Handlungsabsicht an ein „Monitoring System“ begründen (Frith u. Done 1989, Malenka et al. 1982).

Frith beruft sich dabei auf Feinberg (1978), wenn er annimmt, dass das Registrieren und Zwischenspeichern der Handlungsabsicht nicht nur für Augenbewegungen, sondern auch bei internen Prozessen wie dem Denken wirksam ist. Frith folgert daraus, dass wenn wir denken oder sprechen würden, ohne über die Absichtsspeicherung im „Monitoring System“ diese Handlung als unsere eigene Handlung identifizieren zu können, also nicht das Label „Systemzugehörigkeit“ verleihen könnten, uns diese Handlungen i.S. der schizophrenen Erstrangsphänomene Schneiders (1959) als „fremd“ und „von außen gemacht“ vorkommen müssten. Es ist also das fehlende Mitregistrieren der eigenen Handlungsabsicht, welches die für die Schizophrenie typische Unterscheidungsschwierigkeit zwischen inneren und äußeren Phänomenen herbeiführt, so dass z.B. eigenes „inneres Sprechen“ (Baddeley u. Lewis 1981) als äußeres Stimmenhören wahrgenommen wird.

Diese Fähigkeit, Veränderungen der eigenen Position von Veränderungen des äußeren Umfeldes zu unterscheiden, kann aber auch als eine logische Grundvoraussetzung für das Verstehen von Kausalitäten aufgefasst werden.

Daraus lässt sich ableiten, dass bei schizophrenen Menschen im weiteren Sinne auch die Fähigkeit, Wahrscheinlichkeiten für das Eintreffen von Ereignissen abschätzen zu können beeinträchtigt sein muss (Feer 1970). Dies könnte die Dynamik des Wahns als überwertige, nicht korrigierbare Überzeugungen besser verständlich machen.

Zu 2.:

Zusätzlich beeinträchtigend für das Verständnis von Kausalzusammenhängen wirkt nach Frith (1992), dass bei Schizophrenen auf der Monitoring - Ebene schlechter zwischen bewusster Absicht (also SAS-Leistungen) und unwillkürlicher Reizreaktion (also CS- Leistungen) unterschieden werden kann. Diese Unterscheidung ist aber nötig, um die Motivation des eigenen Handelns für sich selbst nachvollziehbar zu machen und auch eintreffende Ereignisse logisch auf die eigene Handlungsabsicht beziehen zu können.

#### **II.1.2.d.4. Frith und das Konzept von Metarepräsentation**

Schizophrener Selbst - und Weltbezug als Störung von Metarepräsentationen

Frith (1992, S. 113-126) geht davon aus, dass das gesamte exekutive Monitoringsystem Teil eines Gesamtsystems ist, welches in Form von „Metarepräsentation“ einen wichtigen Anteil an der Wahrnehmung des Menschen von seinem eigenen Bewusstsein habe. Diese Wahrnehmung sieht er wiederum als eine wesentliche Voraussetzung für ein bewusstes Ich - Erleben. Die „Metarepräsentation“ ist i.S. der kognitiven Theorien eine „Metakognition“, also ein Wissen über das eigene Denken (Flavell 1986). Halluzinationen, in denen der Erkrankte andere in dritter Person über sich sprechen hört, sind demzufolge für Frith (1992, S. 115) adäquate oder inadäquate Vermutungen, die der Erkrankte über das Wissen der anderen - bezogen auf die eigene Person - anstellt, da ihm dieses nicht mehr automatisch und intuitiv zur Verfügung stehe.

(Über den von Frith vermuteten Mechanismus des inneren Sprechens bei gestörtem Monitoring-System wird das Phänomen dann als „Stimmenhören“ erlebt).

In die beiden Kategorien „Verlust des Wissens über die eigene Absicht und das eigene Denken“ und „Verlust des Wissens von der Absicht des Anderen“ würden sich ferner die Beobachtungen einordnen lassen, dass schizophrene Menschen Probleme damit haben, das eigene Gesicht oder die Stimme differenziert zum Ausdruck von eigenen Emotionen einsetzen zu können (Braun et al. 1990, Murphy u. Cutting 1990, Leff u. Abberton 1981).

Gleichermaßen haben schizophrene Menschen aber auch Probleme, den emotionalen Ausdruck ihres Gesprächspartners adäquat einzuschätzen (Gessler et al. 1989); eben wohl auch, weil für das adäquate Einschätzen des Gegenübers „das Wissen über das Wissen des Anderen“ erforderlich ist, bzw. eine Metarepräsentation von dem, was „den Anderen“ charakterisiert.

So erklärt Frith (1992, S. 115) viele Befunde zum nicht situationsgerechten Sprechen psychotischer Patienten auch damit, dass sie inkohärent sprechen und sich inadäquat verhalten, weil es ihnen nicht möglich ist realistisch einzuschätzen, welches Wissen ihr Gegenüber von der eigenen Situation oder von der eigenen Person hat.

Im Zusammenhang mit den Beobachtungen zu den Kommunikationsstörungen schizophrener Patienten stehen die soziologisch-psychologischen Beobachtungen von Kraus (1981), aus denen hervorgeht, dass schizophrene Menschen große Schwierigkeiten haben, soziale Rollen zu verstehen und daher auch selten eigene soziale Rollen wählen und erfolgreich ausfüllen können.

Kraus bezieht sich bei seinen Überlegungen auf das Rollenkonzept von Mead (1969).

Zum Erlernen von sozialen Rollen ist nach Mead (1969) die Fähigkeit des sog. „Role Takings“ in der einfachen Kommunikation Voraussetzung. „Role Taking“ ist dabei die Fähigkeit, sich geistig an die Stelle des Partners zu versetzen und seine Einstellung anzunehmen, um daraus die Aktionen des anderen vorauszusehen und sein eigenes Handeln daran ausrichten zu können.

Soziale Rollen sind so als Endergebnisse einer Vielzahl von probeweisen Rollenübernahmen zu verstehen, die adäquat nur dann erlernt werden können, wenn die Fähigkeit zur probeweisen Rollenübernahme in den einfachen Kommunikationssituationen intakt ist.

Voraussetzung für einen geistigen Rollentausch scheint aber nach Frith (1992, S. 107) zu sein, dass sowohl ein „Wissen von der eigenen Absicht“ als auch ein adäquates „Wissen von der Absicht der Anderen“ als Teil von „Metarepräsentationen“ flexibel zur Verfügung steht.

Frith zu Folge (1992, S. 114-115) ist dieses Wissen, welches vor der Erkrankung zumindest in Teilen noch vorhanden war, durch einen schizophrenen Kernprozess allmählich verloren gegangen (s. auch Rutter 1985).

Unter Einbezug der These von Kraus, der vulnerable Menschen und ihre Rollendefizite schon vor der Ersterkrankung beobachtet hat, ist eine gewisse Schwäche in der Rollenübernahme innerhalb von Kommunikationssituationen und damit vielleicht auch eine gewisse Schwäche in der Identifizierung von Emotionen (Zadecki u. Cechnicki 1983) auch schon vor Krankheitsausbruch vorhanden.

## **II.1.3. Entwicklungsorientierte Modelle**

### **II.1.3.a. Krankheitserleben und Bewältigung**

#### **II.1.3.a.1. Einfluss von Kognitionen auf das Krankheitsgeschehen**

Thurm-Mussgay und Häfner (1990) vertreten die zentrale Annahme, dass die Fähigkeit des Erkrankten gegenüber dem schizophrenen Krankheitsprozess eine adäquate und funktionale Einstellung zu finden, einen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf nehmen kann.

Insbesondere die kognitive Komponente der Wahrnehmung und Bewertung von Veränderungsprozessen, wie z.B. des Sinkens von Belastbarkeit durch die Krankheit, kann die weitere Krankheitsbewältigung entscheidend mit beeinflussen.

Dabei kann nicht nur die Bewältigung tatsächlicher Bedrohungen, sondern schon die „antizipierte Bewältigung“ nur erwarteter Bedrohungen, z.B. ein neuer Rückfall, zu Neubewertungen auf der Ebene von Metakognitionen führen.

Ciampi (1979) zeigte in diesem Zusammenhang, wie erste spontane Kognitionen eines Patienten und seines ihm begegnenden Umfeldes erhebliche soziale Schaltfunktion für den tatsächlichen weiteren Verlauf haben können. Ciampi (1979) interpretiert dies über den psychologischen Mechanismus einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung.

Ferner liegt auf der Hand, dass der Ausbruch einer Psychose, entsprechend der vorbestehenden Persönlichkeitsstruktur des Patienten, zu völlig unterschiedlichen Bewältigungsstrategien führen kann (Cohen u. Berk 1985).

Ob diese Bewältigungsstrategien wiederum verändernd auf Metakognitionen, also die Vorstellungen, die der Erkrankte von sich selbst und seinem Leben hat, einwirken, hängt dabei von den vorbestehenden persönlichen Überzeugungen und der Lebensweise des Erkrankten ab (Strauss 1987, 1989).

Auf der Ebene der Kontrollüberzeugungen wäre es damit denkbar, dass ein Mensch mit einem internalen „Locus of Control“ („*ich habe Einfluss auf mein Leben*“) nach der Erfahrung mehrfacher stationärer Wiedereinweisungen zunehmend anfangen könnte, external („*andere beeinflussen mein Leben*“) oder sogar fatalistisch („*mein Leben ist weder durch mich noch andere beeinflussbar*“) zu attribuieren.

Bisherige Untersuchungen haben in diesem Zusammenhang nur eine Verbindung zwischen dem „Locus of Control“ und der aktuellen Symptomatik gesucht ( u.a. Candido et al. 1999, Kaney et al. 1989).

Neben dem von Frith (1992) dargestellten primären Zugriffsverlust auf Metakognitionen scheint es aber sekundäre psychologische Prozesse zu



geben, bei denen sich noch erhaltene Metakognitionen über die Erfahrungen einer persönlichen mangelnden sozialen Partizipation und Einflussnahme auf das Krankheitsgeschehen fortlaufend weiter verändern können.

Bei den meisten Patienten ist dabei eine Überlagerung von primären, also krankheitsimmanenten, und sekundären, also psychologisch - adaptiven Veränderungen zu vermuten (Strauss et al. 1986).

Auch kognitive Modelle bei der Entwicklung von Depressionen (Hautzinger 2000) legen die verlaufsbezogene Schaltfunktion bestimmter Kognitionen nahe. In ihnen kann überzeugend dargestellt werden, wie depressinogene Kognitionen über einen allgemeinen Aktivitätsrückgang mit sozialem Verstärkerverlust, sozialen Lerndefiziten und Anhedonieerleben initial an der systemischen Fehlentwicklung einer depressiven Störung beteiligt sind.

Neben den kognitiven Veränderungen i.R. schizophrener Bewältigungsprozesse muss aber auch die Veränderung der emotionalen Verarbeitung über adaptive Prozesse besonders berücksichtigt werden.

### **II.1.3.a.2. Einfluss von Emotionen auf den Langzeitverlauf**

Bei der gewöhnlich starken emotionalen Beteiligung im Psychoseerleben geht Spitzer (1996, S. 314) davon aus, dass auch eine entsprechend starke Verankerung der damit verbundenen kognitiven Inhalte im Gedächtnis des Erkrankten erfolgt.

Er begründet dies mit der Koppelung zwischen Aufmerksamkeit und emotionaler Beteiligung bei der gedächtnishaften Verankerung.

Für das Zusammenspiel von Emotion und Kognition schlägt Ciompi (1982, S. 174) vor, dieses als ein funktionelles Doppelsystem aufzufassen. Ciompi (1997, S. 94-99) beschreibt dabei emotionale Zustände als neurophysiologische Schaltprozesse. Über diese wird dem Gehirn der Zugriff auf unterschiedliche kognitive Inhalte ermöglicht und es werden unterschiedliche Funktionsmodi von kognitiven Prozessen eröffnet.

Für den störungsfreien Abruf einer die Realität wiedergebenden Erfahrung ist die zeitgleiche Koaktivierung aller diese Erfahrungen ursprünglich konstituierenden Repräsentation auf kognitiver, emotionaler und sensorischer Ebene erforderlich (Damasio 1989).

Arnold (1970, S. 169-185) geht sogar davon aus, dass unter ähnlichen Affekten gespeicherte Erinnerungen kognitiv in bildhaften Erinnerungskonglomeraten miteinander verknüpft sind (vgl. hierzu auch Grof 1975, Bower 1981, Koukkou 1987).

Wenn diese Thesen von der engen Koppelung kognitiver, emotionaler und sensomotorischer Komponenten im Erinnerungsvorgang zutreffen, kann gefolgert werden, dass auch die mit dem Wahnerleben verbundenen Kognitionen und Emotionen in der Erinnerung miteinander verbunden sind. Das starke Lust- oder Erleichterungserleben im Wahneinfall oder die starke, von Conrad (1958) phänomenologisch beschriebene, Angst in der Wahnspannung wären damit unmittelbar an die zeitgleichen wahnhaften Kognitionen gekoppelt und würden in direkter Zugriffsnähe zu anderen Kognitionen stehen, die mit der gleichen Affektqualität verbunden sind.

Sollten nun bei dem Erkrankten starke Affekte ausgelöst werden, die den in der Psychose aktivierten Affekten ähneln, würden auch die in der Psychose und in der Wahnspannung gespeicherten Kognitionen als Erinnerung mit abgerufen werden.

Auf diese Weise könnten bestimmte Affekte und auch bestimmte Kognitionen blockiert werden, um eine zeitgleiche Aktivierung und damit einen Rückfall in den instabilen und den Fortbestand des gesamten Systems gefährdenden psychotischen Funktionsmodus zu vermeiden.

Während ein solcher Zusammenhang für die Schizophrenie noch spekulativ erscheint, konnten Hemmungen von fronto-strialen Bahnen mit entsprechenden Leistungseinbußen für das kognitiv-emotionale Zusammenspiel bereits bei der Neurobiologie posttraumatischer Belastungsstörungen dargestellt werden (s. auch Markowitsch 1999, et al. 1998, 1999). Somit wäre es also generell denkbar, dass die niedrige Angsttoleranz auch bei Schizophrenen (u.a. Spitzer, 1996, S. 314) dadurch verursacht wird, dass bei jeder Angst und bei anderen intensiven, mit dem Psychoseerleben gekoppelten Affekten die psychotische Angst und die in ihrem Kontext gespeicherten wahnhaften Kognitionen „mit anklingen“; es kann sich so eine „Angst vor der Angst“ (Westphal 1871) in Zusammenhang mit starken Emotionen oder bestimmten Kognitionen ausbilden.

Der Mensch würde damit neue und auch soziale Situationen vermeiden, welche wegen ihrer schwerer einschätzbaren Erfolgsaussichten aus verhaltenspsychologischer Sicht stärker mit Angst gekoppelt erscheinen. Im weiteren Krankheitsverlauf könnte sich dann aufgrund des Verlustes von sozialer Partizipation und sozialen Lernerfahrungen ein sekundäres negatives Syndrom ausbilden (i.S. eines neurotischen Residualzustandes, siehe hierzu u.a. Ernst 1962).

In Anlehnung an den Begriff einer sekundären Negativsymptomatik könnte das Individuum auf diese Weise aber gleichzeitig eine psychogene „sekundäre Anhedoniesymptomatik“ entwickeln, da viele intensive Affekte über die Koppelung an die Psychoseerinnerung blockiert erscheinen (s. hierzu auch Cohen 1989).

Ferner ist anzunehmen, dass sich bei der Ausbildung eines derartigen sekundären negativen Syndroms dysfunktionale Adaptionsprozesse in der emotionalen und kognitiven Verarbeitung wechselseitig ergänzen und verstärken können.

Aber nicht nur die Adaptionsprozesse im weiteren Krankheitsverlauf, sondern auch die frühere Entstehung von schizophrener Vulnerabilität kann über die verlaufsbezogene Betrachtung kognitiver, emotionaler und sozialer Entwicklungswege ein umfassenderes Krankheitsverständnis eröffnen.

Es sollen daher an dieser Stelle kognitive, emotionale und soziale Komponenten schizophrener Vulnerabilität nacheinander beschrieben werden.

### **II.1.3.b. Entwicklung von Vulnerabilität aus entwicklungspsychologischer Sicht: ein eigener Ansatz**

#### **II.1.3.b.1. Vulnerabilität der kognitiven Verarbeitung**

Nach Piaget (1959, S. 343-366) werden kognitive Schemata durch Aktivitäten erworben. Diese sind in der Entwicklungsphase I nur sensomotorischer Natur, in der Entwicklungsphase II repräsentativ-egozentrischer Natur und in der Entwicklungsphase III operativer Natur, wobei mit dieser Entwicklungsstufe, über Operationen mit reversiblen Begriffen, die Fähigkeit zum anschauungslosen Denken erworben wird.

Während all dieser Entwicklungsphasen findet ein Prozess zunehmender Dezentralisierung des Denkens statt: Hierbei ist in der ersten Entwicklungsphase das Denken unmittelbar an das eigene Handeln gebunden, in der zweiten Entwicklungsphase richtet sich das Denken unmittelbar auf die eigenen Bedürfnisse aus. Über das anschauliche Denken wird dabei die Wirklichkeitsperspektive, je nach dem Gesichtspunkt des eigenen Handelns, situativ verschoben.

Erst in der dritten Phase wird es möglich, zwischen den Prozessen von Akkomodation („*ich verändere meine Position bzw. meine Schemata im Verhältnis zum Objekt*“) und Assimilation („*ich verändere das Objekt im Verhältnis zu mir bzw. gleiche es meinen Schemata an*“) ein stabiles Gleichgewicht herzustellen.

Dieses Gleichgewicht könnte man i.S. Süllwolds (1995, S. 51) als Stabilisierung von Gewohnheitshierarchien bezeichnen, was das Individuum subjektiv als Wahrnehmungskonstanz erlebt. In dieser Phase ist das Individuum in der Lage, sowohl auf das Objekt übertragene Schemata als auch durch das Objekt repräsentierte Eigenheiten gedanklich in stabiler Weise miteinander zu verbinden.

## ***Mögliche Implikationen für den Schizophreniebegriff***

Für die Schizophrenie erscheint mir insbesondere die Entwicklungsphase II, in der die gedanklichen Aktionen repräsentativ-egozentrischer Natur sind, von besonderer Bedeutsamkeit zu sein.

Diese Phase beginnt nach Piaget (1959, S. 348) dann, *„wenn die aktuelle sensomotorische Gegebenheit an im gegebenen Augenblick nicht wahrnehmbare, nur erinnert verfügbare Elemente assimiliert wird“*.

Diese Erinnerungen sind nur mit Hilfe von repräsentierenden Zeichen möglich, wobei in Symbolen die Zeichen mit den von ihnen Bezeichneten noch direkte Verwandtschaft aufweisen, weil bei ihnen die Speicherung in Form von erinnerten Bildern erfolgt.

Diese *„Symbolfunktionen“* sind dabei wesentlich für die Entstehung der Raumvorstellung sowie anderer realer Kategorien des Denkens. Mit der Symbolfunktion tritt das Kind, welches in der *„sensomotorischen Intelligenz“* zuvor in der Ausrichtung auf den äußeren Raum ein Gleichgewicht erreicht hat, nun vor die Anforderung, auch innerhalb des neu betretenen *„inneren Raumes“* ein Gleichgewicht zwischen akkomodatorischen und assimilatorischen Prozessen zu schaffen.

So ist die „Nachahmung“ in dieser Phase, (z. B. das Kind spielt „Mutter“), nicht nur sensomotorische Imitation, sondern die äußere Nachahmung basiert auf dem geistigen Bild des Modells, wodurch sie funktionieren kann, auch ohne, dass das reale Modell direkt anwesend sein muss. Umgekehrt werden im „Symbolspiel“ beliebige Kategorien aus dem Realobjekt herausgegriffen und an innere Repräsentationen assimiliert. Das Kind empfindet dabei das Vergnügen (Piaget 1959, S. 353), *„die spielerische Idee mit der Wirklichkeit zu verbinden und diese seiner Aktivität unterzuordnen“*. Die Schnecke auf einer Streichholzschachtel kann so für das Kind im Spiel „zur Katze auf einer Mauer“ verwandelt werden. „Vor-begriffe“ entstehen dann in der weiteren Entwicklung dadurch, dass semantische Zeichen nachgeahmt - also akkomodiert - werden, andererseits aber die weitere Assimilation von Realobjekten an die mit den semantischen Zeichen verbundenen *„erinnerten Objekten“* noch nicht in allgemeine Relationen oder Klassen geordnet erfolgen kann.

Ein erinnertes oder gegebenes Objekt wird dabei tatsächlich als exemplarischer Typ für die Gesamtheit gesehen und neue Wahrnehmungsobjekte ohne Inklusionen oder hierarchische Verschachtelungen mit diesem gleichgesetzt.

Die individuellen bildhaften Symbole des Kindes, die dabei noch vor den Vorbegriffen ausgebildet werden, bleiben dabei als unterliegendes Schema erhalten, da wie Piaget sagt (S.350):

*„Erst die Zeichen durch Imitation gelernt werden, dann dank dieser Imitation repräsentatives Denken möglich ist. Andererseits schließt die Sprache niemals das Auftreten individueller Zeichen, also der inneren imitativen Bilder, aus.“*

Aus diesen Äußerungen ließe sich ableiten, dass die Assimilation neuer Objekte an solche inneren imitativen Bilder für das Kind die Funktion haben könnte, im sich neu konstituierenden geistigen Raum, der sozial immer weiter mit immer weniger sinnlich greifbaren Begriffen angereichert wird, ein Gleichgewicht zwischen individueller Erfahrung und verallgemeinernden Begriffen zu finden.

Auf diese Weise könnte dann das über die Sprache eingebrachte soziale Erfahrungsmaterial in Bewusstseinskontinuität mit eigenen frühen bildhaften Erfahrungsmaterialien bleiben.

Einerseits träte das Kind zunehmend über die Sprache in eine Verallgemeinerung seines Denkens ein, andererseits sorgten aber auch immer wieder die Rückgriffe auf symbolische, also primär assimilatorische Tendenzen, dafür, dass das Kind dieses neue Material mit früheren Primär- und Selbsterfahrungen verbinden, d.h. mit ichhafter Bedeutung ausfüllen kann.

Durch das symbolische Spiel findet also eine Verankerung des über die neuen Begriffe einströmenden „Allgemeinen“ im Individuellen statt, oder, wenn man so will, die Stabilisierung einer Verbindung von der Kognition zu den früher ausgebildeten Metakognitionen.

Eine denkbare Entwicklungshypothese zur Schizophrenie, bzw. für die sie prädisponierende Vulnerabilität wäre nun, dass bei schizophrenen Menschen in dieser Entwicklungsphase die Verankerung des in der Imitation erworbenen Allgemeinen in den individuellen Erfahrungen - u.a. durch die unvollständige Verknüpfung von begrifflichen Kognitionen an die in symbolischen Repräsentanzen vorliegenden Erfahrungsbilder - fehlerhaft verlief.

Wenn diese Entwicklungshypothese für einen Teil der Schizophrenen zuträfe, müsste man bei später an Schizophrenie erkrankenden Kindern sowie in deren engem Verwandtschaftskreis eine geringe Spielaktivität, insbesondere in Form von symbolischen Spielen, antreffen. Solche Beobachtungen lassen sich tatsächlich antreffen. So wurde von ihren Eltern ein großer Teil der später an Schizophrenie erkrankenden Kinder wegen

ihrer geringen Spielaktivität als „*ideale und ernsthafte Kinder*“ beschrieben (Zadecki und Cechnicki 1983, S. 60). Ferner wurden, mit Hilfe des auf dem Rorschachschen Test basierenden „Thought Disorder Index“ - TDI - (Johnston und Holzman 1979) durch Arboleda und Holzman (1985) Auffälligkeiten in den Verstehensprozessen bei sogenannten „High Risk-Kindern“ i.S. der Vulnerabilitätsmarker von Zubin gefunden. Diese Befunde konnten bei erstgradig Verwandten von schizophrenen Menschen repliziert werden (Shenton et al. 1989).

Ein von dieser Entwicklungshypothese ableitbares Krankheitsmodell würde Ähnlichkeiten zu den psychodynamischen Entwicklungsdefizitmodellen aufweisen (Klein 1946, Kernberg 1976, Arieti 1955, 1971, 1974), dabei aber einen späteren Störungszeitpunkt bei der Vulnerabilitätsinitiation vermuten.

### **II.1.3.b.2. Vulnerabilität der emotionalen Verarbeitung und soziale Lerndefizite**

In der Parallelisierung des emotionalen und des kognitiven Systems (Ciompi 1982) oder in der Anlage des emotionalen Systems selbst (Meehl 1972) könnte ebenfalls ein eigenständiger charakteristischer dispositioneller Defekt einer Untergruppe schizophrener Erkrankter zu suchen sein. Aus lerntheoretischer Sicht ließe sich auch das schon häufig vor der Erkrankung bestehende soziale Lerndefizit als Aversionsverhalten verstehen, falls emotionale Erregung in einer frühen Entwicklungsphase - vielleicht aufgrund einer unzureichenden Modulation - als unangenehm erfahren wurde. Diese entwickelte Aversion könnte dann alle sich weiterentwickelnden Emotionen als unangenehm „einfärben“ und so ihre Ausdifferenzierung hemmen.

Emotionen und der differenzierte Ausdruck von Emotionen in sozialen Rollen werden von verschiedenen Autoren (s. Kraus 1980) auch als Voraussetzung für soziales Lernen beschrieben.

Korrespondierend kann im genetischen Kreis der Angehörigen von Schizophrenen eine schizotype Persönlichkeitsstörung (Meehl 1962, 1990) beobachtet werden, bei der Anhedonie mit der Vermeidung von sozialen Kontakten gekoppelt erscheint, aber neben diskreten kognitiven Defiziten und einem exzentrischen Verhalten ein sachbezogenes oder ästhetisches Vergnügen durchaus noch empfunden werden kann.

Die emotionale Reifung scheint vor allem im zwischenmenschlichen Bereich blockiert zu sein und erfasst Gefühle wie Liebe, Zuwendung oder Zärtlichkeit.

Wenn für schizophrene Menschen und ihre schizotypen Angehörigen von einer gemeinsamen genetischen Disposition auszugehen ist, so könnte auch für schizophrene Patienten vermutet werden, dass es eine direkte Verbindung zwischen der emotionalen und der sozialen Reifungsstörung geben könnte.

Hierzu beschreibt die psychodynamische Konflikttheorie für den Anfang einer schizophrenen Entwicklung (u. a. Mentzos 1997) die Dysregulationen im Nähe-Distanzverhältnis zwischen Selbstpol und Objektpol, also die fehlende Ausdifferenzierung des Selbst im sozialen Spannungsfeld zur primären Bezugsperson.

Wenn diese Koppelung von emotionaler und sozialer Reifung auch für den späteren therapeutischen Prozess Relevanz haben sollte, so erstaunt es, dass die meisten therapeutischen Programme zwar die Bedeutung von emotionalen Verarbeitungsstörungen herausheben (Brenner 1989), dann aber, wie beim klassischen IPT (Roder et al. 1992), primär nur auf die Beeinflussung von kognitiven und verhaltenbezogenen Störungen abzielen.

Trainingsprogramme wie das zur „Bewältigung von maladaptiven Emotionen“ (Hodel et al. 1997) oder die indirekten kognitiven Interventionen von Perris und Skagerlind (1994) sind diesbezüglich zwar eine Ausnahme, sie fokussieren aber einseitig auf den belastenden Aspekt von Emotionen als Stressoren.

Das spielerische und hedonistische Potential von Emotionen (Lutz 1990, 2000) wird dabei kaum genutzt; ebenso die Möglichkeit einer Koppelung der emotionalen Erfahrungen an persönlich als bedeutsam erlebte soziale Situationen (vgl. Cechnicki u. Bielańska 1996).

Innovationsbedarf besteht um so mehr, als auch die praktische klinische Erfahrung zeigt, dass ein reines Kognitions- oder Verhaltenstraining, ohne Einbezug von emotionalen Komponenten i.S. von Hedonie- und Ausdruckserfahrungen, insbesondere für den Bereich der Bewältigung interpersoneller Anforderungen (Roder et al. 1997, S. 114) unzureichend ausfällt.

### **II.1.3.b.3. Rollendefizitsyndrom als eigenständiger Vulnerabilitätsfaktor**

Schon sehr frühe Studien zeigen die Schwierigkeiten schizophrener Menschen beim Aufbau einer sozialen Rollenidentität, was sich häufig am Zurückbleiben des Berufsniveaus gegenüber dem Ausbildungsniveau zeigt (Goldberg u. Morrison 1963, Dunham 1965).

Ferner vermutet schon Cameron (1943), dass der schizophrene Individualismus und die schizophrene Egozentrik damit in Zusammenhang stehen könnten, dass schizophrene Menschen unfähig seien, die Rolle

des „generalisierten Anderen“ im sog. „Role Taking“ zu übernehmen (Mead 1969).

Auch Kraus (1980, S. 140) spricht in seinem Übersichtsartikel zur Rollentheorie in der Schizophrenie davon, dass *„die Identitätsbildung Schizophrener vor allem mit der Unfähigkeit der Identifikation mit den Sozialrollen der sekundären Sozialisation zu kennzeichnen ist“*.

Ferner betont er als Voraussetzung für das gesellschaftliche Übernehmen von Sozialrollen den Aspekt von Rollendistanz (1980, S. 141):

*„In der Rolle erleidet das Individuum als Objekt von Rollenerwartungen anderer eine begrenzte Objektivierung seines Seins. In den sogenannten Ich-Leistungen der Rollendistanz und kreativen Rollengestaltung behält er aber nicht nur eine Kontrolle über sein Objekt-Sein für andere, sondern gestaltet dieses sogar in freier Spontaneität mit.“*

Kraus bezieht sich auf die Definition von Rollendistanz nach Goffman (1961). Nach dieser scheint „Identität“ zwar aus einer Summe von Rollenannahmen hervorzugehen, aber durch die zusätzliche Integrationsleistung des Ichs entsteht eine weitere Qualität, welche über die Summe der übernommenen Rollenerwartungen hinausgeht.

Die Integrationsleistung des Ichs wird damit zur Voraussetzung für die Möglichkeit von „Rollendistanz“ und „Rollengestaltung“ erklärt.

Kraus (1980, S. 138-144) beschreibt, wie bei schizophrenen Menschen gerade diese Integrationsleistung mit Hilfe von Lernerfahrungen in frühen Primärrollen - z.B. Wahrnehmung der „Kind-Rolle“ in der Triade „Mutter-Rolle“ und „Vater-Rolle“ oder auch Wahrnehmung der eigenen Geschlechtsrolle durch Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil - auszubleiben scheint. Hierdurch fehlen in einem wenig sozialisierten „Selbst“ die Voraussetzungen für weitere Rollenübernahmen oder aber bereits übernommene Rollen können bei mangelnder Rollendistanz nicht individuell ausgestaltet werden.

Praktisch bedeutet dies, dass schizophrene Menschen soziale Rollen unvollständig ausfüllen, weil sie entweder durch objektivierende Vorerwartungen distanzlos vereinnahmt werden - Fehlen von Rollendistanz -, oder aber, weil sie aufgrund emotionaler und kognitiver Verarbeitungs- bzw. Entwicklungsdefizite die mit dem „Role Taking“ vermittelten Kontextbedingungen einer Rolle nicht vollständig erfassen können. Bei letzterer Konstellation findet eine Rollenübernahme also gar nicht erst statt.

In beiden Fällen bleibt das Erlebnis für den Erkrankten aus, durch das Spielen von Rollen positive Emotionen und soziale Verstärkungen zu erfahren. Er „spielt“ also nicht mehr mit.



Die Folge ist, dass die für die Ausreifung des kognitiven und emotionalen Systems erforderliche Koppelung zwischen sozialem Verhalten und positiven Emotionen unterbrochen wird. Entsprechend dem Aversionsverhalten im emotionalen Bereich kann sich so auch ein generalisiertes aversives Erleben dem sozialen Bereich gegenüber ausprägen. Dieses wird dann durch einen Mangel an sozialen Verstärkungen und bei Zunahme von Defiziten auch durch negative Rückmeldungen über das soziale Umfeld weiter stabilisiert.

Umgekehrt bedeutet dies, dass durch das spielerische Verständnis von sozialen Rollen in Verbindung mit Selbstverwirklichung und positiven Emotionen darin eine therapeutische Schlüsselerfahrung für schizophrene Menschen liegen könnte, die für einen den Krankheitsprozess umkehrenden rehabilitativen Prozess nutzbar gemacht werden könnte.

Auch wenn der Patient, wie in der Theatertherapie, diese Rollen zunächst einmal nur „spielen“ würde, könnten in der spielerischen Distanz zunehmend soziale Erfahrung und individuelle Erfahrung miteinander in Verbindung treten. Langfristiges Ziel wäre dabei, dass sich in zunehmenden Rollenübernahmen allmählich Anteile eines integrationsfähigen „Selbst“ herauskristallisieren könnten.

Aber auch andere Methoden, die auf die Koppelung von sozialen Rollenerfahrungen mit positiven Emotionen ausgerichtet sind, wie das Ausprobieren der „Künstlerrolle“ in der Werkstattarbeit oder der „Gärtnerrolle“ i.R. der Arbeitstherapie, sollten eine Verbindung zwischen sozialem Erfolg und positivem emotionalen Erleben anstreben.

Nur positive Emotionen und sozialer Erfolg gemeinsam können dabei helfen, die aversiven Blockaden bei den Patienten so zu umgehen, dass ihre Motivation geweckt wird, sich wieder in das soziale „Spiel“ einzubringen.

Das übergeordnete Ziel in der Schizophreniebehandlung ist damit das Herstellen von Situationen, in denen das individuelle Erleben des Patienten wieder mit einem sozialen Erleben in Kontakt treten kann.

#### **II.1.4. Voraussetzungen für ein integratives Metamodell**

Eine Verbindung in der Schizophrenie zwischen den entwicklungspsychologischen Überlegungen und den kognitiven Modellen lässt sich darüber finden, dass sowohl in der frühen Kindheit als auch in späteren Lebensabschnitten Bewältigungsleistungen mit der Ausbildung von komplexeren und leistungsfähigeren kognitiv-emotionalen Strukturen bzw. mit der Umstrukturierung vorhandener kognitiver Systeme verbunden sind (Spitzer 1997, S. 182, Schore 1994).

Kognitive Strukturen und ihre Veränderungen lassen sich dabei über neuropsychologische Modelle unter gleichzeitigem Einsatz von funktionell bildgebenden Verfahren zunehmend überzeugend auf neuronaler Ebene abbilden (Brenner und Böker, 1997, S. 47).

Die Beschreibung von kognitiv-emotionalen Systemen und deren Veränderung im schizophrenen Prozess wäre damit dem Bereich der experimentellen Neuropsychologie zuzuordnen.

Die Erklärungsmodelle für die Entstehung schizophrener Vulnerabilität, können wiederum am überzeugendsten durch die Entwicklungspsychologie unter Einbezug biologischer und genetischer Überlegungen geleistet werden (Ciompi 1982, S. 222).

In der Erweiterung des „Vulnerabilitäts - Stressmodells“ (Zubin u. Spring 1977) durch kognitions- und emotionspsychologische Komponenten lässt sich gut darstellen, wie sich primäre Entwicklungsdefizite im psychotischen Geschehen weiter verschlimmern; es lässt sich aber auch aufzeigen wie sich sekundär kognitive und emotionale Verarbeitungsstile ausprägen können und sich dabei häufig dysfunktionaler auf die Verwirklichung eigener Grund- und Wachstumsbedürfnisse (Kuhl 1999) auswirken könnten, als das primäre Geschehen in der Psychose selbst (Strauss 1996, Ciompi 1979, Ernst 1962 ).

Dies ist der Ansatzpunkt für die Initiierung kognitiver, emotionaler und sozialer Rehabilitationsstrategien, bei denen die Psychose und der durch sie angestoßene Chronifizierungsprozess als eine Störung des systemischen Zusammenspiels aller dieser beteiligten Subsysteme aufgefasst wird.

Das Vulnerabilitätsungleichgewicht kann natürlich dabei, entsprechend der dargestellten Entwicklungs- und Chronifizierungsmodelle (s. 1.3.), primär durch eine singuläre Dysfunktion auf einer strukturellen Ebene angestoßen werden.

Aufgrund einer systemischen Koppelung zwischen kognitiver, emotionaler und sozialer Entwicklung wirkt sich eine singuläre Dysfunktion aber auf die Weiterentwicklung der anderen Subsysteme so aus, dass die Suche nach einem einzelnen Vulnerabilitätsfaktor in der Regel nur von theoretischem Interesse ist.

Obgleich ein Verständnis der Schizophrenie als eine multisystemische Erkrankung schon Anfang der 80er Jahre durch die Berner Arbeitsgruppe um Böker und Brenner etabliert wurde (u.a. Brenner et al. 1980, Böker u. Brenner 1986), und unlängst durch Ciompis (1996) Begriff der „dynamischen Krankheit“ ergänzt wurde, fehlt es immer noch an überzeugenden therapeutischen Konzepten, die eine gleichzeitige therapeutische Einwirkung auf emotionale, kognitive und soziale Subsysteme mit dem Ziel die Harmonisierung in überzeugender Weise leisten können (Roder u. Brenner 1990, S. 118-119).

Viele Programme fokussieren immer noch auf die Behebung von Defiziten einzelner Komponenten oder erhoffen sich durch eine „step by step-Strategie“, z.B. von der Ebene primärer Sinnesverarbeitung zu übergeordneten kognitiven Leistungen (Bowen et al. 1994), eine Beeinflussung übergeordneter Störungszusammenhänge. Die Störungen sind aber

eher in der Dysbalance zwischen den Systemen als im Leistungsdefizit einer einzelnen Verarbeitungsebene zu suchen (Seidmann et al. 1992, Andreasen 1998).

Es fehlt also zu der systemischen „Metastörung“ Schizophrenie das Konzept einer entsprechenden „Metatherapie“.

Natürlich stößt die Psychose i.S. einer „Psychosomatose des Gehirns“ (Stark 2000) auch eine biologische Eigendynamik an, die, wie Spitzer (1996, S. 272-315) in seinem neurobiologischen Konzept nachweist, auch zunehmend zu einer strukturellen Fixierung der gestörten kognitiven Verarbeitung führt. Auch die soziale Komponente ist als eigenständiger Systemfaktor (Richter et al. 1999) zu sehen, die sich nach Ausbruch der Krankheit als positiver oder negativer Verstärker bzw. als Stabilisator oder Destabilisator bestimmter kognitiv-emotionaler Strategien (Strauss et al. 1986) auswirken kann.

Wenn psychotische Kognitionen bei Fortbestand der Wahndynamik nach Spitzer (1996, S. 315) zunehmend strukturell fixiert werden und über Vermeidungsversuche zunehmend in sekundäre Negativsymptomatik mit Anhedonieerleben einmünden können, ließe sich die Forderung ableiten, dass wahnhaftige Kognitionen frühzeitig neuroleptisch unterbrochen werden müssten, bevor sie zu einer Umstrukturierung des gesamten kognitiv-emotionalen Apparates führen können. Denn häufig greift zu einem späteren Zeitpunkt eine medikamentöse, nur auf den Funktionsstoffwechsel einwirkende Behandlung kaum noch in das strukturell fixierte wahnhaftige Geschehen ein.

Aber auch in dieser frühen Behandlungsphase sollte der Patient entsprechend seinen Möglichkeiten und Bedürfnissen als selbstwirksamer Entscheidungsträger kooperativ in die Behandlung einbezogen werden, damit dieser sich zunehmend vom passiven Befehlsempfänger (Compliance-Phase) zum gleichberechtigten Partner für die Planung und Aufrechterhaltung seiner Behandlung weiter entwickeln kann (Phasenmodell, Strauss et al. 1986). Hierbei sollte auch die subjektive Lebensqualität unter Einnahme von Neuroleptika für deren Auswahl und Dosierung einbezogen werden (Naber et al. 2001).

Es geht also zu jedem Zeitpunkt der Behandlung um den „ganzen Menschen“, der in seinen kognitiven, emotionalen und sozialen Bedürfnissen gesehen und berücksichtigt werden will (Bäumli 1994, S. 124). Das Gleichgewicht zwischen den Bedürfnissebenen ist in der schizophrenen Entwicklung zunächst kontinuierlich und dann durch das psychotische Geschehen sprunghaft in ein Ungleichgewicht hinein geraten.

Rehabilitative Strategien müssen daher auf alle Subsysteme harmonisierend einwirken und versuchen, ein Gleichgewicht wieder herzustellen, welches eine bessere Funktionalität in den einzelnen Subsystemen und

ein Umsetzen von Wachstumsmöglichkeiten im gesamten Lebenszusammenhang ermöglichen kann (Opoczyńska 1996).

Hierzu müssen Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie in störungsspezifischen Behandlungsprogrammen unter Berücksichtigung der persönlichen Bedürfnisse integrativ miteinander kombiniert werden (Krausz u. Naber 2000, S. 31).

## **II.2. Erläuterung der Thematik**

### **II.2.1. Kunst vor dem Hintergrund des neuen Ansatzes**

Das dargestellte Modell vor dem Hintergrund klinischer Erfahrungen legt die Vermutung nahe, dass der Einsatz von Kunst in der Langzeittherapie mit schizophrenen Patienten den therapeutischen Ansprüchen einer integrativen Metatherapie in besonderer Weise entsprechen kann.

Die Grundlagen hierfür liegen insbesondere in den entwicklungspsychologischen Vulnerabilitätsmodellen, wobei in der Anwendung künstlerischer Mittel bei schizophrenen Menschen eine Wirkung vermutet wird, die dem Verständnis von Vulnerabilität nach dem Modell von Piaget (1959) direkt entgegengesetzt sein könnte.

Wenn der Bezug der Entwicklung des normalen Kindes (Piaget 1959) zu der vermuteten Entwicklungsstörung des später schizophren Erkrankenden sinnvoll erscheint, könnte Kunst dem schizophrenen Patienten dabei helfen das zu leisten, was das Kind im Symbolspiel schafft, nämlich die Verankerung von sozialen Strukturen in der individuellen Erfahrung zu ermöglichen.

Damit wäre dies eine ideale Ergänzung zum sozialen Lernprogramm, welches sich darum bemüht, ein breites Repertoire von sozialen Strukturen an den Patienten heranzutragen.

Auf diese Weise könnten sich sozialisierende Komponenten, die eher in der Imitation beim Modellernen akkomodatorisch angeeignet werden, ideal mit der künstlerischen Gestaltung ergänzen, in der eine assimilatorische Anbindung der sozialen Strukturen an die eigene private Erfahrung gesucht wird.

Es wäre damit sogar die Chance aufgetan, dass, wenn man annimmt, dass in der Psychose der in der II. Entwicklungsphase nach Piaget agierende frühe Ich-Kern offen läge (vgl. Benedetti 1994), dieser die frühen Erfahrungsbilder des Menschen repräsentierende Ich-Kern nun in der Wiederholung funktionaler mit den sprachlich vermittelten sozialen Erfahrungen verbunden werden könnte.

Über das Postulat der „Neuroplastizität“ (Elbert et al. 1995) und unter der Berücksichtigung, dass die Bewältigung eines Entwicklungsschrittes mit der Ausdifferenzierung kognitiv-emotionaler Strukturen verbunden ist, könnte sich der therapeutische Erfolg über die Anwendung künstlerischer Mittel vielleicht sogar neurobiologisch nachweisen lassen. Insofern

könnten künstlerische Mittel nicht nur symptomorientiert auf das schizophrene Krankheitsbild einwirken, sondern sogar kausal einen neurobiologischen Mechanismus anstoßen, über den die allgemeine Vulnerabilitätsschwelle verändert werden oder aber zumindest die Prozesse der krankheitsbezogenen Veränderungen in den emotionalen, sozialen und kognitiven Subsystemen verlangsamt würden.

Auch Lempp (1973, 1974, 1984, 1988) vermutet eine neurobiologische Koppelung zwischen leichten kognitiven Defiziten und der Schwierigkeit Schizophrener in der kindlichen Entwicklung zwischen privaten „Nebenrealitäten“ und der immer wichtiger werdenden erwachsenen „Hauptrealität“ flexibel wechseln zu können. Dies ist aber nur eine andere Form der Beschreibung der kindlichen Entwicklungsphase II, in der zwischen assimilatorischem Symbolspiel und akkomodatorischem Imitationsspiel nur phasenweise gewechselt wird, aber ein stabiler Realitätsbezug, der erst in der Entwicklungsphase III über das Gleichgewicht zwischen akkomodatorischen und assimilatorischen Komponenten in stabilen Begriffen entsteht, noch nicht geleistet wird.

Die Überführung von privater Nebenrealität in soziale Hauptrealität durch einen Zustand, der als ästhetisches Symbol soziale Bedeutung mit ichhafter Signifikanz verbinden kann, ist aber genau das, was durch die Anwendung ästhetischer Regeln in der Kunst geleistet wird (Schurian 1986, 1992).

Über die künstlerische Gestaltung könnte man so dem Patienten eine Methode anbieten, mit der er selbständig erlernen könnte, individuelle und soziale Erfahrung wieder zueinander in einen funktionalen Zusammenhang zu setzen, bei der beide Ebenen sich gegenseitig validieren oder i.S. von Goethe ineinander aufgehen.

Eine andere, eher pragmatische Einschätzung des Wirkpotentials künstlerischer Mittel liegt in dem Verständnis von Kunst als neurorehabilitativem Training.

Bei der kognitiven Komponente der Schizophrenie scheint es sich, wie schon oben erwähnt, nach Süllwold (1995) vor allem um Leistungsunregelmäßigkeiten und Koppelungsschwächen zwischen verschiedenen kognitiven Subsystemen zu handeln, die als Korrelate von psychologischen Funktionen gelten.

Nach der Theorie von Shallice und Norman (Shallice 1982, 1988) hieße das für das negative Syndrom, dass es sich hier vor allem um Leistungsunregelmäßigkeiten des neue Handlungsabläufe generierenden und automatische Handlungsabläufe kontrollierenden SAS handeln würde.

So kann für die Rehabilitation gefolgert werden, dass neben einem „Reality Testing“ und „Hochtrainieren“ des CS auch ein Training des selbstgenerierten Handelns zur Stabilisierung von SAS-Leistungen erforderlich wäre.

Ihrer Definition nach könnten gerade kreative Leistungen, deren Essenz das selbstgesteuerte Handeln ist, sich in der Arbeit mit schizophrenen Menschen als machtvolles Instrument erweisen, Schemata zum selbstgenerierten Handeln (also SAS-Leistungen) in einem spielerisch-lustvollen und emotional angstfreien Kontext neu einzutrainieren.

Künstlerische Tätigkeiten sind nach diesem Verständnis also Probehandlungen, in denen selbstgenerierte kognitive Schemata in der sinnlichen Erfahrung mit dem jeweils neu zu gestaltenden musikalischen oder plastischen Material „durchgespielt“ werden.

Hierbei können gegenüber den herkömmlichen kognitiven Trainingsprogrammen folgende Vorteile vermutet werden:

1.

Während in kognitiven Trainingssituationen, beispielsweise mit der richtigen Zuordnung von Karten im WCST (Heaton et al. 1993), nur das abschließende Handlungsergebnis bewertet und rückgemeldet wird, der von dem Patienten gewählte Lösungsweg aber nicht kontinuierlich abgebildet wird, so wird in der Arbeit an einem Kunstwerk, z.B. an einem Bild, der gesamte Prozess der Gestaltfindung in seinen einzelnen Schritten abgebildet und sinnlich zurückgemeldet. Ähnlich kann auch in der Theatergruppe die einzelne Szene über einzelne Sätze, Auftritte, Gesten und Veränderungen im Zusammenspiel sukzessiv aus den einzelnen Gestaltelementen heraus aufgebaut werden. Dies kommt dem Modus der Informationsverarbeitung schizophrener Menschen sehr entgegen, denn über das kontinuierliche äußere Feedback können Defizite, insbesondere im Arbeitsgedächtnis der Patienten (Baddley 1986), leichter umgangen werden und so Handlungspläne anhand der Ergebnisschritte kontinuierlich überprüft und so leichter zu Ende verfolgt werden. Gleichzeitig können in dieser allmählichen Entwicklung der Lösung einzelne neue Informationen abgestuft und damit besser integrierbar dargeboten werden als innerhalb eines auf einem vorgefertigten Lösungsweg operierenden Trainingsprogramms.

2.

Während in kognitiven Trainingsprogrammen in der Regel nur eine Sinnesmodalität, z.B. sehen oder hören, mit der direkten Entscheidung des praktischen Handelns verknüpft wird, ist im künstlerischen Handeln dagegen eine Kombination unterschiedlicher Sinnesebenen beteiligt: im Malen z.B. das Sehen, das Riechen der Farbe und das Fühlen der Konsistenz sowie der Beschaffenheit des Untergrundes; beim Musizieren das Spüren der Resonanz des Tones, das Hören seiner Ausbreitung und das Sehen der Reaktion der Zuhörenden usw..

Auf diese Weise kann die Arbeit an der sinnlichen Oberfläche des künstlerischen Materials eher die Integration neuer Erfahrungen in die Kontinuität bisherigen Erlebens leisten. Denn, wenn man wie Damasio (1989) davon ausgeht, dass für den störungsfreien Abruf einer die Realität abbildenden Erfahrung die zeitgleiche Koaktivierung aller die Erfahrung ursprünglich konstituierenden Repräsentationsfragmente erforderlich ist, kann man vermuten, dass die Ankerung der neuen Erfahrungen nachhaltiger sein kann, wenn verschiedene Sinnesqualitäten daran beteiligt sind und dabei helfen, ein breiteres Spektrum von Emotionen in die Erinnerung einzubinden (Spitzer 1996, S. 314).

3.

Der künstlerische Prozess bezieht immer alle für die Schizophrenie benannten relevanten Subsysteme (Kognition, Emotion, Soziale Vernetzung) mit ein und versucht über die Schaffung einer äußeren Form, einen stabilisierenden Ausgleich zwischen ihnen herzustellen. In den zirkulären Prozessen zwischen Kunstwerk und Gestalter findet dabei eine flexible Form des „Reality Testings“ statt, über die sich zunehmend neue kognitive Schemata ausbilden können.

Dies ist der Vorteil gegenüber kognitiven oder sozialen Trainingsprogrammen, die, wie schon erwähnt, nur auf eines der Subsysteme fokussieren, aber nicht auf die intermediären Prozesse zwischen ihnen.

4.

Über die künstlerische Arbeit wird eine ästhetische Qualität geschaffen, die wiederum als intrinsische Verstärkung für die aufgewendeten Anstrengungen aufgefasst werden kann. Der Vorteil dieser intrinsischen Verstärkung gegenüber einer externen Verstärkung besteht darin, dass der Patient die Erfahrung von Selbstwirksamkeit macht. In den genannten sozialen oder computergestützten Lernprogrammen geht von dem erreichten Ergebnis kein direkter selbstwirksamer Nutzen aus, so dass in der Regel eine externe Verstärkung notwendig wird.

## **II.2.2. Praktischer Umgang mit den künstlerischen Mitteln**

Kunst wäre aus der entwicklungspsychologischen Sicht Piagets (1959) eine Möglichkeit, individuelle Symbole in ästhetische Symbole zu überführen und auf diese Weise neu sozial anzubinden. Dies kann, anders als bei vielen anderen Therapieformen, unabhängig davon geleistet werden, ob der Weg über die sozialen Strukturen des Wortes genutzt wird.

Das künstlerische Meisterwerk wäre demnach u.a. dadurch geprägt, dass es eine ästhetische Form herstellt, durch welche die privaten Symbolstrukturen des Schöpfers eine soziale Anbindung erfahren können,

bei der die soziale Verständlichkeit und die ichhafte Signifikanz eine besondere Form des Gleichgewichts gefunden haben.

Umgekehrt wären die handwerklichen Regeln der Kunst ein „Erfahrungsschatz“ solcher Möglichkeiten, denkbare strukturelle „Verbindungswege“ zwischen privaten Erfahrungen und sozialisierender ästhetischer Wirkung kennen zu lernen. Hierdurch ist Kunst, im Gegensatz zur Psychose, als ein möglicher sozialer Ausdruck von privaten Erfahrungen auch gesellschaftlich anerkannt.

Sollte diese Verbindung ästhetisch erfolgreich verlaufen, können das ästhetische Erfolgsgefühl sowie die soziale Anerkennung als intrinsische und externe Verstärker dazu beitragen, dass die neuen kognitiv-emotionalen Verbindungen bleibend verankert werden.

Therapie durch künstlerische Gestaltung, vor einem solchen Hintergrund verstanden, würde nicht darauf abzielen, dass ein künstlerischer Therapeut die Ergebnisse des Patienten „gut deuten“ kann - dann hätte das Kunstwerk im oben genannten sozialisierenden Sinne versagt.

Vielmehr müsste der künstlerische Therapeut daraufhin arbeiten, dass dem künstlerisch interessierten Patienten ästhetische Regeln vermittelt werden, die darauf abzielen, dass sich die entstehenden Kunstwerke zunehmend „selbst deuten“ können.

Für das Kennen lernen künstlerischer Formenregeln, die hier als kognitive Verbindungswege verstanden werden, könnte es durchaus sinnvoll sein, auch professionelle Künstler in die Rehabilitationsarbeit mit den Patienten einzubeziehen. Diese scheinen besonders qualifiziert zu sein, den künstlerischen Eigenwert eines Werkes aufgrund der Berücksichtigung von ästhetischen Regeln therapeutisch in den Vordergrund zu stellen.

Dabei sollten den Patienten verschiedene künstlerische Zugangswege angeboten werden, da vermutet werden kann, dass die Patienten entsprechend ihren Lerntypen von unterschiedlichen sinnlichen Zugangswegen (visuell, haptisch, auditiv) auch unterschiedlich profitieren können. Während bildende Künste ein zirkuläres Trainieren von Schemata in „Bottom-Up-Prozessen“, also am direkten perzeptiven Kontakt mit dem Material, ermöglichen, so können darstellende Künste wie Film oder Theater eher kognitiv-emotionale Schemata anhand der Vorgabe von übergeordneten Handlungsplänen, also über „Top-Down-Prozesse“, zu trainieren helfen. Auch hier ist ein integrativer, abgestufter Einbezug von Emotionen wichtig. Die spezifischen Indikationen für ein solches Training sind von Bielańska und Cechnicki (1991) im Konzept der „Dramatherapie“ in Krakau entwickelt worden.



Abschließend sei noch erwähnt, dass das Interesse und das Engagement des einzelnen Patienten, und nicht der Ehrgeiz von künstlerischen Leitern, darüber entscheiden sollten, ob die Patienten in ihrer künstlerischen Tätigkeit eher auf dem akkomodatorischen Pol i.S. von kunsthandwerklichen Reproduktionen oder aber i.S. von kunsttherapeutisch zu deutenden Ausdrucksversuchen auf dem assimilatorisch privatsprachlichen Pol verbleiben.

Sie sollten aber neben diesen Möglichkeiten, welche durch die Kunsttherapie und die Beschäftigungstherapie abgedeckt sind, auch die zusätzliche Möglichkeit haben, unter professioneller künstlerischer Anleitung privaten Ausdruckswunsch und handwerklich-ästhetische Regeln vorteilhaft im autonomen Kunstwerk miteinander zu verbinden.

Diese Möglichkeit verspricht, vor dem Hintergrund der hier entworfenen kognitiven Perspektive, eine differentielle therapeutische Wirksamkeit zu haben.

### **II.2.3. Zusammenfassung1: Integration in das dynamische Vulnerabilitäts-Stressmodell**

*Wie sollte man künstlerische Mittel im Rahmen einer Metatherapie praktisch einsetzen, damit die oben dargestellten Wirkfaktoren greifen können? (vgl. hierzu auch II.1.4.)*

1.

Kunst sollte für den Patienten so angeboten werden, dass sie als „externe Hilfsstruktur“ dienen kann, indem Regeln in Form von technisch-ästhetischen Regeln, bzw. für die darstellende Kunst, Regeln zur Darstellung einer Rolle, vermittelt werden.

2.

Über die Verwendung der technisch-ästhetischen Regeln sollen die an subjektives Erleben gebundenen privaten Vorstellungsbilder der Patienten an soziale Strukturen angebunden und kommunizierbar werden (Akkomodation); umgekehrt können anhand des Eintrainierens der ästhetischen Regeln neutrale Strukturen über ästhetische und soziale Symbole in privates Erleben transferiert werden (Assimilation); insgesamt wird eine stärkere Verbundenheit zwischen sozial-zeichenhaften und privatsymbolhaften Wahrnehmungsstrukturen angestrebt, i.S. eines zuverlässigen äquilibratorischen Gleichgewichtes zwischen akkomodatorischen und assimilatorischen Prozessen zur Ausbildung einer Wahrnehmungskonstanz (s. Piaget 1959).

3.

Künstlerisches Schaffen sollte die Ausformulierung eigener Vorstellungen (Metakognitionen) anregen, so dass das geschaffene Werk selbstreflexiv auf seinen Schöpfer zurückwirken kann und zur Stabilisierung von kognitiven Strukturen beiträgt.

4.

Künstlerische Arbeit sollte über das Element des „Probehandelns“ im Künstlerischen ein spielerisches „als ob“ in die Therapie einführen, welches das fragile Selbst der Patienten vor häufig rigiden Selbst- oder Fremdansprüchen schützen kann und damit die Schwelle zur „Partizipation“ senkt. Hierfür darf künstlerische Arbeit aber nicht vordergründig therapeutisch ausgerichtet sein, damit sie über das Element des Spieles ihre eigentliche therapeutische Wirkung entfalten kann (Linger 1985).

5.

Künstlerische Tätigkeit sollte eine Aktivierung des Klienten auf allen Ebenen darstellen; über die Zunahme des Aktivitätsniveaus soll eine kontinuierlichere Einbindung in einen sozialen Kontext erfolgen, so dass auch die Wahrscheinlichkeit, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen für den Patienten zunimmt.

6.

Das Anforderungsniveau im künstlerischen Schaffen sollte dem strukturellen Defizit beim Patienten angepasst werden. Vom technisch imitierenden Pol in der „Strukturinfusion“ bis hin zur gelungenen neuen Verbindung zwischen privater Erfahrung und sozialem Kontext im selbstgestalteten Werk sollte der Klient autonom darüber bestimmen können, wie weit er in seinem künstlerischen Anspruch gehen möchte, bzw. wie viel er davon in den therapeutischen Kontext einbringen möchte.

7.

Innerhalb eines sozialen Milieuprogramms könnten sich die über künstlerische Erfahrungen geprägten kognitiven Strukturen, wenn diese subjektiv als erfolgreich erlebt wurden, zunehmend auch auf andere Sozialbereiche übertragen lassen; damit könnte langfristig eine Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus erzielt werden.

8.

Über die Vermittlung von technisch-ästhetischen Regeln kann der Patient in die Lage versetzt werden, das künstlerische Schaffen auch außerhalb des therapeutischen Rahmens autonom fortzuführen; Kunst könnte dem Erkrankten so helfen, i.S. der Moderatorvariable „ökologische Nische“ nach Zubin u. Spring (1977), eine gesellschaftlich anerkannte Tätigkeit auszuüben, die nicht über die Krankenrolle definiert ist.

## **II.2.4. Zusammenhang zwischen Symptomen und künstlerischen Verhaltensweisen bei schizophrenen Menschen**

Im weiteren soll aus dem dargestellten Bezug zwischen kognitiven und ästhetischen Modellen ein möglicher Zusammenhang zwischen Symptomen und künstlerischen Verhaltensweisen skizziert werden. Dies ist als eine Vorarbeit für die im Methodikteil dargestellten Instrumente zur Messung von künstlerischen Verhaltensänderungen zu verstehen.

Ebenso, wie über die Veränderungen in der ästhetischen Gestaltung auf den therapeutischen Prozess Einfluss genommen wird, müssten sich zumindest im individuellen Längsschnittverlauf auch kognitive Störungen anhand von ästhetischen Gestaltungsvorgängen abbilden lassen:

1.

Entsprechend den dargestellten Schwankungen zwischen Assimilation und Akkomodation (Piaget 1959) müsste sich ein Ungleichgewicht zwischen individueller Symbolsprache und stereotyper Imitation wiederfinden lassen. Dies wird sich vor allem in der Komposition von Formen äußern, bei denen entweder individuelle Symbole nicht sozial verständlich werden oder umgekehrt soziale Symbole unverbunden und imitativ aufgereiht erscheinen. Das unverbundene Wechseln zwischen diesen beiden Darstellungsebenen kann im Rezipienten eine Mischung aus Bestürzung und Faszination hervorrufen.

2.

Negativsyndrome können als ein Verlöschen von Symbolleistungen überhaupt, bzw. als ein Verlust des selbstgenerierten Handelns verstanden werden. Für die künstlerische Gestaltung bedeutet dies, dass diese nur durch einzelne Fragmente individueller oder sozialer Zeichen bestimmt werden, die vereinzelt und zusammenhangslos innerhalb eines nicht vollständig genutzten Ausgestaltungsraumes stehen.

3.

Phasen des Symptomrückgangs, ebenso wie künstlerisches Training, könnten sich dadurch bemerkbar machen, dass sie den Patienten zunehmend in die Lage versetzen, individuelle Zeichen über die Mittel der Formgestaltung sozial verständlich zu machen; umgekehrt könnten nur stereotyp angewandte künstlerische Schemata zunehmend mit individuellem Ausdruck aufgeladen werden. Die einzelnen Bedeutungselemente verbinden sich dabei zunehmend miteinander zu einer Ausdrucksgestalt, die einerseits sozial einfühlbar, andererseits aber auch individuell signifikant erscheint; das gelungene künstlerische Werk schafft einen Ausgleich zwischen diesen beiden Ebenen.

Es lässt sich demnach definieren *als ein in das soziale System hineinragendes, aber nicht mit diesem übereinstimmendes Bedeutungssystem, welches mit ichhafter Signifikanz aufgeladen ist.*

4.

Über Vermittlung von künstlerischer Erfahrung könnten Kunsttherapeuten und Berufskünstler schizophrenen Patienten ästhetische Modelle anbieten, mit denen die Gestaltung gelungener künstlerischer Formen zunehmend verlässlich möglich wird. Die dabei entstehenden kognitiven Ordnungsprozesse können auch zu einem Rückgang von Symptomen führen wenn man zugrunde legt, dass schizophrene Symptome i.S. von Frith (1992) Verhaltens- und Erlebnisauffälligkeiten aufgrund von kognitiven Störungen sind.

### **II.3. Abschlussbemerkung**

Nachdem im Theorieteil der mögliche therapeutische Nutzen künstlerischer Mittel anhand eines integrativen Schizophreniemodells abgeleitet wurde, soll nun im Untersuchungsteil dargestellt werden,

- inwieweit die dargestellten Forderungen für die künstlerischen Therapien klinisch anwendbar sind und
- inwieweit sich einige der hier dargestellten vermuteten therapeutischen Effekte in einer klinischen Pilotstudie empirisch evaluieren lassen.

### III. Methodikteil

#### III.1. Allgemeiner Ansatz

Grawe (1994, S. 2) beschreibt als zentrale und ergebnisrelevante Fragen für die zukünftige Psychotherapieforschung:

*“Können bestimmte therapeutische Wirkungen auf verschiedene Weisen erreicht werden? Sind diese Wirkungen dann wirklich äquivalent oder sind mit Eigenarten des Vorgehens auch bestimmte Eigenarten der Wirkungen verbunden? Gibt es irgendwelche besonders gut gesicherten Zusammenhänge zwischen Patienteneigenarten, Eigenarten des Vorgehens und bestimmten Wirkungen?”*

Bereits 1977 erhebt Grawe in Bezugnahme auf Carpenter et al. (1981) an zukünftige Therapieforschung den Anspruch, dass der Interessenkonflikt zwischen methodischer Genauigkeit und inhaltlicher Relevanz nicht weiterhin nur auf Kosten letzterer gelöst werden könne. Eine solche Lösung hält er angesichts des Zweckes dieser Forschung nicht nur für unsinnig, sondern auch objektiv für unnötig. Er entwickelt hieraus ein Konzept differentieller Psychotherapieforschung, bei dem Unterschiede zu dem Zweck festgestellt werden, Beschreibungskategorien für den einzelnen Gegenstand zu erhalten. Er fordert hierbei für die Evaluation von Psychotherapiemethoden eine Mischung aus experimentellem und korrelativem Vorgehen, die in der anschließenden Auswertung folgende Verfahren zulässt:

- (1) Es müssen in irgendeiner Form Veränderungswerte erstellt werden können (entweder durch direkte Veränderungsmessung oder durch abgeleitete Veränderungswerte).
- (2) Es muss neben der Prüfung auf Mittelwertsunterschiede auch eine Prüfung der Veränderungsvarianzen erfolgen können.
- (3) Es sollten möglichst viele Faktoren erfasst werden, die zur Aufklärung der Veränderungsvarianz beitragen könnten.

Dies ist für kreative Therapien mit ihrem komplexen Bedingungsgefüge von Wirkfaktoren besonders diffizil und bisher nicht grundlegend beschrieben worden. Über die geplante Studie soll ein erster Pilotversuch unternommen werden, Kategorien zur evaluieren, was einen ersten Grundbaustein für einen vergleichenden Wirksamkeitsnachweis dieser Methoden schaffen könnte.

An dieser Stelle muss aber noch einmal kurz auf die Rahmenbedingungen eingegangen werden - das psychosoziale Rehabilitationsprogramm an der Psychiatrischen Universitätsklinik Krakau - damit die besonderen Voraussetzungen, unter denen die Zusammenarbeit mit schizophrenen

Patienten und Berufskünstlern ihre Wirkung entfalten kann, besser berücksichtigt werden.

### **III.2. Rahmenbedingungen**

Das Krakauer Milieuprogramm ist im Sinne von Paul (1977) als umfassendes Lernprogramm innerhalb einer therapeutischen Gemeinschaft konzipiert, wobei die Patienten innerhalb vieler Lebensbereiche und auf vielen Sinnesebenen korrigierende soziale Erfahrungen machen können. Eine Schlüsselrolle spielt dabei die Kontinuität der Langzeitversorgung durch einen einzelnen Therapeuten aus dem multiprofessionellen Team (Psychologen, Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Laien).

Der Therapeut beginnt seine Betreuung häufig schon während der Behandlung im tagesklinischen Rahmen und setzt sie dann in der ambulanten Weiterbetreuung häufig über Jahre hinweg fort.

Psychoedukation und das Anbieten von Gemeinschaft erscheinen vor einem solchen Hintergrund nicht als eine augenblickliche Intervention, sondern als ein kontinuierlicher Lernprozess, über den Patienten einen adäquaten Umgang mit Krankheitssymptomen und eine Einbindung in die Gemeinschaft in möglichst vielen Lebensbereichen erlernen können. Über den Kontakt zu dem Bezugstherapeuten wird dabei ein haltender und schützender Rahmen gesichert.

Es soll der Patient auf diese Weise darauf vorbereitet werden, sich in einem komplexen sozialen Umfeld, trotz der Krankheitseinschränkungen, aktiv eine eigene ökologische Nische ausgestalten zu können (Zubin u. Spring 1977).

Es muss dabei angenommen werden, dass viele der in diesem Rehasystem behandelten Menschen ihr ganzes Leben lang, auch schon vor dem Krankheitsausbruch, soziale Kontakte niemals als lustvoll und intensiv erleben konnten (hierfür spricht das schon zitierte Anhedoniekonzept, Übersicht bei Cohen 1989). Auch konnten i.S. von Kraus (1980) die meisten schizophrenen Menschen ihre sozialen Rollen niemals an ihr Selbstkonzept amalgamieren, so dass das Funktionieren in sozialen Bereichen von vielen dieser Menschen schon vor der Erkrankung als erfolglos und ich-fremd erlebt wurde. Wenn nun noch Hospitalisierung, direkte Leistungsbeeinträchtigung durch Krankheitssymptome und soziale Stigmatisierung als ich-kränkende soziale Erfahrungen hinzutreten, so ist der Erkrankte in den meisten Fällen um so weniger bereit, es innerhalb eines sozialen Kontextes „noch einmal zu versuchen“.

Vor diesem Hintergrund kann der Kontakt mit dem Bezugstherapeuten häufig als erstes erfolgreiches Beziehungserlebnis erfahren werden, in welchem sich Ängste, Sehnsüchte und Kränkungen, die der Patient in bisherigen sozialen Kontakten erlebt hat, darstellen und therapeutisch bearbeiten lassen (s. hierzu auch Benedetti 1994).

Ferner sichert die Teilnahme des Patienten an verschiedenen, seinem Rehabilitationsstand entsprechenden Kleingruppen eine optimale Entfaltung der gruppentherapeutischen Wirkfaktoren „Feedback“ und „Stellvertretendes Lernen“ Tschuschke (1993, S. 49).

Es sei außerdem darauf hingewiesen, dass vor dem in der Einführung dargelegten kognitiven Hintergrund der Schizophrenie als ein „*Verlust des Wissens über sich*“ und „*Verlust des Wissens über die anderen*“ (Frith 1992) insbesondere dem Wirkfaktor „Feedback“ noch ein zusätzliches Gewicht zukommt (Frith u. Done 1989).

Szymusik et al. (1983, S. 423) stellen dar, dass es als schwierigste therapeutische Aufgabe in einem solchen milieugestützten Behandlungssystem anzusehen ist „...den Schizophreniekranken in das Therapiesystem optimal einzubeziehen, ohne ihn jedoch von den Therapeuten oder dem ganzen System abhängig zu machen“. Sie fordern daher (ebd. 1983, S. 423) ein Bemühen der Therapeuten, „...dass der Patient seine eigene Motivation zur Behandlung erreicht und dabei von der Abhängigkeits- in die Mitarbeitsphase eintritt.“ (s. hierzu auch das Stufenmodell von Strauss et al. 1986).

In der Mitarbeitsphase sei es dabei Aufgabe des Patienten, „...sich zu zeigen, sich mit der Umwelt auseinander zu setzen, eigene Kreativität zu entfalten, und dadurch ein positives Gefühl der eigenen selbständigen Existenz zu entwickeln“ (Szymusik et al. 1983, S. 423).

In diesem Zusammenhang bemerkt Christiansen (1991, S. 38) „*that the most effective intervention strategies are those which offer meaning through choice and success*“. Auch LaMore und Nelson (1992) können in einer kontrollierten Studie, allerdings mit geistig Behinderten, einen positiven Einfluss von selbst bestimmter Themenwahl auf die Ausführung künstlerischer Aufgaben nachweisen.

Der Einbezug von Berufskünstlern ist als besonders interessante Rahmenvariante zu betrachten, da eine professionelle Aufwertung der künstlerischen Ressourcen von Patienten erfolgt, gleichzeitig aber durch ein spielerisches „als ob“, welches der Kunst als Charakteristikum zu eigen ist, ein schützender Rahmen erhalten bleibt.

Kunst ließe sich damit als besondere Aktivität auffassen, in der gesellschaftlich anerkannte Leistung dadurch entsteht, dass in Probehandlungen über soziales Handeln reflektiert werden kann bzw. Modelle für dieses entwickelt werden.

Künstlerisches Handeln scheint daher für den therapeutischen Prozess eine ideale Übergangsform zwischen dem mehr strukturformenden therapeutischen Handeln und dem mehr strukturrealisierenden sozialen Handeln darzustellen.

Kunst wird in Krakau ferner als eine wichtige Möglichkeit für die Öffentlichkeitsarbeit und Interessenvertretung psychisch Kranker gesehen (Cechnicki et al. 1988, Cechnicki 2000). In attraktiven kulturellen Zentren finden Ausstellungen und Theateraufführungen der professionell geleiteten Patientengruppen statt und in der dem Rehasystem „Miodowa“ angegliederten Kunstgalerie können bei Ausstellungseröffnungen Besucher aus der ganzen Stadt erwartet werden.

Über die künstlerische Arbeit wird auf diese Weise ein aktiver Beitrag zur Integration psychisch Erkrankter in die Gemeinde geleistet und die hierbei entstehenden institutionellen Vernetzungen tragen dazu bei, dass das therapeutische Leben und das Leben in der Gemeinde zunehmend durchlässig für einander werden.

Folglich (Cechnicki 2000) lassen sich die Besonderheiten des Krakauer Rehasystems unter folgenden Gesichtspunkten zusammenfassen:

#### Hauptstrategie in Krakau

- integrativ soziale, biologische und psychotherapeutische Komponenten in eine stationär-ambulante Behandlungskette zu integrieren, welche ausschließlich der Versorgung schizophrener Patienten dient (diese werden in gemischten Programmen häufig „an den Rand gedrängt“)
- Langzeitkontakte (der Patient sollte eine gesunde Symbiose und eine erneute Separation erleben) ermöglichen Kontinuität und das Durchleben von gemeinsamen Prozessen
- Therapieangebote werden über den Kontakt mit dem Bezugstherapeuten individuell zugeschnitten und in kleinen, sich vernetzenden Gruppen angeboten; das Ausmaß der Vernetzung des einzelnen mit der Gruppe gilt als wichtiges Outcomekriterium für den therapeutischen Erfolg
- Aufbau eines angstfreien und vertrauensvollen Gruppenklimas, in dem Gefühlserfahrungen direkt angesprochen werden können und neben der technischen Kompetenz des Therapeuten vor allem seine Fähigkeit zur angemessenen Beziehungsgestaltung gefragt ist
- Psychotherapie und Rehabilitation müssen sich in allen Therapiephasen gegenseitig durchdringen, d.h. psychotherapeutische Veränderungen müssen praktisch und lebensnah generalisiert werden; dabei muss psychotherapeutische und psychoedukative Arbeit alltagsbezogen sein und sowohl neurokognitive Besonderheiten schizophrener Reizverarbeitung berücksichtigen, also auch neurorehabilitative Strategien einbeziehen



Innerhalb dieser Form des Rehasystems sind folgende Formen der künstlerischen Arbeit schon mit über 10jähriger Erfahrung implementiert worden (Cechnicki u. Sippel 2001):

- Tanzen (sowohl in der Tagesklinik als auch auf der kooperierenden Akutstation)
- Malen (eine eigene Galerie mit künstlerischem Ausbildungscharakter bietet zweimal in der Woche offene Gruppen an)
- Theater (eine von einem Theaterregisseur geleitete Gruppe trifft sich wöchentlich, wobei einmal im Jahr mit wechselnder Besetzung ein neues Stück einstudiert wird)
- Literarischer Ausdruck über eine Patientenzeitung (dies geschieht im Patientenclub, der der Tagesklinik angegliedert ist; dem Personal kommt dort nur eine assistierende Rolle zu)

Die künstlerischen Angebote werden ihrer Struktur nach dabei auf die Anforderungen der unterschiedlichen Rehabilitationsstufen angepasst, wobei aber über die künstlerisch Professionellen auch schon bei niederschweligen Angeboten ein ernsthafter künstlerischer Anspruch in die Arbeit eingebracht wird.

Die einzelnen Grade der therapeutischen Beanspruchung können dabei folgendermaßen differenziert werden:

(1)

Als „Warming Up“ niederschwellig in das Tagesklinik-Programm eingebaut (aus dem Theaterbereich durch den Regisseur angeleitete Körperkontakt-Übungen sowie die Tanzgruppe mit einfachen Gruppentänzen) bzw. in der Akutstation Konzentration auf Außenorientierung durch sinnliche Wahrnehmung von Klängen und Betrachtung von Bildern; auch hier Übungen für Körperwahrnehmung.

(2)

Weiterarbeit der kennen gelernten Methoden über kontinuierliche ambulante Angebote, welche von professionellen Künstlern angeleitet werden, die sich über Jahre hinweg an das therapeutische System angebunden haben; offen für Patienten nach Beendigung der tagesklinischen Behandlung (u.a. Malgruppe und Theatergruppe).

Die Gruppen haben dabei den Anspruch, künstlerische Ergebnisse zu erzielen, die in Ausstellungen und öffentlichen Aufführungen einen direkten Übergang in das kulturelle Leben der Gemeinde ermöglichen; die Arbeit der Berufskünstler hat dabei Ausbildungscharakter in der Vermittlung technisch-künstlerischer Fähigkeiten.

Eine Variante dieser kontinuierlichen künstlerischen Arbeit sind künstlerische Werkstätten, bei denen Gastkünstler eingeladen werden und innerhalb einer intensiven Arbeitsatmosphäre neue künstlerische Techniken vermittelt werden sollen. Über einen kurzen Zeitraum nehmen die Patienten dabei an keinen anderen therapeutischen Aktivitäten teil, ähnlich wie bei (3). Häufig wird über die Intensität dieser Gruppenarbeit ein kurzer, aber kräftiger therapeutischer Impuls gesetzt, dieser kann sich dann auf die alltägliche therapeutische Arbeit auswirken.

(3)

Jährliche therapeutische Ferienfreizeiten (Cechnicki u. Bielańska 1996, Bogacz u. Sippel 2002), in denen schwerpunktmäßig künstlerisch gearbeitet wird und Patienten aus allen Rehasstufen, insbesondere vor dem Übergang in eine neue Rehasstufe, aber auch ehemalige Patienten eingeladen werden; Ziel ist hier, die Vernetzung von Patienten und Personal in unterschiedlichen Rehabereichen zu verstärken sowie über den direkten täglichen Kontakt mit den Patienten eine bessere Möglichkeit zu haben, die Patienten für die weiteren Rehabilitationsschritte zu qualifizieren. Die künstlerische Arbeit dient hier dazu, Gruppenprozesse zu initiieren und ein gemeinsames Gruppenziel zu definieren.

Hervorzuheben ist, dass die Zusammenarbeit zwischen Künstlern und Therapeuten in den Rehasstufen (1) und (2) einen veränderten Schwerpunkt hat.

Obwohl in beiden Stufen neben dem Künstler 2-3 Therapeuten (meist ein Psychologe, ein ärztlicher oder psychologischer Praktikant und eine Pflegekraft) kontinuierlich anwesend sind, haben diese eigentlich nur auf der Stufe (1) strukturierende kotherapeutische Aufgaben; in der Stufe (2) wird das therapeutische Personal zunehmend zum künstlerischen Mitarbeiter und teilnehmenden Beobachter. Indem sie sich gemeinsam mit den Patienten den künstlerischen Anforderungen stellen, haben sie Modellcharakter und vermitteln den Patienten Sicherheit und Zutrauen für die künstlerischen Aufgaben; außerdem sichern sie den Informationsfluss zurück in den therapeutischen Rahmen.

Die in Deutschland häufig anzutreffende kurzfristige Form der Einbeziehung von Künstlern in der Tradition des Pferdes „Marco Cavallo“ von Scabia (Kunstprojekt zu Beginn der italienischen Reformbewegung 1973 in Triest), schürt sowohl bei Künstlern als auch bei Patienten die Vorstellung, dass Künstler Patienten aus den Anstaltsmauern und den Fängen ihrer Ärzte befreien sollten. Dies endet nicht selten in ideologischen Grabenkämpfen zwischen Künstlern und Therapeuten, bei denen insbesondere die schwer erkrankten Menschen als Projektionsfiguren für narzisstische Bedürfnisse von Künstlern und Therapeuten oder aber als Lastesel im Don Quijote-Gefecht unterschiedlicher ideologischer Vorstellungen auf der Strecke bleiben.

Was hier häufig fehlt, ist eine bescheidene Haltung des „Nicht Wissens“ (Deisler 1996), die als Suchhaltung sowohl Künstlern als auch Therapeuten die Annäherung an neue Beschreibungsmöglichkeiten und Verstehensprozesse für die eigene Arbeit eröffnen könnte. In Krakau ist ein solcher ideologischer Eifer in der Annäherung der verschiedenen Erfahrungsbereiche interessanterweise kaum ausgeprägt. Statt dessen überwiegen zwischen Künstlern und Therapeuten ein auf das Wohl des Patienten ausgerichteter Pragmatismus und die Bereitschaft zu einem langfristigen Erfahrungsaustausch.

### **III.3. Vorüberlegungen zum Studiendesign**

#### **III.3.1. Strukturelle und methodologische Entscheidungen**

An dieser Stelle sollen nun einige strukturelle und methodologische Entscheidungen für das Design dieser Studie vorgestellt werden:

- (1) die Entscheidung, keinen rein experimentellen Ansatz zu wählen, bei dem die Untersuchungsbedingungen künstlich hergestellt und kontrolliert werden können, sondern Bezug zu nehmen auf ein schon bestehendes System der Implementierung künstlerischer Arbeit, welches sich in Polen befindet
- (2) der Verzicht auf die randomisierte Zuordnung der Stichprobe auf die einzelnen therapeutischen Maßnahmen und die Bevorzugung der Einteilung der Patienten nach therapeutischen Kriterien, wie sie üblicherweise im beobachteten Feld zur Anwendung kommen; diese sind damit ebenfalls mit zu evaluieren
- (3) die hierarchische Aufspaltung der therapeutischen Ziele in klinische Hauptziele und maßnahmenbezogene Zwischenziele.

#### **III.3.2. Begründung für die methodologischen Entscheidungen**

(1)

Untersuchungsziel war es, ein integratives Konzept zur Anwendung künstlerischer Mittel zu entwickeln, welches den derzeitigen Stand des Wissens über die Schizophrenie widerspiegeln kann.

Das Konstrukt, wie es in der Einführung dargestellt ist, erscheint theoretisch kohärent und anwendbar zu sein, ist aber nicht anhand praktischer Überprüfung Schritt für Schritt entwickelt worden.

Was dem Konzept fehlt, ist die Anreicherung mit klinischen Erfahrungen von Therapeuten und Künstlern, die langfristig die Richtlinien dieser Überlegungen in einem praktischen Modell umgesetzt haben.

Im Gegenvergleich dieser praktischen Umsetzungsversuche mit den theoretischen Ausgangsüberlegungen und den daraus abgeleiteten Forderungen zur Umsetzung konnte so das theoretische Modell evaluiert werden, ohne, dass die Patienten unter den klinischen Folgen einer theoretischen Fehleinschätzung leiden mussten.

Ein solches Modell der Zusammenarbeit zwischen Berufskünstlern und Therapeuten in einem integrativen Schizophreniekonzept kann in Krakau schon seit über 10 Jahren beobachtet werden, so dass für diese Studie die Entscheidung getroffen wurde, auf die klinischen Erfahrungen in Krakau zurückzugreifen und an diesen das entworfene theoretische Modell gegen zu prüfen.

Die Wahl einer Feldbeobachtung in Krakau, Polen, wurde daher überwiegend aus ethischen Gründen getroffen.

Die Funktionsfähigkeit des Krakauer Modells an sich und darin inbegriffen auch die Annahme einer erfolgreichen Implementierung künstlerischer Mittel konnte dabei durch laufende Studien (Cechnicki 1995, 1, 2) sowie durch eigene Beobachtungen während eines Besuches in Krakau geprüft werden.

(2)

Der Verzicht auf eine randomisierte Zuteilung der Stichprobe auf die Behandlungsmaßnahmen lässt sich aus dem im Theorieteil dargestellten klientenzentrierten Ansatz ableiten.

So folgert Alanan (1985, S. 32): *„The clinical, individual-psychologic, family-psychologic variables of the patients suffering from schizophrenic psychoses are heterogeneous, and the therapeutic plans of each patient should be made on the basis of case-specific needs.“* Und auch Zubin (1989) spricht von der Notwendigkeit einer passgenauen Abstimmung zwischen individuellen Faktoren und therapeutischen Strategien.

Demzufolge kann es nicht sinnvoll sein, eine Methode für alle Patienten anzubieten, vielmehr müssen die Eingangskriterien evaluiert werden, über die eine bestimmte Methode für eine bestimmte Gruppe von schizophrenen Patienten therapeutisch wirksam sein kann.

Solange für eine solche Abstimmung noch keine validierten Instrumente zu Verfügung stehen, muss dabei auf das zurückgegriffen werden, was man als *„klinische Erfahrung“* bezeichnet; diese soll aber auch zum Gegenstand der Evaluation gemacht werden.

Ferner sollte die Möglichkeit der interessengeleiteten Auswahl, welche im Theorieteil als besonders motivationsfördernd dargestellt wurde, ebenfalls Einfluss nehmen können.

Ein solches Vorgehen birgt natürlich das Risiko einer Ungleichverteilung zwischen den Gruppen zu Untersuchungsbeginn.

Aus diesem Grund erfolgte vor der Durchführung der einzelnen therapeutischen Maßnahmen eine Zwischenevaluierung dahingehend, ob die

einzelnen Gruppen mindestens hinsichtlich der demographischen und krankheitsbezogenen Basisdaten (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Krankheitsdauer, Anzahl der Wiedereinweisungen) gleich gewichtet erscheinen.

Der Schwerpunkt der statistischen Auswertung wurde auch eingedenk dieser Voraussetzungen auf die Beschreibung der Dynamik in den einzelnen Gruppen sowie auf gruppenbezogene Vergleiche über Veränderungsvarianzen gelegt. Ferner sollen die quantitativen Daten durch umfangreiche qualitative Beobachtungen ergänzt werden.

(3)

Bei der Ergebnisanalyse der künstlerischen Methoden gilt es, zwei Ebenen zu berücksichtigen: die allgemeinen bzw. endgültigen Ziele und die spezifischen bzw. Zwischenziele (impact and specifying level, Kendall und Norton-Ford 1982).

In dieser Arbeit werden maßnahmenbezogene Zwischenziele von klinischen Hauptzielen abgegrenzt.

Die allgemeinen und endgültigen Therapieziele sind allgemein anerkannt, während die spezifischen Ziele eher von der Struktur und dem inhaltlichen Angebot der Einrichtung abhängig sind.

Über die modellhafte Formulierung von Zwischenzielen einer künstlerischen Behandlung soll der Therapieprozess auch für diese Methoden überprüfbarer werden.

### **III.3.3. Auswahl der Untersuchungsschritte**

- (1) Ca. 6 Monate Feldforschung in der durch einen Theaterregisseur geleiteten Theatergruppe mit schizophrenen Patienten als teilnehmender Beobachter in Krakau; vergleichend dazu Beobachtungen in einer nach Yalom (1985) orientierten gesprächsorientierten Gruppe, die mit einer ähnlichen Teilnehmerstruktur und in einem vergleichbaren strukturellen Setting ebenfalls in Krakau arbeitete.
- (2) Ziel der Beobachtungen der Feldforschung war, strukturelle Besonderheiten für die Zusammenarbeit von Künstlern, Therapeuten und Patienten sowie für den Umgang mit den künstlerischen Mitteln zu evaluieren.
- (3) In Bezugnahme auf die Ergebnisse dieser Evaluierung wurden drei Künstler der freien Theatergruppe „Healing Theatre“ (Maler, Musiker, Bewegungslehrer) beauftragt, eine Struktur für drei ca. 14tägige Workshops in Krakau zu entwickeln, in der die zuvor beobachteten strukturellen Elemente berücksichtigt wurden.

- (4) Die vorgelegten Konzepte wurden mit Therapeuten und Künstlern in Krakau diskutiert und durch den Abgleich mit dort herrschenden Standards modifiziert.
- (5) Es wurden für eine vergleichende Evaluierung eine Stichprobe von 48 Patienten aus dem Krakauer Rehasystem rekrutiert (Ein- und Ausschlusskriterien s. unten), wobei als allgemeine therapeutische Voraussetzung die Indikation für eine Teilnahme an einer gruppentherapeutischen Maßnahme galt; nach psycho-therapeutischen Kriterien durch die jeweiligen Bezugstherapeuten wurden die Patienten dann differentiell auf drei unterschiedliche Maßnahmen verteilt:
  - *Werkstattgruppe* durch deutsche Künstler mit den Disziplinen Malen, Musik und freie Bewegung (n = 27)
  - *Theatergruppe*, die mit einem neuen Stück - Lysistrata nach Aristophanes - startete (n = 13)
  - sowie *gesprächsorientierte Gruppe* (n = 8), die ebenfalls mit einer neuen Behandlung startete
- (6) Vor Beginn der Gruppenmaßnahmen erfolgte die Erfassung der Startfaktoren, wobei die Gruppen auf Gleichgewichtung hinsichtlich der wesentlichen demographischen und krankheitsbezogenen Startfaktoren überprüft wurden, um ggf. noch eine Verteilungskorrektur vornehmen zu können.
- (7) Es erfolgte eine Evaluierungsphase in einem prospektiven Design mit Evaluierungsschwerpunkt zu Beginn und Ende der therapeutischen Maßnahmen sowie nach Ablauf des Beobachtungszeitraumes von einem Jahr.

Falls ein erfolgreicher Transfer der strukturellen Elemente des Krakauer Modells durch die Deutschen Künstler schon nach einem einmaligen Arbeitszyklus geleistet würde, war geplant, weitere künstlerische Werkstätten an Deutschen Vergleichseinrichtungen durchzuführen.

### **III.4. Festlegung der therapeutischen Zielkriterien**

#### **III.4.1. Hierarchie von Zielen und Modellüberlegungen über ihr Verhältnis zueinander**

In der vorliegenden explorativen Studie wurden für drei unterschiedliche gruppentherapeutische Maßnahmen therapeutische **Zwischenziele** formuliert, die aus den theoretischen Vorannahmen der Schizophrenie als kognitiv beschreibbare Störung zu verstehen sind.

Das Erreichen des jeweiligen Zwischenzieles wurde zu Beginn und zur Beendigung der jeweiligen Behandlungsmaßnahme evaluiert, wobei mit der Differenz (Post - Prä) eine Verhaltensänderung beschrieben werden sollte.

Von den maßnahmenbezogenen Zwischenzielen wurden klinische **Hauptziele** abgegrenzt, unter denen typische, für den Verlauf der Schizophrenie verwendete, Outcomekriterien zu verstehen sind, nämlich:

- Veränderung von Psychopathologie
- Veränderung des sozialen Funktionsniveaus
- Umgehen von stationären Aufnahmen

In Anlehnung an die mehrdimensionale Metaskala von Strauss und Carpenter (1972, 1977) zur Einschätzung der Prognose bei Schizophrenen wurden die verschiedenen Hauptziele auf einer **Metaskala** für das klinische Outcome zusammengefasst (s. III.4.6., S.73).

Für das **Verhältnis** von maßnahmenbezogenen Veränderungswerten (Zwischenzielen) und klinischen Hauptzielen können folgende Möglichkeiten formuliert werden:

(1) Ein Synergismus zwischen der Verbesserung künstlerischer Leistungen und klinischen Verbesserungen (Hauptziele), wie er erhofft wird, könnte über folgende Zusammenhänge vermittelt werden

(1a) Über Verbesserung kognitiver Leistungen, wie sie durch die Zwischenziele erfasst werden - *erfasster direkter Zusammenhang (1a)*

(1b) Über Effekte sozialer Partizipation innerhalb der Behandlungsgruppe (weder in den Zwischenzielen noch in den Hauptzielen erfasst) - *nicht erfasster direkter Zusammenhang (1b)*

(1c) Über zusätzliche Variablen, wie z. B. kognitive Einstellungen, welche über die Teilnahme an den Behandlungsmaßnahmen verändert werden und dann auf die klinischen Variablen einwirken könnten - *nicht erfasster indirekter Zusammenhang (1c)*

(2) Eine Unabhängigkeit zwischen Verbesserung künstlerischer Leistungen (Zwischenziele) und klinischen Verbesserungen (Hauptziele) könnte zwar auf eine mangelnde klinische Relevanz der definierten Zwischenziele hindeuten, müsste aber nicht per se eine mangelnde

Relevanz der therapeutischen Methoden bedeuten, da sowohl die Zwischenziel- als auch die Hauptzielerfassung nur einen ersten von verschiedenen möglichen Beschreibungsversuchen für mögliche therapeutische Effekte darstellt und ferner auch die qualitativen Verfahren für eine abschließende Bewertung mit einbezogen werden müssen - *kein Zusammenhang nachweisbar (2)*

In der Studie **überprüfter Zusammenhang:**

Aus Übersichtsründen kann über die Zwischenziele nur eine empirische Überprüfung des Zusammenhangmodells **1a** erfolgen.

Dennoch sollen anhand teilnehmender Beobachtungen auch Anhaltspunkte für das Zusammenhangsmodell **1b** gesucht werden.

Das indirekte Zusammenhangsmodell **1c** - z.B. kognitiv-psychologische Parameter als Moderatorvariablen - hat sich leider erst zum Abschluss der Untersuchung als sehr erfolgsversprechend herausgestellt.

In diese Untersuchung wurden die psychologischen Faktoren aber zunächst nur als Eingangsvariablen aufgenommen und ihre Veränderung unter Anwendung der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen nicht mit erfasst.

Trotzdem lässt sich anhand der Eingangsvariablen überprüfen, inwieweit psychologische Parameter als gemeinsame Prädiktoren für das klinische und das maßnahmenbezogene Outcome geeignet sind und zugleich wichtige andere Prädiktoren miteinander vernetzen können.

Die Wahrscheinlichkeit des Einflusses möglicher Veränderungen der psychologischen Faktoren auf Hauptziele und Zwischenziele würde so indirekt beschreibbar werden, ein direkter Nachweis könnte aber erst in einem veränderten Design erbracht werden.

#### **III.4.2. Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung der maßnahmenbezogenen Zwischenziele**

In die Entwicklung des Instruments sind die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung in der Theatergruppe und in der Gesprächsgruppe aus der Voruntersuchung (s. III.3.3., S.61, Phase 1) eingeflossen.

Vorüberlegung war hierbei, dass Verhaltensveränderungen der Patienten bei Ausübung der verschiedenen therapeutischen Maßnahmen in einem Verhältnis zu kognitiven Veränderungen stehen, welche sich wiederum auf die Veränderung von klinischen Parametern auswirken können (s. Zusammenhangsmodell 1a).

Da aber die kognitiven Veränderungen nicht direkt erfasst wurden, sondern nur indirekt von den Verhaltensveränderungen hergeleitet wurden, mussten die maßnahmenbezogenen Verhaltensänderungen so formuliert werden, dass sie mit dem vermuteten kognitiven Input der Behandlungsmaßnahmen in einem logischen Zusammenhang standen.



Es musste daher nicht ein bloßes „Besserkönnen“ der geübten Tätigkeit erfasst werden, wie sie in der jeweiligen Behandlungsmaßnahme geübt wird, sondern Verhaltensveränderungen, die schon auf eine gewisse kognitive Generalisierung der geübten Tätigkeit hindeuteten und in den durchgeführten Maßnahmen kein direktes Trainingsziel darstellten.

Hierzu wurden zu Evaluierungszwecken für die einzelnen Maßnahmen verhaltensbezogene Grundübungen entwickelt, die nicht systematisch trainiert wurden, sondern nur zu Evaluierungszwecken zu Beginn und nach Beendigung aller durchgeführten Maßnahmen ausgeführt und auf Video festgehalten wurden.

Auf diese Weise sollten die Veränderungswerte zwar noch mit den in den Maßnahmen trainierten Fähigkeiten in Verbindung stehen, zugleich sollten sie aber schon auf eine Fähigkeit zur Generalisierung des erlernten Verhaltens auf andere Situationen hindeuten.

### **III.4.3. Methodisches Vorgehen zur Operationalisierung und Messung der maßnahmenbezogenen Zwischenziele - „Goal-Attainment-Scaling“ (vgl. Anhang I, S.214)**

Es wird nach einem „ABA“-Design (Messung vor Behandlungsbeginn, Messung bei Behandlungsbeginn, Messung bei Behandlungsende, Messung nach Behandlungsende) in Zusammenhang mit jeder Behandlungsgruppe von den Patienten insgesamt viermal eine in der jeweiligen Aufgabenstellung stabil bleibende künstlerische Grundübung ausgeführt. Die Messung vor Behandlungsbeginn und bei Behandlungsbeginn erfolgt, um eine „baseline“ (Zeitraum A) von der maßnahmenbezogenen Veränderung (Zeitraum B) abgrenzen zu können. Die nochmalige Messung nach Beobachtungsende erfolgt, um zu überprüfen, ob eine bei Behandlungsende erzielte Veränderung auch noch nach Behandlungsende (Zeitraum A') anhält.

Die Grundübung wird auf Video aufgezeichnet und in der Auswertungsphase in einer Zufallsreihenfolge der einzelnen Sequenzen zwei externen Betrachtern zur Einschätzung von Veränderungen auf einer „Goal Attainment Skala“ vorgelegt.

Bei dem „Goal Attainment Scaling“ (nach Kirusek u. Sherman 1968) werden aus kognitiver Sicht drei relevante Ziele für die einzelnen Behandlungsgruppen aufgestellt, welche auf der Verhaltensebene abgebildet werden können und gut operationalisierbar erscheinen. Diese Ziele werden den externen Ratern (zwei erfahrene Kliniker) für die einzelnen Patienten und Behandlungsgruppen auf einer Skala zwischen 0 (= Merkmal ist nicht vorhanden) und 1 (= Merkmal ist vorhanden) vorgelegt. Sollten beide Rater übereinstimmend alle drei Kriterien als vorhanden beschreiben, wird ein zusätzlicher Punkt gegeben.

Es können also für jede Grundübung eines Patienten Werte von 4 (= alle Merkmale vorhanden und sofortige Rater-Übereinstimmung), 3 (= alle Merkmale vorhanden, aber erst nach Konsens), 2 (= zwei Merkmale vorhanden), 1 (= ein Merkmal vorhanden) bis 0 (= kein Merkmal vorhanden) erreicht werden.

Bevor die Einschätzung der Ziele im Konsensverfahren erfolgt, wird anhand von Probematerial ein Ratertraining absolviert, bis eine befriedigende Rater-Übereinstimmung (Übereinstimmungskoeffizient Cronbachs  $\alpha$  von größer/gleich 0.9) erzielt wird.

Das **Zwischenziel** beschreibt den *Ausprägungsunterschied* (Prä - Post) zwischen den Werten am Behandlungsbeginn (Grundübung 2) und den Werten bei Behandlungsabschluss (Grundübung 3), ähnlich wie bei der Erfassung der klinischen Hauptziele.

Es können so Skalenunterschiede zwischen -4 (= in allen Kriterien verschlechtert) und +4 (= in allen Kriterien verbessert) entstehen.

Anmerkung:

Wenn die Grundübung valide maßnahmenbezogene Veränderungen abbildet, so müssten die Werte bei Grundübung 2 und 4 durchgehend höher sein als bei Grundübung 3 und 4.

Vorannahme ist dabei, dass nach viermaliger Wiederholung über einen Zeitraum von mindestens 6 Wochen durch das Wiederholen der Übung selbst noch kein Übungseffekt eintritt.

*Die ausführliche Beschreibung der künstlerischen Grundübungen und ihrer Ratingkriterien auf der „Goal Attainment Scale“ erscheint aus Übersichtsgründen im Anhang I. (s. S.214).*

*An dieser Stelle folgt nur eine kurze Zusammenfassung der ermittelten Zwischenziele und ihrer vermuteten kognitiven Zusammenhänge.*

#### **III.4.4. Zusammenfassung der Zwischenziele und Beschreibung ihrer kognitiven Zusammenhänge (Zusammenfassung 2)**

Zwischenziel für die Theatergruppe:

***Fähigkeit, eine zuvor vom Leiter vorgespelte neue Szene zu wiederholen und mit persönlichem Ausdruck anreichern zu können***

*Angenommener kognitiver Hintergrund des Zwischenzieles*

Um eine identische Anzahl von Spielelementen wie der Leiter zu produzieren, sind Funktionen erforderlich, die in der Wechsler Memory Scale (1987) als „logisches Gedächtnis“ bezeichnet werden. Mit der Flüssigkeit des Handlungsablaufes werden Antriebsstörungen erfasst, sogenannte On/Off-Phänomene, wie sie auch die Negativskala des „PANSS“ (Kay et al. 1987), bezogen auf das Negativsyndrom der Schizophrenie, beschreibt. Mit dem Kriterium „*persönlicher Ausdruck*“ wird sowohl das vom PANSS als „*ausdruckslose Mimik und Gestik*“ bezeichnete Negativsymptom der Schizophrenie mitbeschrieben als auch das, was in Bezug auf das SAS-Modell von Shallice (1982, 1988) als „*emotionale Flexibilität*“ bezeichnet wird, nämlich die Fähigkeit, die vorgefertigten Ausdruckselemente nicht nur automatisch zu reproduzieren, sondern sie dynamisch der eigenen emotionalen Befindlichkeit anpassen und mit eigenem Ausdruck anreichern zu können.

(Validiert werden kann dieser zunächst nur vermutete klinisch-kognitive Hintergrund nur über eine parallele Messung mit den erwähnten Instrumenten, was aber in dieser explorativen Phase noch nicht erfolgte.)

Zwischenziel für die Gesprächsgruppe:

***Fähigkeit zum Verbalisieren eigener Emotionen und zur Einfühlung in die Emotionen anderer Gruppenteilnehmer***

*Angenommener kognitiver Hintergrund des Zwischenzieles*

Nach dem kognitiven Modell der Metarepräsentation von Frith (1992) ist die Schizophrenie sowohl mit dem Verlust von Selbst- und Objektrepräsentationen als auch mit einem Verlust der Vergegenwärtigung eigener Gefühle sowie der Gefühle der anderen verbunden. Dieses Vergegenwärtigen ist aber im Vorgang des von Mead beschriebenen „Role Taking“ (1969) Grundvoraussetzung für die sozial erfolgreichen Interaktionen. Der Verlust dieses Wissens um das eigene Gefühl wird häufig subjektiv als Leere erfahren und durch andere Menschen als „Resonanzunfähigkeit“ schizophrener Menschen im negativen Syndrom beschrieben. Siehe hierzu auch die Beschreibungen aus kognitiver Sicht von Allen (1983, 1984) oder die eindrucksvollen Beschreibungen von Ogden (1988) aus psychodynamischer Sicht.

Gesprächsorientierte Gruppentherapie mit Schizophrenen wird vor einem solchen Hintergrund als eine therapeutische Methode gesehen, in der über die Verbalisierung vorsprachlicher Inhalte eine Wiederanbindung privaten emotionalen Erlebens an die sozialen Strukturen der Sprache versucht wird. Hierdurch soll der Zugriffsverlust auf das Wissen um die eigenen Gefühle sowie um die Gefühle anderer verringert werden.

Neben der Verbalisierung von Gefühlsinhalten sollten dabei auch, wie es in Krakau erfolgte, ein soziales Kompetenztraining einbezogen werden (u.a. Ullrich et al. 2001), welches neben einer Verbesserung der verbalen Ausdrucksfähigkeit auch auf eine Verbesserung der mimischen und gestischen Ausdrucks- und Schwingungsfähigkeit abzielt.

Zwischenziel für die Werkstattgruppe:

***Ausnutzung des Ausgestaltungsraumes, Fähigkeit, die einzelnen Elemente zunehmend zu einer sinnstiftenden künstlerischen Form zu verbinden, durch welche persönlicher Ausdruck sozial verständlich wird***

*Untergruppe Malen:*

Anzahl der Bildelemente, Integration in eine Komposition, Vermittlung eines persönlichen Ausdrucks

*Angenommener kognitiver Hintergrund des Zwischenzieles*

Eine Antriebsarmut, wie sie sich auch durch das mit dem PANSS (Kay et al. 1987) beschriebene negative Syndrom darstellt, kann auf der bildnerischen Ebene zu einer Detailarmut und einer Nichtnutzung des Ausgestaltungsraumes führen (Navratil 1965, S. 87-90). In Bezug auf Shallice (1982, 1988) könnte dies auch als ein Verarmen von selbstgeneriertem Handeln, also „SAS-Leistungen“, bezeichnet werden; aus psychodynamischer Sicht könnte dies wiederum als ein Verlust von Repräsentationen, also als ein Symbolisierungsdefizit (Benedetti 1984) beschrieben werden. Auch der Mangel, eine Gesamtkomposition für das Bild zu planen und die einzelnen Ausdruckselemente - Form und Farben - in diesen Plan einzuordnen, ließe sich als ein Nachlassen der ordnungsgemäßen Kontrolle durch SAS-Leistungen bzw. als ein Einschließen von CS-Impulsen in SAS-Programme beschreiben; dieses würde in der Syndromeinteilung nach Liddle (1987) am ehesten den Symptomen einer desorganisierten Schizophrenie entsprechen.

Die Ebene des persönlichen Ausdruckes verlangt neben der ausgewogenen Anzahl von Bildelementen sowie der Integration in eine Komposition, also dem Beherrschen sozialer Formungsprozesse, auch die Fähigkeit, das individuelle Element der Wahrnehmung mit den sozialen Formungsprozessen zu verbinden.

Ausdruckslose, schablonenhafte Formenwiederholungen oder die Verzerrung einzelner Formelemente sprechen für einen Verlust des Wissens um die eigene Person oder den Verlust des Wissens über die anderen Personen, was kognitiv als ein Zugriffsverlust auf Metarepräsentationen (Frith u. Done 1989) verstanden werden kann und auf der Symptomebene dem positiven Syndrom oder der „Wirklichkeitsverzerrung“ nach Liddle (1987) entspricht.

*Untergruppe Bewegung:*

Anzahl der Bewegungen, Integration in einen Bewegungsfluss, Vermittlung eines persönlichen Ausdrucks

*Angenommener kognitiver Hintergrund des Zwischenzieles*

Während für das erste und das zweite Kriterium überwiegend das Versagen von SAS-Leistungen als kognitiver Hintergrund für die von Liddle (1987) beschriebenen schizophrenen Syndrome der „psychomotorischen Verarmung“ und der „Desorganisation“ verantwortlich zu machen sind, so ist mit dem dritten Kriterium eher die nonverbale Ausdrucksqualität durch gestische und mimische Mittel angesprochen, welche auch parallel in der Theatergruppe und in der Gesprächsgruppe erfasst werden soll.

Die in dem Kriterium 3 erfasste Einschränkung mimischer und gestischer Ausdrucksmittel könnte dabei, neben der Verarmung des selbstgenerierten Handelns, auch einen Verlust des Wissens von den eigenen Ausdrucksmitteln, also einen Zugriffsverlust auf „Metarepräsentation“, berühren (Frith 1992).

(Nur in der Bewegungsgruppe wird, stellvertretend für die anderen Untergruppen der Werkstattgruppe, zu allen Erfassungszeitpunkten der Grundübung im ABA`-Design auch ein Rating des Hauptzieles „*Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus*“ (GAS) durchgeführt; der Zusammenhang zu diesem Zwischenziel wird dabei im qualitativen Teil erläutert).

*Untergruppe Musik:*

Anzahl der Töne, Integration in eine melodisch-rhythmische Komposition, Vermittlung eines persönlichen Ausdruckes

*Angenommener kognitiver Hintergrund des Zwischenzieles*

Während über die Kriterien 1 und 2 (Vielfalt der Elemente sowie Formung und Ausführung eines Handlungsplanes) wieder SAS-Leistungen evaluiert werden, ist in der „*Vermittlung eines persönlichen Ausdrucks*“ wiederum etwas bezeichnet worden, was in der Malgruppe als „*Signifikanz der Form*“ und in der Bewegungsgruppe als „*Ich-Vitalität*“ der Bewegung gekennzeichnet wurde. Dieses Kriterium ist auf der Grundlage des dargelegten kunstpsychologischen Ansatzes zu verstehen (vgl. II.2.1, S.44): und zwar insofern, als dass in der signifikanten ästhetischen Form soziale Symbole und die persönliche Lebenserfahrung, welche sich in privaten Symbolen niederschlägt, auf einer ästhetischen Ebene miteinander verbunden werden (Schurian 1986, 1992). Diese Metaebene, welche sowohl „sozial“ als auch „privat“ ist, zeichnet die besondere

dialogische Qualität des künstlerischen Handelns aus. Natürlich ist speziell bei der Grundübung in der Musikgruppe über das „Verhältnis zum eigenen Namen“ (s. V.2.3.b. S.155) auch eine Ich-psychologische Interpretation nach Dreikurs (1976) möglich. Eine solche Sichtweise stünde nicht im Widerspruch zu einer kognitiven Interpretation, sondern könnte diese sogar dialektisch ergänzen (s. bei Sarwer - Foner 1996).

### **III.4.5. Instrumente zur Erfassung der klinischen Hauptziele und Begründung ihrer Auswahl**

Die Hauptziele (*Veränderung von Psychopathologie, Veränderung des sozialen Funktionsniveaus und Mehrinanspruchnahmen von stationären Hilfsangeboten*) werden über folgende Instrumente operationalisiert:

#### **III.4.5.a. Veränderung von Psychopathologie** (s. Anhang IV.2., S.228)

Die Veränderung der Psychopathologie wird durch den Patientenfragebogen zu schizophrenen „*Basissymptomen*“ (44 Items, Andresen u. Seifert 1987) gemessen.

Es handelt sich um ein für die Schizophrenieforschung entwickeltes Instrument, welches als Kurzform des Fragebogens zur Erfassung schizophrener Basisstörungen von Süllwold (1986) das Ausmaß der Basisstörungen, insbesondere zugespißt auf die Faktoren „*paranoid-halluzinatorisch akzentuierte Basissymptome*“, sogenanntes Plus-Bild, und „*dysthym-asthenisch akzentuierte Basissymptome*“, sogenanntes Minus-Bild, erfasst.

Der Fragebogen kommt in dieser Untersuchung zu Beginn der künstlerischen Maßnahmen und nach Abschluss des Beobachtungszeitraumes von einem Jahr zur Anwendung.

Die Verbesserung errechnet sich aus der Differenz Prä – Post.

Neben einer zweidimensionalen Auswertung ist eine vierdimensionale Auswertung über folgende Faktoren möglich:

- Paranoid-halluzinatorische BS
- Dysthym-asthenische BS
- Kognitiv-intentionale BS
- Sensorisch-perzeptive BS

Der Fragebogen eignet sich gut dazu, eine Verbindung zwischen den neuropsychologischen Überlegungen im Theorieteil und den psychologischen Konstrukten herzustellen, welche ebenfalls bei diese Untersuchung erfasst werden:

- Neuere Studien, insbesondere i.Z. mit einer größeren Patientenakzeptanz in der Einnahme atypischer Neuroleptika (Naber 1995, Naber et al. 2001) konnten nachweisen, dass nur ein geringer positiver Zusammenhang zwischen subjektiven Befindlichkeitsstörungen und Symptomen besteht, aber ein ausgeprägter negativer Zusammenhang zwischen subjektiven Befindlichkeitsstörungen und der Lebensqualität sowie der wahrgenommenen eigenen Stimmungslage. Die subjektive Befindlichkeit unter Neuroleptika beeinflusst dabei auch signifikant die Bereitschaft zur Einnahme von Neuroleptika. Wenn man voraussetzt, dass bei schwer Erkrankten häufig das Ziel einer Symptomfreiheit utopisch bleibt, so wird über „die subjektive Seite des psychologischen Defizits“ (Süllwold 1995, S. 39), wie Süllwold es für das Basisstörungskonzept formuliert, zunehmend zu einem zentralen Ansatzpunkt von therapeutischen Interventionen und Konzepten.
- Das Basisstörungskonzept kann mit seinem theoretischen Hintergrund helfen, neurophysiologische, neurokognitive und psychologische Konzepte mit einander zu verzahnen. Symptome werden dabei als eine subjektive psychologische Anpassungs- und Bewältigungsreaktion bezogen auf ein substratnahes kognitives Defizit verstanden (Süllwold 1995, S. 39-47, Gross 1994).

#### **III.4.5.b. Veränderung des sozialen Funktionsniveaus (IV.5., S.246)**

Dieser Aspekt wird über die Veränderung auf der *“Global Assessment Scale”* erfasst, ein international validiertes Instrument, das in Anlehnung an die fünfte diagnostische Achse des DSM-III (American Psychiatric Association 1980, Spitzer et al. 1978) das allgemeine soziale Funktionsniveau des Patienten, bezogen auf die wichtigsten Lebensbereiche als Prozentwert zwischen 1 und 100 abbildet.

Die *“GAS”* dient in dieser Studie als Instrument externer Erfolgskontrolle und kommt vor Beginn der künstlerischen Maßnahmen und nach Abschluss des Beobachtungszeitraumes von einem Jahr zur Anwendung.

Eine Verbesserung errechnet sich aus der Differenz Post – Prä.

In der Untergruppe *„Freie Bewegung“* der Werkstattgruppe erfolgt zusätzlich ein Rating in einem *“ABA”*-Design, analog zu der künstlerischen Grundübung.

#### **III.4.5.c. Das Outcomekriterium „Umgehen von stationären Aufnahmen“**

Dieses Kriterium ist in vielen katamnestic Studien vertreten, aber insofern fragwürdig, als dass die über die Wiedereinweisungen erfasste

Rückfallrate von verschiedenen Autoren als gewichtiges Outcomekriterium häufig in Frage gestellt wurde (s. hierzu Linden et al. 1990).

Hinzu tritt, dass bei einer Psychose, welche häufig durch eine reduzierte Krankheitseinsicht der Patienten gekennzeichnet ist (McEvoy 1989), einer stationären Wiedereinweisung nicht automatisch eine klinische Verschlechterung vorausgehen muss.

In einigen Studien (Ciompi et al. 1979) konnte aber ein Zusammenhang zwischen stationären Wiedereinweisungen und Kognitionen mit sozialer Schaltfunktion im sozialen Umfeld nachgewiesen werden, welche gerade vor dem Hintergrund der Antistigma-Kampagne (s. hierzu Angermeyer u. Schulze 2001) besonders ernst genommen werden müssen. Ferner können Erfahrungsberichte schizophrener Erkrankter (u.a. Bock et al. 1992) gut belegen, dass die mit der stationären Wiedereinweisung verbundene Aufgabe individueller Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten von den Erkrankten häufig als persönliche Kränkung und Rückschlag in der Verwirklichung eigener Wachstumsmöglichkeiten erfahren wird. Passend hierzu können erste Studien über die Auswirkungen der Deinstitutionalisierung auf den schizophrenen Krankheitsverlauf (u.a. Gmür 1986) einen eher positiven Einfluss auf die Verlaufsmuster nachweisen.

Hieraus lässt sich nicht ableiten, dass die ambulanten und halbstationären Angebote effektiver oder humaner arbeiten als die stationären Institutionen; vielmehr ist davon auszugehen, dass bei der Inanspruchnahme eines ambulanten oder halbstationären Angebotes die negativen sozialen und psychologischen Begleiteffekte, die für die Patienten und ihr soziales Umfeld mit einer stationären Behandlung verbunden sind, nicht so stark zum Tragen kommen. Es fällt so in gemeindenaheren, den Patienten nicht Vollzeit begleitenden, Einrichtungen leichter, Grundsätze des „Empowerments“, wie sie Rapport (1986) für den sozialen Dialog fordert, umzusetzen, als in einer vollstationären Institution, die eher ein paternalles als ein kooperatives oder partnerschaftliches Arzt-Patientenverhältnis begünstigt.

Aus diesem Grund erfolgt die Aufnahme dieses Kriteriums in die Outcomevariablen.

Es wird dabei folgendermaßen kodiert:

- als graduelle Verschlechterung wird die Einweisung vom ambulanten Sektor in die Tagesklinik mit „-1“ gewertet,
- als deutliche Verschlechterung wird die stationäre Einweisung vom ambulanten Sektor aus mit „1“ bewertet.



- Bleibt der Patient bei derselben Inanspruchnahme oder nimmt sogar weniger stationäre Hilfe in Anspruch, wird das Kriterium mit 0 bzw. später auf der Metaskala für das Outcome mit „+1“ gewertet.

### III.4.6. Ableitung einer Metaskala für das klinische Outcome

Die Entscheidung, für das globale klinische Outcome eine Metaskala zu erstellen, basiert darauf, dass von den verschiedenen Outcomekriterien („Basisstörungen“, „Stationäre Wiedereinweisung“, „Soziales Funktionsniveau“) keines für sich befriedigend eine Bewertung des Behandlungserfolges zulässt, sondern nur die gleichzeitige Betrachtung aller dieser Ebenen den tatsächlichen Rehabilitationserfolg für den einzelnen Patienten ausreichend abbilden kann.

Für das Erstellen der Metaskala wird in Bezugnahme auf Strauss u. Carpenter (1972, 1977) folgendes Vorgehen gewählt:

Gleichgewichteter Eingang von 4 Variablen, von denen jede einen Wert zwischen -1 und +1 erreichen kann.

Bei den vier Variablen handelt es sich um:

- den Wechsel in der „Global Assessment Scale“ nach einem Jahr
- den Wechsel in der Summe der „paranoid-halluzinatorischen Basisstörungen“ nach einem Jahr (zweidimensionale Auswertung)
- den Wechsel in der Summe der „dysthym-asthenischen Basisstörungen“ nach einem Jahr (zweidimensionale Auswertung)
- das Umgehen von stationären Aufnahmen nach einem Jahr

Die Angleichung der unterschiedlichen Skalenmerkmale auf die übergeordnete Teilskala erfolgt, indem eine Nullbereichsbestimmung von kleiner +5% und größer -5% des erreichten Skalenwertes auf der jeweiligen Skala erfolgt. Werte, die diese Grenze überschreiten oder mit ihr übereinstimmen, werden mit -1 bzw. mit +1 bewertet.

Es ergibt sich somit für die 0-Bereichsbestimmung von 10% auf der jeweiligen Skala:

gleich oder größer +5% auf der Skala =	+1 Outcome
kleiner +5%, aber größer -5 % auf der Skala =	0 Outcome
gleich oder kleiner als - 5% auf der Skala =	-1 Outcome

Für das Kriterium „Umgehen von stationären Aufnahmen“ erfolgt die Kodierung, indem die graduelle Mehrinanspruchnahme von Hilfe mit 0 kodiert wird, die vollstationäre Wiedereinweisung mit -1 und das nicht vermehrte Inanspruchnehmen von stationären Hilfsangeboten bzw. die Beendigung der stationären Behandlung mit +1.

Hierbei findet Berücksichtigung, dass die Erkrankten in der untersuchten Population häufig chronisch rezidivierende Verläufe aufweisen, so dass die Vermeidung einer vollstationären Aufnahmen schon als ein Behandlungserfolg gewertet wird.

### **Zusammenfassung 3**

***Metaskala für klinische Outcome nach einem Jahr:***

		-1	0	+1
<b>GAS</b>	<b>Wechsel</b>	<b>kleiner/gleich</b>	<b>+ 5%/ -5%</b>	<b>gleich/größer</b>
<b>Basissymptome +</b>	<b>Wechsel</b>	<b>kleiner/gleich</b>	<b>+ 5%/ -5%</b>	<b>gleich/größer</b>
<b>Basissymptome -</b>	<b>Wechsel</b>	<b>kleiner/gleich</b>	<b>+ 5%/ -5%</b>	<b>gleich/größer</b>
<b>Mehr Hilfe nötig</b>		<b>Wiedereinw.</b>	<b>wieder TK</b>	<b>keineW.einw.</b>
-----				
<b>Summe</b>				
<b>= Klinisches Outcome von -4 bis +4</b>				

## **III.5. Beschreibung der übrigen Instrumente zur Erfassung der Eingangsfaktoren**

Bei der Auswahl der Startfaktoren werden neben demographischen und psychopathologischen Faktoren (wobei Psychopathologie über das Basisstörungskonzept subjektiv erfasst wird) auch eine Reihe von psychologischen Faktoren berücksichtigt, die bei der Inanspruchnahme spezifischer therapeutischer Maßnahmen durch langzeiterkrankte schizophrene Patienten als relevant diskutiert werden. Es wird dabei neben den Kontrollüberzeugungen mit ihrem kognitiven Hintergrund (Krampen 1982) auch die Psychotherapiemotivation der Patienten erfasst, letztere sogar zweifach: in standardisierter Form und in direkter Befragung.

### **III.5.1. Quantitative Instrumente**

#### **III.5.1.a. Patientenfragebogen zu Attributionsstilen "IPC"**

Der "IPC" (26 Items, Krampen 1982) ist ein Fragebogen (**s. Anhang IV.3. S.230**) zur Erfassung generalisierter Kontrollüberzeugungen, d.h. er erfasst das Ausmaß, in dem eine Person glaubt, selbst auf die Ereignisse und die personenspezifische Umwelt des Lebens Einfluss nehmen zu können (*hohe Internalität* = „IPC-I“), oder glaubt, dass dieses überwiegend von anderen (mächtigen) Personen kontrolliert wird (*hohe soziale Externalität, Powerful others* = „IPC-P“), bzw. annimmt, dass sich das Leben sowohl der eigenen Kontrolle als auch der Kontrolle fremder Per-

sonen entzieht und überwiegend von unpersönlichen Größen wie Zufall oder Glück abhängt (*hohe fatalistische Externalität, Chance Control = „IPC-C“*).

Der „IPC“ ist in der klinisch angewandten Schizophrenie-Forschung von besonderem Interesse, da der Glaube des Patienten, auf sein eigenes Leben und die Krankheitssituation Einfluss nehmen zu können, wichtigen kognitiven Einfluss auf den Verlauf seiner weiteren psychosozialen Rehabilitation nehmen kann. Es sind derzeit mehrere noch nicht publizierte Studien mit insgesamt über 250 Patienten durchgeführt worden, die eine gute Vergleichbarkeit der Normwerte erlauben.

### **III.5.1.b. Patientenfragebogen „Kurzfragebogen zur Psychotherapiemotivation“ (s. Anhang IV.1., S.226)**

Der „KPM“ (38 Items, Schulz, Nübling, Rüdell 1995) ist ein aktuell validierter Fragebogen, der die mögliche Bereitschaft des Patienten, sich einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen, misst.

Diese Bereitschaft wird über sechs Faktoren operationalisiert:

- „*Psychischer Leidensdruck*“,
- „*Symptombezogene Zuwendung durch andere*“,
- „*Hoffnung*“,
- „*Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit*“,
- „*Initiative*“,
- „*Wissen*“

Die Erfassung der Therapiemotivation ist für diese Untersuchung von besonderem Interesse, da möglicherweise gerade Patienten, die nach der im Fragebogen vorgenommenen Operationalisierung nur eine geringe Psychotherapiemotivation aufweisen, d.h. für die das Angebot von Psychotherapie im engeren Sinn wenig geeignet erscheint, durchaus in der Lage sein könnten, von einer primär künstlerisch geprägten Arbeit zu profitieren.

Die durch Künstler angebotene Arbeit wäre dann gerade für diese Patienten eine sinnvolle Ergänzung zum bisherigen Rehabilitationsangebot.

### **III.5.2. Für die Evaluation entwickelte Untersuchungsinstrumente**

#### **III.5.2.a. Operationalisierung des Behandlungsfaktors „freiwillige Beteiligung zu Behandlungsbeginn“ (beobachtete PTM)**

Hierbei gilt die Therapeutenentscheidung für die Zuteilung zur Behandlungsgruppe (bzw. die vom Untersucher mitbeeinflusste Entscheidung) als „0 Eigenbeteiligung“. Ein von dem Patienten im Gespräch mit dem

Therapeuten geäußertes flüchtiges Interesse für eine bestimmte Behandlungsgruppe (Neugierde) gilt als „1 *Eigenbeteiligung*“, ein vom Patienten massiv vorgetragener Wunsch wird als „2 *Eigenbeteiligung*“ gewertet.

„*Freiwillige Eigenbeteiligung zum Behandlungsbeginn*“ wird als ein psychologischer Faktor favorisiert, der sowohl den messbaren Behandlungserfolg als auch das subjektive Profitieren von einer bestimmten Behandlungsmethode i.Z. mit einer intensiveren Partizipation an der Behandlung moderierend beeinflussen kann (Stark u. Cechnicki 2000).

Bei der praktischen Erfassung der Kategorien stellte sich heraus, dass sich der graduelle Unterschied zwischen „*bloß flüchtigem Interesse*“ und „*massiv vorgetragenem Wunsch*“ zu schlecht von einander abgrenzen lässt. Wohl auch aufgrund der unterschiedlichen Dynamik in den Therapeut – Patient – Beziehungen.

In den späteren Auswertungen werden „1“ und „2“ Eigenbeteiligung daher in einer Merkmalsausprägung zusammengefasst.

### **III.5.2.b. Fragebogen zur „Einschätzung von Arbeitszielen“ innerhalb der künstlerischen Gruppen und der Kontroll- gruppe zu Beginn der Gruppenarbeit (Prä): TGS - Rating (s. Anhang IV.4., S.232-245)**

In dem während eines ersten künstlerischen Workshops im November 1997 in Krakau entwickelten Fragebogen werden Arbeitsziele von Patienten, Künstlern und Therapeuten für sich selbst und für die Gruppe auf einer „*Target Goals Scale*“ zusammengefasst (Coche 1983, MacKenzie u. Dies 1982).

Darüber hinaus sollen sowohl die Therapeuten als auch die Künstler für die einzelnen Patienten nach der Struktur eines „Goal Attainment Scaling“ (Kordy u. Scheibler 1984 a, b) für jeden Patienten klinisch relevante, möglichst operational gehaltene Ziele formulieren, die jeder Patient als seine eigenen wünschbaren Ziele vermutlich hätte akzeptieren können. Die Einschätzung dieser Ziele erfolgt aber nicht durch einen unabhängigen Kliniker und auch nicht im Ratingverfahren des „Goal Attainment Scaling“.

Es wird vielmehr auch für diese Ziele das Ratingverfahren der „Target Goals Scale“ (TGC) gewählt, bei dem zum jeweiligen Messzeitpunkt eine Einschätzung getroffen wurde, wie weit die jeweilige Person glaubt, dass die einzuschätzende Person, bzw. die Gruppe oder sie selbst von der Verwirklichung der jeweiligen Ziele entfernt sind.

Wie bei der „TGS“ wird auch bei der Formulierung der Ziele gebeten, die jeweils drei wichtigsten - bzw. falls gegeben sehr wichtige andere - Ziele zu formulieren.

Pro Ziel wird dann auf einer siebenstufigen Pfeilskala das Ausmaß des Erreichens der Ziele zwischen 0 (= gar nicht) und 7 (= schon vollkommen) zu jedem Messzeitpunkt eingeschätzt.

Im Post-Bogen werden dann den jeweils Beteiligten (Patienten, Künstler, Patienten) die eigenen im Prä – Bogen formulierten Ziele wieder vorgegeben und sie sollen das Ausmaß des Erreichens der Ziele erneut auf einer Pfeilskala einschätzen, bzw. hinzugetretene Ziele neu formulieren. Auf diese Weise wird eine vergleichende Zieleinschätzung und Veränderungsbewertung aus der Perspektive aller beteiligten Funktionen - Künstler, Therapeuten und Patienten - möglich.

Im Rahmen dieser Arbeit werden aus Platzgründen nur die Formulierungen der „Target Goals Scale“ zu Behandlungsbeginn vorgestellt.

Eine Darstellung der Ausgangs- und der Veränderungsbewertungen soll integriert in einer ausführlicheren Beschreibung der qualitativen Beobachtungen zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

### **III.5.2.c. Fragebogen zum „Vorinteresse der Teilnehmer an Kunst“**

Um einschätzen zu können, ob die Rehabilitation mit künstlerischen Methoden nur für die Patienten von besonderer Relevanz ist, welche schon ein besonderes Vorinteresse an Kunst haben, wurde ein Fragebogen (**s. Anhang IV.6., S.247**) mit 5 Items entwickelt, welcher das „Vorinteresse der Teilnehmer für Kunst“ messen soll.

Es werden verschiedene Bereiche der Auseinandersetzung mit Kunst abgefragt, wobei für jedes Item Skalenwerte zwischen 0 (= „gar kein Interesse“) und 5 (= „großes Interesse“) Punkte erreicht werden können. In der weiteren Auswertung wird das „Interesse an Kunst“ als psychologischer Faktor gewertet, der insbesondere die Motivation für das Erreichen der Zwischenziele in den künstlerischen Behandlungsgruppen moderierend beeinflussen könnte.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt unter Bildung eines Summscores der fünf Items (s. auch bei MacKenzie 1981).

Die erreichten Werte zwischen 0 und 25 sollen dabei das „Vorinteresse an Kunst“ allgemein abbilden.

### **III.5.3. Qualitative Verfahren**

Das Erfassen der strukturellen Besonderheiten im Setting der künstlerischen Arbeit erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Versuchsleiter und einem zweiten unabhängigen Beobachter nach dem Verfahren der „teilnehmenden Beobachtung“ (Strauss 1991, Friedrichs u. Lüdcke 1963).

Hierzu werden vom Untersucher (auch während der schon stattgefundenen Voruntersuchungen) bestimmte Thesen zum praktischen Setting der Arbeit vorformuliert.

Diese dienen, ähnlich wie die von den Teilnehmern vorformulierten Arbeitsziele, als Vorlage zur Protokollierung auf halbstandardisierten Beobachtungsbögen. Im Gegensatz zu den Arbeitszielen werden diese Beobachtungsbögen aber nach jeder Sitzung von beiden Beobachtern unabhängig ergänzt und erweitert. Hierdurch sollen die Beobachter sich im Sinne einer qualitativen Spirale von These - Beobachtung - Neuformulierung der These - (nach Kleining 1982) allmählich einer Erfassung der wirksamen Zusammenhänge annähern.

Dabei entspricht der hermeneutische Ansatz dieser Studie der Formulierung eines „qualitativen Experimentes“, bei dem nach Kleining (1986, S. 734) eine *„maximale strukturelle Variation der Perspektiven eine Variation aller Einflüsse verlangt, die möglicherweise das Abschneiden des Gegenstandes im Test beeinflussen könnten“*. Der „Forschungsweg“ wird hier entgegen dem herkömmlichen Experimentbegriff als Prozess angesehen, bei dem sowohl der Gegenstand als auch die Vorannahme des Untersuchers als veränderlich betrachtet werden und über die Veränderung der Bedingungen, die für einen Gegenstand als relevant eingeschätzt werden, kann so allmählich *„eine Kenntnis von der Struktur des Gegenstandes“* (Kleining 1986, S. 734) entstehen.

Die Forschungsstrategie ähnelt dabei dem schon von Grave (1977) erwähnten differentiellen Ansatz in der Therapieforschung, bei dem unterschiedliche therapeutische Maßnahmen auf Ähnlichkeiten und Unterschiede untersucht werden, um so einen Einblick in die übergeordneten therapeutischen Zusammenhänge zu erhalten und zugleich Beschreibungskriterien für den einzelnen Gegenstand abzugrenzen.

Natürlich tritt die qualitative Forderung nach maximaler Varianz von Untersuchungsbedingungen und Fragestellungen dabei in Widerspruch zu den empirischen Voraussetzungen der Datenvergleichbarkeit bei einer quantitativen Auswertung.

Dieser Widerspruch wird in dieser Studie versucht dadurch fruchtbar zu machen, dass Fragen des Settings und der eingesetzten künstlerischen Mittel zwar i.S. eines qualitativen Experimentes variiert werden, dafür aber die therapeutische Strategie, die Gruppenzusammensetzung und die zusätzlichen therapeutischen Rahmenbedingungen möglichst konstant bleiben.

Auf diese Weise sollen die möglichen strukturellen Bedingungen, in denen künstlerische Mittel wirksam sein können, möglichst umfassend exploriert werden, dabei aber die störungsspezifische therapeutische Strategie, aufgrund derer diese Wirkung zur Entfaltung kommt, bei allen Gruppen möglichst konstant eingehalten werden. Der statistische Ansatz der

Studie dient so der Überprüfung der Angemessenheit einer übergeordneten therapeutischen Strategie.

#### **III.5.4. Statistische Verfahren**

Über die gewählten gruppenstatistischen Auswertungsverfahren soll die Variabilität der Einschätzung zu den einzelnen Teilnehmern zum Auswertungsgegenstand gemacht werden.

Es werden dabei Häufigkeitsberechnungen, korrelationsstatistische Auswertungen zum Erklären von Zusammenhängen und Mittelwertunterschiedsberechnungen angestellt bzw. Berechnungen von zentralen Tendenzen durchgeführt. Da bei einigen Eingangsfaktoren Gruppenunterschiede zu erwarten sind, wird überwiegend mit Veränderungsvarianzen gearbeitet und ein Schwerpunkt auf das Aufzeigen der Dynamik in den einzelnen Gruppen gelegt. Das genaue Auswertungsverfahren wird - sofern es nicht den üblichen Standards entspricht – im Ergebnisteil noch detailliert dargestellt werden.

Für alle beschriebenen vorzunehmenden statistischen Operationen wird das statistische Programmpaket SPSS - PC + (Norusis 1990) verwendet werden.

Trotz der geringen Fallzahl ( $n = 48$ ) und der nicht randomisierten Gruppenzuteilung soll auch mit der Analyse von p-Werten gearbeitet werden.

Hier muss auf den explorativen Charakter dieser Studie hingewiesen werden; es kann im Bereich der künstlerischen Methoden leider noch nicht auf schon bekannte und sicher nachgewiesene Zusammenhänge zurückgegriffen werden, auf deren Grundlage man statistisch eindeutig zu beantwortende Fragestellungen formulieren könnte.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen daher über eine breit gefächerte Sichtung eine Begrenzung der potentiell wirksamen Zusammenhänge zulassen, mit deren Hilfe eine spätere Formulierung spezifischerer Hypothesen möglich wird.

Dabei darf aber im „*Rauschen der Daten*“ (Schiepek 1993) der Zugriff auf die mit diesem Ansatz erzeugten wichtigen Informationen nicht verloren gehen.

Aus diesem Grund wird in der Auswertung der Daten ein neuartiger Versuch unternommen, qualitative und quantitative Informationen gleich berechtigt zu einander ins Verhältnis zu setzen.

Die qualitativen Informationen haben dabei eine Aufgabe wie nach Spitzer (1996, S. 297-298) das Dopamin für die Datenübertragung des Gehirns: sie sollen helfen das „Signal – Rauschverhältnis“ so einzustellen, dass zwischen den Störgeräuschen wichtige Informationen für weitere Fragestellungen erkennbar werden.

### III.6. Erfassung zusätzlicher Behandlungsfaktoren

Die innerhalb des Behandlungsprogramms eingesetzten „*Zusätzlichen Behandlungsmaßnahmen*“ (**Medikation, zusätzliche Psychotherapie**) sollen für alle Patienten zum Beobachtungsbeginn für den Zeitraum zwischen Beobachtungsbeginn und Beobachtungsabschluss und insbesondere auch während der Durchführung der untersuchten Maßnahmen kontinuierlich erfasst werden.

Das Verhältnis zwischen den untersuchten Behandlungsmaßnahmen und den zusätzlichen Behandlungsfaktoren zu evaluieren, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

An dieser Stelle werden die zusätzlichen Behandlungsfaktoren nur insofern dargestellt, wie es erforderlich scheint, um ein Ungleichgewicht ihres Einflusses als intervenierend variabel auf die untersuchten Behandlungsgruppen auszuschließen.

Die Darstellung dynamischer Interaktionen - z.B. ein möglicher synergistischer Einfluss zwischen der Gabe von atypischen Neuroleptika und einer bestimmten künstlerischen Intervention – wären natürlich für spätere Evaluierungsprozesse vom großem Interesse, soll aber an anderer Stelle erfolgen.

Erstaunlicherweise traten wesentliche Veränderungen während des Beobachtungszeitraumes nur bei den Fällen stationärer Wiedereinweisung auf; hier wurde wie bei den anderen Fällen auch die während des Beobachtungszeitraumes ermittelte Durchschnittsdosis sowie eine Aufzählung aller psychotherapeutischen Maßnahmen als Bezugspunkte in die Auswertung aufgenommen.

#### III.6.1. Zusätzliche Psychotherapie

Zum Aspekt der „**Zusätzlichen Psychotherapie**“ sei erwähnt, dass, um Mischeffekte zu vermeiden, die in den Kunstgruppen evaluierten Patienten nicht gleichzeitig an der Gesprächsgruppe oder an anderen mit künstlerischen Mitteln arbeitenden Therapiegruppen teilnehmen durften und umgekehrt die Patienten in der Gesprächsgruppe während des Beobachtungszeitraumes keine Gesprächstherapie machen sollten.

Die therapeutischen Maßnahmen, welche in den einzelnen Rehaschufen routinemäßig angewandt werden, seien hier kurz aufgeführt:

- Stationärer Aufenthalt: Einzeltherapie und Gruppentherapie
- Tagesklinik: Einzeltherapie und Gruppentherapie
- Ambulanter Bereich: Einzeltherapie



### III.6.2. Zusätzliche Pharmakotherapie

Bei der „**Pharmakotherapie**“ wird bei den in Krakau behandelten Patienten folgendes, sich an internationalen Standards orientierendes Grundsche­ma eingehalten (vgl. DGPN 1999):

- Spätestens nach der zweiten Wiedereinweisung erfolgte als Rückfallprophylaxe eine neuroleptische Niedrigmedikation, die etwa 60–80 % der Akutmedikation entsprechen sollte.
- Patienten sollen früh lernen, ihre Medikamente selbständig einzunehmen und dabei so gut über die Medikamente informiert sein, dass sie den Arzt selbständig über das Auftreten von zu erwartenden Nebenwirkungen informieren können (Bäumli 1994, Stark u. Stutte 1985, Stark 1988).
- Die Wahl des Neuroleptikums (z.B. typisch oder atypisch) sowie die Verabreichungsform (Tabletten oder Depotspritze) erfolgen nach individuellen klinischen Kriterien (z.B. frühere Wirksamkeit, wer die Medikamenteneinnahme überwacht, Krankheitseinsicht des Patienten usw.).

In dieser Studie wurden während des Katamnesezeitraumes von einem Jahr mögliche Veränderungen in der Medikation kontinuierlich miterfasst.

Die Kodierung erfolgte nach folgenden Kriterien:

- *Wirkmechanismus* des Neuroleptikums (Atypika ja/nein)
- *Stärke* des Neuroleptikums (niedrig/mittel/hochpotent)
- *Dosierung* (low/middle/highdose)
- *Verabreichungsform* (Depot ja/nein)

*Die Richtwerte für die Einteilung wurden Benkert und Hippus (1996) entnommen. Atypika werden hier entgegen neuerer Erkenntnisse noch als mittelpotente Neuroleptika dargestellt.*

### III.7. Synopsis der verwendeten Messinstrumente hinsichtlich ihrer Funktion im Gesamtdesign

#### Tab. 1

Instrumente, damit verbundene Konstrukte und Zuordnung der Instrumente für die Bereiche Zwischenziele, Hauptziele, Eingangsfaktoren und Ausgangsfaktoren

Faktoren	Konstrukte	Eingangs-Faktoren	Ausgangs-Faktoren	Hauptziele	Zwischenziele
<b>Demographische und soziale Faktoren</b> (diverse)	Prädiktoren	Ja	Nein	Nein	Nein
<b>Verlaufsfaktoren</b>					
Ersteinweisung	Prädiktor	Ja	Nein	Nein	Nein
Anzahl Einw.	Prädiktor	Ja	Nein	Nein	Nein
Dauer stat. Behandlung	Prädiktor	Ja	Nein	Nein	Nein
Einweisung neu	Prädiktor	Nein	Ja	Ja	Nein
Aktuell ICD-10 (F)	Prädiktor	Ja	Nein	Nein	Nein
<b>Zusätzliche Behandlung</b>					
Biologisch	Intervenierende Variable	Ja	Ja	Nein	Nein
Psychotherapeutisch	Intervenierende Variable	Ja	Ja	Nein	Nein
<b>Psycholog. Faktoren</b>					
Locus of Control (internal, external, fatalistisch) v. Krampen , 26 Items	Attributionstheorie nach Rotter	Ja	Nein	Nein	Nein
Gemessene PTM, Schulz, Nübling, Rüd- del, 38 Items	Psychody- namisches PTM- Kon- zept	Ja	Nein	Nein	Nein
Beobachtete PTM	Verhaltens- beobachtung	Ja	Nein	Nein	Nein
<b>Befindlich- keitsstörung</b> Andresen und Seifert, 44- Items	Basisstö- rungskon- zept nach Süllwold/ Huber	Ja	Ja	Ja	Nein
paranoid- halluzinator. BS	4 Faktoren- analyse	Ja	Ja	Ja	Nein
dysthym- as- then. BS	4 Faktoren- analyse	Ja	Ja	Ja	Nein
kognitiv- inten- tionale BS	4 Faktoren- analyse	Ja	Ja	Ja	Nein
kognitiv- inten- tionale BS	4 Faktoren- analyse	Ja	Ja	Ja	Nein

Fortsetzung Tab. 1

Faktoren	Konstrukte	Eingangs-Faktoren	Ausgangs-Faktoren	Hauptziele	Zwischenziele
sensorisch-perzeptive BS	4 Faktoren-analyse	Ja	Ja	Ja	Nein
Summe Positive BS	2 Faktoren-analyse	Ja	Ja	Ja	Nein
Summe Negative BS	2 Faktoren-analyse	Ja	Ja	Ja	Nein
<b>Soziale Beeinträchtigung</b>					
Global Assessment Scale	DSM III, Achse 5	Ja	Ja	Ja	Nein
<b>Verhaltensänderung bei Maßnahme</b>	Verhaltensanalyse auf Video durch 2 externe Rater	Ja	Ja	Nein	Ja
<b>Struktur der Maßnahme</b>	Teilnehmende Beobachtung	Ja	Ja	Nein	Nein
<b>Wirkfaktoren der Maßnahme</b>	Teilnehmende Beobachtung	Ja	Ja	Nein	Nein
<b>Arbeitsziele</b>	Therapieziel-erfassung mit Rating Prä und Post	Ja	Ja	Nein	Nein

### III.8. Praktischer Ablauf für die Durchführung der Maßnahmen

Während in der „*Gesprächsgruppe*“ (Gruppe 1, n = 8) die Behandlungsmaßnahmen, wie auch in der „*Theatergruppe*“ (Gruppe 2, n = 13), in ca. 90-minütigen wöchentlichen Sitzungen über einen Zeitraum von neun Monaten verteilt waren, wurde in der „*Werkstattgruppe*“ (Gruppe 3, n = 27) eine vergleichbare Behandlungszeit (ca. 42 Stunden) in täglichen intensiven 5-6-stündigen Anwendungen über 12 - 14 Tagen hinweg angeboten.

#### III.8.1. Zeitplan für die unterschiedlichen therapeutischen Maßnahmen

Grafik 1: Zeitplan

<b>G1 (n = 8)</b>	-----	<b>9 Monate, 1x wöchentlich, ca. 90 Minuten Gespräch</b>
<b>G2 (n = 13)</b>	-----	<b>9 Monate, 1x wöchentlich, ca. 90 Minuten Theater</b>

<b>G3 (n = 27)</b> ----- <b>12 Tage 3.5 Stunden täglich</b> <b>intensive Werkstätten</b> in Malerei (n = 8) oder Musik (n = 8) oder Bewegungsarbeit (n = 11)
--

**Gesamte Behandlungszeit:**

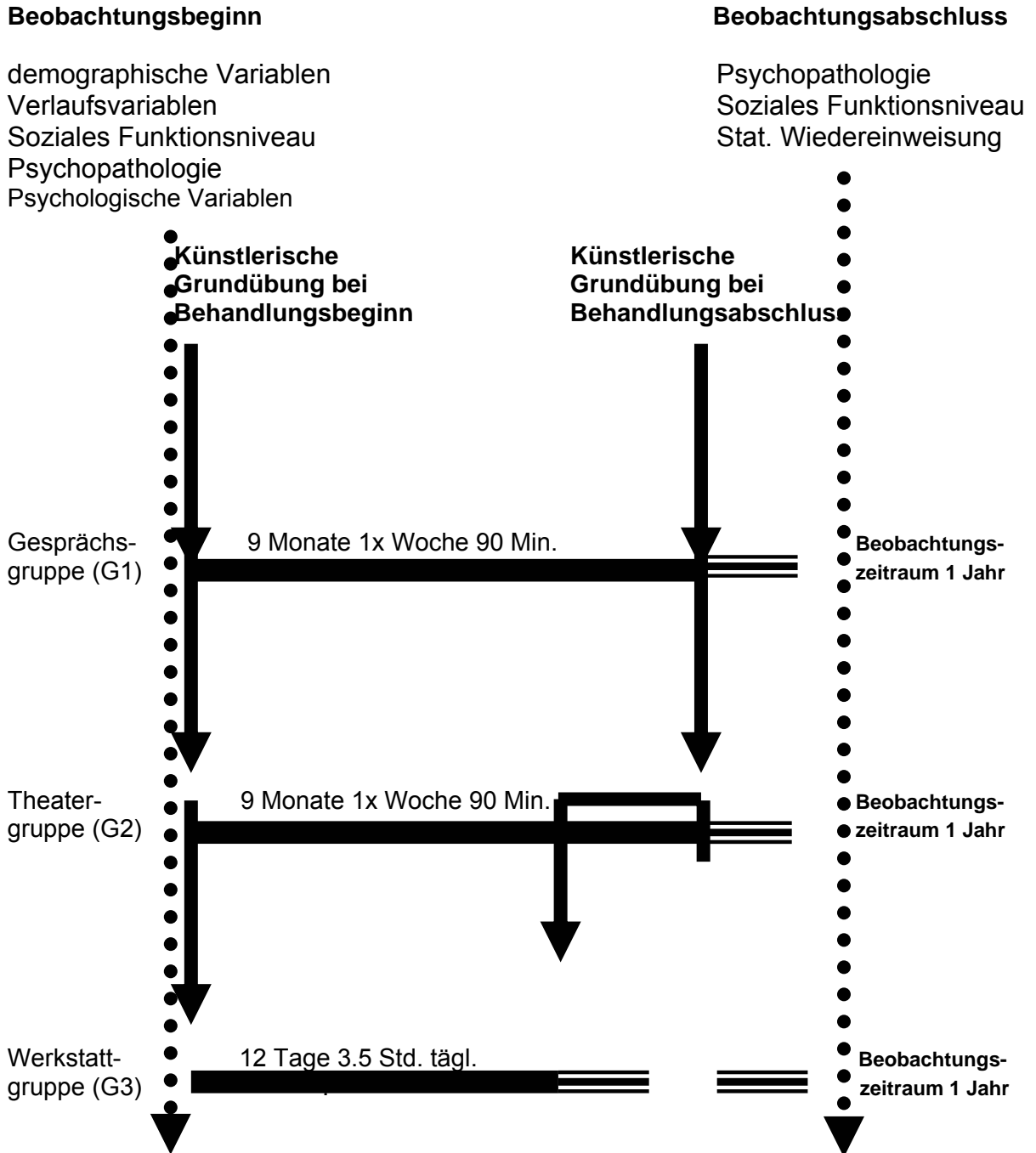
<b>G1= ca. 54 Stunden</b> <b>G2= ca. 54 Stunden</b> (ohne die intensiven Proben vor der Abschlussaufführung) <b>G3= ca. 42 Stunden</b>
---

### **III.8.2. Anleitung**

Alle Gruppen, ausgenommen G1 (Gesprächsgruppe), wurden von professionellen Künstlern angeleitet; G1 wurde von einem Psychiater und einem klinischen Psychologen gemeinsam geleitet.

### III.9. Graphische Zusammenfassung des Designs

**Grafik 2:** Zusammenfassung des Designs



Anmerkung: die während des Behandlungszeitraumes bei den einzelnen Maßnahmen durchgeführten qualitativen Beobachtungen und die TGS durch die TN wurden hier aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht mit dargestellt

### **III.10. Spezielle Fragestellungen**

*Es sollen mit dem dargestellten Design folgende Untersuchungsfragen beantwortet werden:*

- 1. Können in der Varianz der als Zwischenziele definierten Kriterien signifikante Veränderungen erzielt werden oder gibt es signifikante Unterschiede in den Veränderungen zwischen den Gruppen?*
- 2. a) Können in der Varianz der als Hauptziele definierten Kriterien signifikante Veränderungen erzielt werden, korrelieren dabei diese Veränderungen miteinander und gibt es signifikante Unterschiede in den Veränderungen zwischen den Gruppen?  
b) Lassen sich die als Hauptziele definierten Kriterien sinnvoll auf einer Metaskala zusammenfassen und ergibt sich über diese Zusammenschau ein verändertes Gruppenprofil?*
- 3. Gibt es für die einzelnen Gruppen und/oder für die Gesamtgruppe einen korrelativen Zusammenhang zwischen dem Erreichen von Zwischenzielen und Hauptzielen?*
- 4. Welche Eingangsfaktoren stehen in einem statistischen Zusammenhang mit dem Erreichen der Zwischenziele; differentiell für die einzelnen Therapiegruppen und global für die Gesamtgruppe?*
- 5. Welche Eingangsfaktoren stehen in einem statistischen Zusammenhang mit dem Erreichen der Hauptziele in der Gesamtgruppe, kommt diesen Faktoren eine Prädiktorfunktion zu?*
- 6. Lassen sich die Eingangsfaktoren, bei denen sich sowohl für die Haupt- als auch für die Zwischenziele ein statistischer Zusammenhang herstellt, bezüglich ihrer Stellung zu den anderen Eingangsfaktoren genauer analysieren?*
- 7. Sind die durchgeführten Maßnahmen über die „Teilnehmende Beobachtung“ als klinisch erfolgreich zu beschreiben und decken sich diese Beobachtungen sowohl mit dem Ausmaß, in dem Therapeuten, Patienten und Künstler ihre selbstformulierten Ziele als erreicht betrachten als auch mit den empirisch gemessenen Veränderungswerten?*

### **III.11. Erwartete Ergebnisse**

Alle Hypothesen stützen sich auf Untersuchungen in anderen Studien oder substanziellen Annahmen gruppentherapeutischer Praxis und sind sinngemäß aus der Literatur (vgl. Einführung) ableitbar.

## **Hypothesen zu den speziellen Fragestellungen (III.10.):**

### **Globalhypothese 0** (unabhängig von den speziellen Fragestellungen):

Es lassen sich über künstlerische Zwischenziele Standards erfassen, über die sich Verhaltensänderungen, die für die Schizophrenie Relevanz haben, unabhängig von der künstlerischen Disziplin oder von der jeweiligen Gruppenzusammensetzung evaluieren lassen.

**Hypothese 1** bezogen auf die Fragestellung 1 „Können in der Varianz der als Zwischenziele definierten Kriterien signifikante Veränderungen erzielt werden?“

**Die Zwischenziele unterscheiden sich in allen drei Gruppen signifikant zwischen den Prä- und Postmessungen.**

**Hypothese 2** bezogen auf die Fragestellung 2 „Können in der Varianz der als Hauptziele definierten Kriterien signifikante Veränderungen erzielt werden, korrelieren dabei diese Veränderungen miteinander und gibt es signifikante Unterschiede in den Veränderungen zwischen den Gruppen?“

**Die Hauptziele (Unterschied Messung Prä und Post) zeigen innerhalb der drei Gruppen einen positiven Trend, wobei die künstlerischen Gruppen nicht schlechter abschneiden als die verbal orientierte Vergleichsgruppe.**

**Hypothese 3** bezogen auf die Fragestellung 3 „Gibt es für die einzelnen Gruppen und/oder für die Gesamtgruppe einen korrelativen Zusammenhang zwischen dem Erreichen von Zwischenzielen und Hauptzielen?“

**Als am besten evaluierte und standardisierte Methode ist vor allem ein korrelativer Zusammenhang zwischen Haupt- und Zwischenzielen in der mit gesprächsorientierten Methoden arbeitenden Gruppe zu vermuten.**

**Hypothese 4** bezogen auf die Fragestellung 4 „Welche Eingangsfaktoren stehen in einem statistischen Zusammenhang mit dem Erreichen der Zwischenziele; differentiell für die einzelnen Therapiegruppen und global für die Gesamtgruppe?“

**Es gibt Zusammenhänge zwischen Prädiktoren und dem Erreichen von Zwischenzielen, welche für die unterschiedlichen Zwischenziele in den jeweiligen Behandlungsgruppen verschieden sind.**

Es lassen sich für den differentiellen Zusammenhang der Zwischenziele mit den Prädiktoren für die einzelnen Gruppen folgende **Nebenhypothesen** formulieren:

(4.a.) Zwischenziele in der Gesprächsgruppe:  
Zusammenhang mit hoher Psychotherapiemotivation und niedrigen negativen und positiven Basisstörungen

(4.b.) Zwischenziele in den Werkstattgruppen:  
Zusammenhang mit hoher Eigenbeteiligung zum Behandlungsbeginn und niedrigen negativen und positiven Basisstörungen

(4.c) Zwischenziele in der Theatergruppe:  
Zusammenhang mit hoher Eigenbeteiligung zum Behandlungsbeginn und niedrigen negativen und positiven Basisstörungen

**Hypothese 5** bezogen auf die Untersuchungsfrage 7 „Gibt es eine gute Übereinstimmung in der Richtung der auf den verschiedenen Beobachtungsebenen (teilnehmende Beobachtung, „Target Goals Scale“, empirisch erfasste Haupt- und Zwischenziele) erfassten Trends?“

Auf der Grundlage von Voruntersuchungen wird erwartet, dass teilnehmende Beobachtungen wichtige klinische Trends auf der Ebene von Haupt- und Zwischenzielen bestätigen können. Auf der Ebene der subjektiven Zielerfassung (Target Goals Scale) wird ebenfalls eine gute Übereinstimmung in der Zielerfassung zwischen Patienten, Therapeuten und Künstlern angenommen.

(Auf der Ebene der subjektiven Ergebnisbewertung wird dagegen eine Diskrepanz in der Einschätzung zwischen Künstlern, Therapeuten und Patienten erwartet. Ferner wird eine Unabhängigkeit der subjektiven Einschätzungen von den in den Zwischen- und Hauptzielen empirisch erfassten Trends behauptet.

Da die Ergebnisse der subjektiven Ergebnisbewertung hier noch nicht Gegenstand der Auswertung sind, müssen diese Unterhypothesen an anderer Stelle geprüft werden.)

### **III.12. Rekrutierung und Gruppenbeschreibung nach den demographischen und verlaufsbezogenen Standardvariablen (III.12.1.-5.)**

Die Einteilung in die Gruppen erfolgte nach psychotherapeutischer Indikation durch den jeweiligen individuellen Bezugstherapeuten. Eine klinische Überprüfung dieses Einteilungsmodus wird dabei zum Untersuchungsgegenstand. Mit der Einteilung nach psychotherapeutischen Kriterien soll die von Zubin gestellte Forderung nach „*Individualisierung der Behandlungsbedingungen*“ (1989, S. 14), trotz der damit verbundenen methodologischen Komplikationen, berücksichtigt werden.



### **III.12.1. Einbezug in die Stichprobe**

Alle Patienten sind wohnhaft in Krakau, Polen, und werden dort innerhalb eines umfassenden sozialen Trainingsprogramms in einem milieuthérapeutischen Rahmen versorgt. Das Programm für schizophrene Erwachsene wird angeboten durch die Psychiatrische Universitätsklinik Krakau, Collegium Medicum, Jagiellonian Universität.

Für den Einbezug in die Stichprobe mussten die Patienten folgende Bedingungen erfüllen (in Anlehnung an Biel et al. 1987):

**(1) aktuelle ICD-10 (Dilling et al. 1991) Behandlungsdiagnose Schizophrenie, wobei die Diagnosestellung noch einmal durch einen unabhängigen Kliniker überprüft wird**

*Anmerkung 1 zur praktischen Durchführung:*

Es wurden auch fünf Patienten einbezogen, die in der Erstdiagnose nach ICD-10 als schizophren klassifiziert wurden, und als eine weitere Diagnose zur Schizophrenie auch eine Persönlichkeitsstörung haben.

Die Überprüfung der aktuellen Diagnoseeinschätzung erfolgte in allen Fällen nach Aktenstudium und persönlichem Gespräch durch einen erfahrenen Kliniker, der nicht in die Regelversorgung der Patienten einbezogen ist. (Nur in zwei Fällen ergaben sich Diskrepanzen zwischen der unabhängigen Diagnose und der aktuellen Behandlungsdiagnose. In diesen beiden Fällen wurden die Patienten nicht in die Studie einbezogen.)

**(2.) Alter nicht unter 20 und nicht über 50 Jahre**

**(3.) Keine zusätzliche Suchterkrankung oder im CCT oder EEG nachgewiesene Hirnauffälligkeiten**

**(4.) Nach Angaben der Bezugstherapeuten seit über sechs Wochen in stabiler Remission und auch aktuell keine expansive Wahndynamik diagnostizierbar**

*Anmerkung 2 zur praktischen Durchführung:*

Die Überprüfung von Punkt 4. erfolgt nach Rücksprache mit dem Bezugstherapeuten in der Versorgungseinrichtung und wird über das oben erwähnte Patientengespräch durch den unabhängigen Kliniker bestätigt.

**(5.) Indikationsstellung für eine gruppentherapeutische Maßnahme (Bestätigung von Gruppenfähigkeit) durch den Bezugstherapeuten**

Anmerkung 3 zur praktischen Durchführung:

Die Indikationsstellung und die Kriterien für „Gruppenfähigkeit“ werden hier nicht zum Beobachtungsgegenstand gemacht.

**Einwilligungsvoraussetzungen:**

Die Patienten stimmen, nach Absprache mit ihren Bezugstherapeuten, sowohl der Teilnahme an einer gruppentherapeutischen Maßnahme als auch der aktiven Mitarbeit bei der Untersuchung dieser Maßnahme zu. Sowohl die Patienten als auch die Bezugstherapeuten wissen zu diesem Zeitpunkt noch nicht, welche gruppentherapeutischen Maßnahmen des Programms innerhalb dieser Studie untersucht werden.

**III.12.2. Beschreibung der auf diese Weise rekrutierten Stichprobe**

**Tab. 2**

Beschreibung nach Verlaufsgruppen, demographischen Kriterien und Verteilung innerhalb des Behandlungssystems

Merkmale	Gesamtgruppe (n = 48)	in Gesamt %
<i>Verlaufsgruppen nach ICD-10</i>	<i>Gesamtgruppe (n = 48)</i> <i>x / s</i>	<i>in Gesamt %</i>
Krankheitsdauer in Jahren	8.8 / 4.9	-
Wahnhaftige Langzeitverläufe ICD 20.0+ 23.2	28+3 (31)	64.4 %
Nichtwahnhaftige Langzeitverläufe ICD 20.5/20.6	12+2 (14)	29.2 %
Unklare Erstdiagnose (DD. personality disorders)	3	6.2 %
<i>Demographische Merkmale</i>	<i>Gesamtgruppe (n = 48)</i> <i>x / s</i>	<i>in Gesamt %</i>
Alter	31.0 / 5.8	-
Ausbildung (1 - 8)*1	5.5 / 1.7	1.7/-
Geschlecht w=1/ m=2	(1)=29, (2)=19	(1)=60.4 %, (2)=39.6 %
Familienstand 1=ledig 2=verheiratet 3=geschieden	(1)= 41 (2)= 3 (3)= 4	(1)= 85.4 % (2)= 6.8 % (3)= 8.3 %

Fortsetzung Tabelle 2:

Merkmale	Gesamtgruppe (n = 48)	in Gesamt %
<i>Versorgungsstruktur</i>		
Außerhalb der Versorgungsstruktur	1	2.1 %
Innerhalb angegliederter vollstationärer Einrichtung	1	2.1 %
Innerhalb einer tagesklinischen Struktur mit Bezugspersonen	9	18.8 %
Ambulante Gruppen mit Arbeitstraining	18	37.5 %
Geschützte Arbeit, weiter ambulanter Rehakontakt	19	39.6 %

\*1 1-8 = fein gestuftes Ausbildungssystem von der Grundschule, über die Berufsschule, über das Fachabitur, über die Fachhochschule bis hin zum abgeschlossenen Universitätsstudium, welches nicht direkt mit dem deutschen System vergleichbar ist.

### III.12.3. Verteilung auf die Behandlungsmaßnahmen nach psychotherapeutischen Kriterien

Es wird davon ausgegangen, dass nicht alle speziellen Behandlungsmaßnahmen für alle schizophrenen Patienten gleich erfolgreich sein können (siehe hierzu Zubin 1989).

Um der ethischen Forderung nach optimaler Behandlung für alle Patienten gerecht werden zu können (Alanan et al. 1982, 1985), erfolgt eine durch die Bezugstherapeuten gelenkte individuelle Auswahl der Patienten für die spezielle Behandlungsmaßnahme nach psychotherapeutischen Kriterien. In diese Feinabstimmung ging nach Auskunft der Bezugstherapeuten sowohl das Wissen um die Defizite und die Ressourcen der jeweiligen Patienten ein als auch das um die vermutete Behandlungsdynamik der angebotenen Maßnahme.

Die Kriterien für diese Feinabstimmung werden in standardisierter Weise erfasst, wobei dabei auf das Verfahren der qualitativen Textanalyse nach Kleining (1982, 1986) zurückgegriffen wird.

Bei Unklarheiten für die Gruppenzuteilung einzelner Patienten (beispielsweise könnte ein Patient nach Ansicht des Bezugstherapeuten gleichermaßen von der Gesprächs- wie von der Theatergruppe profitieren) erfolgte die Entscheidung für die Gruppenzuteilung durch den Untersuchungsleiter, der bestrebt war, eine Gleichverteilung der Gruppen nach den demographischen Kriterien (Alter, Ausbildung, Geschlecht, Krankheitsdauer und Familienstand) herbeizuführen.

### *Anmerkung 1 zur Erfahrung der praktischen Durchführung:*

In drei von achtundvierzig Fällen erfolgte die Gruppenzuteilung dadurch, dass der Untersuchungsleiter zwischen zwei gleichermaßen für den Patienten sinnvollen Maßnahmen aufgrund von demographischen Erwägungen entschied.

Ferner ist für jede Behandlungsmaßnahme von dem jeweiligen Gruppenleiter ein Größenlimit (zwischen 8 und 12 Personen) abgesprochen worden.

### *Anmerkung 2 zur Erfahrung der praktischen Durchführung:*

Das Größenlimit wurde nach dem dargestellten Entscheidungsmodus nur für die Theatergruppe (n = 13) überschritten, wobei nach Absprache mit den entsprechenden künstlerischen Leitern auf eine Umverteilung verzichtet wurde.

### *Einbezug der Wahl des Patienten*

In den natürlichen Rahmenbedingungen des Programms können sich Patienten freiwillig für die Theatergruppe oder für die Werkstattgruppe melden. Die freiwillige Wahl wird in diesen Fällen von den Bezugstherapeuten nur in seltenen Fällen abgelehnt.

Für die Studie wird dieses Verfahren eingeschränkt, um einerseits Einblick in die Kriterien der therapeutenbezogenen Auswahl zu erlangen, andererseits aber auch noch Steuerungsmöglichkeiten für die Herstellung einer Gleichverteilung in den Gruppen zu behalten.

Um dennoch die interessengeleitete Wahl der Patienten mit zu evaluieren, werden die Bezugstherapeuten gebeten, Vermerke zu machen, welche Patienten, die etwa zeitgleich mit den Therapeuten von den untersuchten Maßnahmen erfahren haben, sich freiwillig für die Teilnahme an einer bestimmten Gruppenmaßnahme aussprechen.

Wenn gegen diese Entscheidung der Patienten keine therapeutische Gegenindikation besteht, soll diese dann, wie im therapeutischen Rahmenprogramm auch, bei der Gruppenzuteilung mit berücksichtigt werden.

Dieser Entscheidungsmodus wird als psychologischer Faktor „*Eigenbeteiligung zum Behandlungsbeginn*“ kodiert und wurde bereits in III.5.2.a., S. 75, mit den anderen selbst entwickelten Instrumenten dargestellt.

### III.12.4. Beschreibung der Gruppen

Bei der **Gruppe 1** (n = 8) handelt es sich um eine Gruppe, in der gesprächsorientierte Therapie angeboten wird (Yalom 1985) und bei der **Gruppe 2** (n=13) um eine Theatergruppe (Bielancka u. Cechnicki 1991). Die **Gruppe 3** besteht aus drei Untergruppen, welche in unterschiedlichen Disziplinen künstlerische Werkstätten durchführen (Werkstattgruppe, n = 27), hierbei handelt es sich um eine Malwerkstatt (n = 8), eine Bewegungswerkstatt (n = 11) und eine Musikwerkstatt (n = 8). Im weiteren Vergleich werden diese Untergruppen zu einer Gesamtgruppe (Werkstattgruppe, n = 27) zusammengefasst.

**Tab. 3**

Beschreibung der Behandlungsgruppen nach Verlaufsgruppen, nach demographischen Kriterien und nach der Verteilung auf das Versorgungssystem (die Angabe in Prozent erfolgt ab 15 Patienten)

Merkmale	Gruppe1; n=8	Gruppe2; n=13	Gruppe3; n=27	<i>Werkstattgruppe</i>
	<b>Gesprächsgruppe</b>	<b>Theatergruppe</b>	<b>Werkstattgruppe</b>	<i>in %</i>
<b>Verlaufsgruppe nach ICD-10</b>	x / s	X / s	x / s	
Krankheitsdauer in Jahren	7.6 / 6.8	9.9 / 4.7	9.9	-/-
Wahnhaftes Langzeitverläufe ICD 20.0+23.2	5 + 0	9 + 0	14 + 3	-/-
Nichtwahnhaftes Langzeitverläufe ICD 20.5+20.6	0 + 2	4 + 0	8 + 0	-/-
Weitere Diagnose (personality disorders)	1*	0	2**	-/-
<b>Demographische Merkmale</b>	<b>x / s (n = 8)</b>	<b>X / s (n = 13)</b>	<b>x / s (n = 27)</b>	<i>in %</i>
Alter	27.5 / 4.9	29.8 / 4.8	32.6 / 6.0	-/-
Ausbildung*1 (1 – 8)	4.5 / 1.9	5.5	6.0 / 1.7	-/-
Geschlecht w=1/ m=2	(1)=3, (2)=5	(1)=7, (2)=6	1=19, 2=8	(1)=70.4%, (2)=29.6%
Familienstand 1=ledig 2=verheiratet 3=geschieden	(1)=8 (2)=0 (3)=0	(1)=12 (2)= 1 (3)=0	(1)=21 (2)= 2 (3)= 4	(1)=77.8% (2)= 7.4% (3)=14.8%

Fortsetzung Tabelle 3

<b>Versorgungsstruktur</b>	<b>x /s (n = 8)</b>	<b>X /s (n = 13)</b>	<b>x /s (n = 27)</b>	<b>in .%</b>
Ausserhalb der Versorgungsstruktur	0	1	0	-/-
Innerhalb angegliederter vollstationärer Einrichtung	0	0	1	2.1 %
Innerhalb einer tagesklinischen Struktur mit Bezugspersonen	3	2	4	14.8 %
Ambulante Gruppen mit Arbeitstraining	5	7	6	22.6 %
Geschützte Arbeit, weiter ambulanter Reha-kontakt	0	3	16	59.3 %

\*Patient mit der Zweitdiagnose „schizotype Persönlichkeit“

\*\* Patient mit der Zweitdiagnose „Borderline Persönlichkeit“

### **III.12.5. Tests auf Gruppenunterschiede bezüglich der wichtigen demographischen und verlaufsbezogenen Eingangsfaktoren**

Es werden in der Frage der Gleichgewichtung der Gruppen hinsichtlich der aufgeführten Merkmale mit nachfolgenden Testverfahren folgende Ergebnisse erzielt:

(1.) Tests für die Gleichverteilung nach **Diagnosegruppen** (über  $\chi^2$  nach Sachs 1993 a, S. 43):

Ergebnis:  $\chi^2 = 1.49$  (df 4);  $p = 0.828$ , die Null-Hypothese (es gibt keine Gruppenungleichgewichte hinsichtlich der Langzeitverläufe bezogen auf **ICD-10-Diagnosen**) kann damit nicht abgelehnt werden und die Gruppen können hinsichtlich der diagnosebezogenen Verläufe als gleich gewichtet betrachtet werden.

(2.) Tests für die Gleichverteilung nach **demographischen und verlaufsbezogenen Kriterien**:

(2.a) Test auf Normalverteilung: Methode: Kolmogorov-Smirnov Goodness of Fit Test

Tests für die kontinuierlich aufzufassenden Merkmale (Alter und Krankheitsdauer) Ergebnis: die Null-Hypothese (Merkmal ist **normalverteilt**)

kann für **Alter und Krankheitsdauer** in allen drei Gruppen nicht abgelehnt werden (die Irrtumswahrscheinlichkeit für die Ablehnung der Null-Hypothese ist dabei 5%, d.h. liegt bei einem p kleiner oder gleich 0.05). Ausbildung, Geschlecht und Familienstand werden als diskontinuierliches Merkmal aufgefasst, so dass hier der Test auf Normalverteilung nicht erforderlich ist.

(2.b.) Tests, ob Gruppenunterschiede zwischen einer der drei Gruppen hinsichtlich **Alter und Krankheitsdauer** bestehen

*Erste Methode: für die kontinuierlichen und normalverteilten Werte:*

*One-way ANOVA*

Ergebnis - One-way ANOVA

F-Wert/p für „kein Gruppenunterschied hinsichtlich des Kriteriums **Alter**“:

F- Wert = 2.99 (df 2); p = 0.061

F-Wert/p für „kein Gruppenunterschiede hinsichtlich der **Krankheitsdauer**“:

F-Wert = 1.54 (df 2); p = 0.224

Die Null-Hypothese (es bestehen keine Gruppenunterschiede) kann also nicht abgelehnt werden.

*Zweite Methode: für die diskontinuierlichen Merkmale  $\chi^2$ -Tests zwischen den drei Gruppen und den Merkmalen **Geschlecht, Ausbildung und Familienstand***

Ergebnisse:

$\chi^2 = /p$  für „kein Unterschied hinsichtlich des Kriteriums **Geschlecht**“:

$\chi^2 = 3.11$  (df 2); p = 0.221

$\chi^2 = /p$  für „kein Unterschied hinsichtlich des Kriteriums **Ausbildung**“:

$\chi^2 = 9.67$ (df 10); p = 0.470

$\chi^2 = / p$  für „kein Unterschied hinsichtlich des Kriteriums **Familienstand**“:

$\chi^2 = 4.17$  (df 4); p = 0.384

Die Null-Hypothese (es bestehen keine Gruppenunterschiede) kann also nicht abgelehnt werden.

### **Verteilung auf das Versorgungssystem**

Eine Unterscheidung zwischen Stufe 3 (ambulantes Arbeitstraining) und 4 (ambulant geschützte Arbeit) scheint innerhalb der im Rahmen dieser Arbeit gesichteten Literatur (u.a. Alanan et al. 1985) unüblich zu sein, so dass noch einmal eine Umkodierung in die häufig anzutreffende Differenzierung zwischen stationärer Versorgung und ambulanter Behandlung erfolgt, wobei die Tagesklinik noch der stationären Versorgung zugerechnet wird.

Erster Schritt: Umkodierung in stationäre (1) und ambulante Behandlung (2) (die Tagesklinik wird hierbei der stationären Behandlung zugerechnet), es ergibt sich hierbei folgende Gruppenverteilung:

Gesprächsgruppe	(Gruppe 1, n = 8)	stationär (1) = 3 Patienten ambulant (2) = 5 Patienten
Theatergruppe	(Gruppe 2, n = 13)	stationär (1) = 2 Patienten ambulant (2) = 11 Patienten
Werkstattgruppe	(Gruppe 3, n = 27)	stationär (1) = 5 Patienten ambulant (2) = 22 Patienten

Zweiter Schritt:  $\chi^2$  zwischen Gruppen und umkodierten Behandlungsmaßnahmen:

Bei einem  $\chi^2 = 1.26$  (df 2) wird ein  $p = 0.533$  erreicht, die Null-Hypothese **„keine Gruppenunterschiede hinsichtlich der Verteilung innerhalb des Versorgungssystems“** kann damit nicht abgelehnt werden.

### Zusammenfassung (3) für III.12.5.

Obwohl in den Gruppen tendenzielle Unterschiede zwischen „Alter“ (besonders hoch in der Werkstattgruppe) und „Ausbildung“ (besonders hoch in der Werkstattgruppe, besonders niedrig in der Gesprächsgruppe) bestehen, erreichen diese Unterschiede jedoch keine statistische Signifikanz, so dass die Gruppen im weiteren als statistisch gleich gewichtet betrachtet werden können. In der „Verteilung der Gruppen auf das Versorgungssystem“ lässt sich ein deutlicher Trend darin beobachten, dass sich in der Werkstattgruppe mehr Patienten in einem geschützten Arbeitsverhältnis befinden als in der Gesprächsgruppe.

Wenn man die Verteilung aber hinsichtlich der in der Literatur üblichen Einteilung in stationäre und ambulante Versorgung vornimmt, können die Gruppen auch hinsichtlich dieses Eingangsmerkmals als gleich gewichtet betrachtet werden.

Es kann damit bezüglich der erfassten üblichen demographischen und verlaufsbezogenen Standardvariablen zur Charakterisierung einer Stichprobe schizophrener Patienten (Carpenter et al. 1981) eine Gleichverteilung der Stichprobe (n=48) auf die drei Behandlungsgruppen (G1, n = 8, G2, n = 13 und G3, n = 27) nachgewiesen werden.



## IV. und V. Ergebnisteil

### IV. Quantitativer Ergebnisteil

#### IV.0. Psychotherapeutische Kriterien für die Verteilung auf die Behandlungsmaßnahmen (qualitative Voranalyse)

Bevor mit der quantitativen Erfassung der weiteren Startfaktoren begonnen wurde, sollte eine qualitative Analyse der von den Bezugstherapeuten vermuteten strukturellen Eigenschaften der untersuchten Behandlungsgruppen durchgeführt werden.

- Für die Gesprächsgruppe

*Low Supportive Group für stark isolierte Patienten, die das Behandlungssystem nur tangentiell in Anspruch nehmen.*

- Für die Theatergruppe

*Auf einer Grundstufe aktives soziales Fertigkeitentraining für Patienten mit starken kognitiven Defiziten (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentration). Auf einer höheren Stufe Nutzung der Theaterrolle zur Anreicherung der sozialen Rolle für Patienten mit weniger ausgeprägten kognitiven Defiziten.*

- Für die Werkstattgruppen

*Gruppe zur Einbringung persönlicher Interessen in den Therapiealltag, wenn dem Therapeuten schon ein Vorinteresse der jeweiligen Patienten für die jeweilige Kunstform bekannt ist und / oder soziale Anbindung der Patienten über das nonverbale Medium der Kunst, wenn die Patienten nach Ansicht der Therapeuten bisher wenig von verbal ausgerichteten Therapieangeboten profitierten.*

## IV.1. Gruppenbeschreibung und Vergleich hinsichtlich der Fragestellung nach den Auswirkungen der psychotherapeutischen Verteilungskriterien

### IV.1.1. Beschreibung und Überprüfung der psychologischen Eingangsfaktoren

**Tab. 4**  
Psychologische Eingangsfaktoren

Therapiegruppen	Internale Attribuierung (I)	Externale Attribuierung (P)	Fatalistische Attribuierung (C)	Gemessene PTM*39_156 x /s	Beobachtete PTM*	Interesse an Kunst
	8-48 x / s	8-48 x /s	8-48 x /s		0- 2 x/ Median	0-20 x /s
Gesamtgruppe (n = 48)	31.6 / 6.1	26.6 / 6.9	26.3 / 7.9	103.7/ 7.1	0.93 n = 40/1	11.5/ 3.2
Gruppe1 (n = 8)	30.5 / 3.3	27.3 / 7.4	30.4 / 7.6	105.1/ 7.3	-/-	10.8 /(4.2)
Gruppe 2 (n = 13)	31.3 / 7.6	26.8 / 6.5	27.1 / 7.6	101.8/ 5.3	0.77/ 0	10.6 /(3.5)
Gruppe 3 (n = 27)	32.1 / 6.1	26.2 / 7.1	24.7 / 8.0	104,1/ 7.9	1.0/ 1	12.2/ (2.6)
Tests auf sign. Unterschiede Oneway ANOVA** (bzw. Median Test***)	F-Wert = 0.24 (df 2) p = 0.790	F-Wert = 0.08 (df 2) p = 0.930	F-Wert = 1.65 (df 2) p = 0.204	F-Wert = 0.57 (df 2 ) p = 0.570	Median= 1 $\chi^2 = 0.68$ p = 0.794	F-Wert = 1.30 (df 2) p = 0.284

\* PTM = Psychotherapiemotivation

\*\* Zuvor wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov Goodness of Fit Test eine Normalverteilung nachgewiesen

\*\*\* da das Merkmal normalverteilt, aber nicht stetig ist, erfolgte die Testung nach Umkodierung mit einem einfachen Mediantest (Sachs 1993 a, S. 102) zwischen den Gruppen 2 und 3 durch Auftragen der Abweichungen vom Median 1 auf eine Vierfeldertafel

### **Zusammenfassung 4**

Innerhalb der gemessenen psychologischen Gruppenmerkmale gibt es keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Es lässt sich also hieraus schließen, dass die von den Therapeuten gewählten Einteilungskriterien sich *nicht* differentiell auf die Verteilung der psychologischen Faktoren in den einzelnen Gruppen ausgewirkt haben.

#### IV.1.2. Überprüfung der weiteren sozialen Faktoren und Verlaufsfaktoren auf Gleichverteilung (s. hierzu auch III. 12.4., Tab. 3)

**Tab. 5**

Weitere demographische und verlaufsbezogene Eingangsfaktoren

Therapiegruppe	Beruf gelernt oder Studium beendet (in n und in %)	(0) weder Beruf noch Rente (1) Haupteinkommen durch Rente (2) Haupteinkommen durch Beruf	Gesamtzeit aller vollstationären Aufenthalte in Monaten Median*	Anzahl der vollstationären Aufenthalte Median*
Gesamtgruppe (n = 48)	24 (50)	(0)=.2 (1)= 41 (2)= 4	6,0	2,0
Gruppe1 (n = 8)	5 (62.5)	(0)=.0 (1)=.7 (2)= 1	10,5	3,5
Gruppe2 (n = 13)	5 (38.5)	(0)=.1 (1)= 11 (2)= 1	10,0	3,0
Gruppe3 (n = 27)	14 (51.9)	(0)=.1 (1)= 24 (2)= 2	5,0	2,0
Tests $\chi^2$ ** (bzw. Kruskal-Wallis 1-way ANOVA)*	$\chi^2 = 0.85$ (df 2) p = 0.654	$\chi^2 = 0.91$ (df 2) p = 0.924	$\chi^2 = 8.01$ (df 2) p = 0.018	$\chi^2 = 4.54$ (df 2) p = 0.103

\* die Null-Hypothese zur Normalverteilung wurde für die Merkmale „Gesamtzeit aller Aufenthalte in Monaten“ sowie „Anzahl der vollstationären Aufenthalte“ in der Gesamtgruppe über den Kolmogorov-Smirnov Goodness of Fit Test mit jeweils p = 0.002 abgelehnt; es erfolgt daher die Angabe in Median-Werten und die Testung mit Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

\*\* für die Merkmale „erlernter Beruf“ und „Bezugsquelle des Haupteinkommens“ erfolgte die Testung mit  $\chi^2$  (nach Sachs 1993 a, S. 43):  
zwischen den Gruppen und den Merkmalsverteilungen.

#### **Zusammenfassung 5**

Bei den „weiteren Verlaufsfaktoren“ ist zwischen den Gruppen ebenfalls kein signifikanter Unterschied nachzuweisen.

### IV.1.3. Überprüfung der psychopathologischen Eingangsfaktoren hinsichtlich der Frage eines differentiellen Einflusses durch die therapeutischen Eingangskriterien

**Tab. 6**  
Psychopathologische Faktoren

Therapiegruppen	Global Assess. Scale 0-100% Median (1)	Paranoid Halluzin. BS (Q-30) x /s	Dystym-Asthen. BS (Q-33) x /s	Kognitiv-Intention.B S (Q-39) x /s	Sensor.-Perzept. BS (Q-30) x /s	Positiv-Störung Summe (Q-60) x /s	Negativ-Störung Summe (Q-36) x /s
Gesamtgruppe (n = 48)	60.0	6.1/5.0	11.0/5.4	11.0/6.3	5.5/5.0	19.5/10.0	6.8/5.6
Gruppe 1 (n = 8)	45.5	7.4/5.9	11.1/4.6	12.4/5.4	6.4/6.0	21.3/6.9	8.1/7.2
Gruppe 2 (n = 13)	61.0	3.0/2.9	9.2/5.0	9.1/4.4	2.6/2.8	17.0/9.6	3.8/3.5
Gruppe 3 (n = 27)	61.0	7.1/5.0	11.7/5.8	11.3/7.1	6.5/5.1	20.1/10.4	7.8/5.5
Oneway ANOVA/ Kruskal-Wallis-1-way ANOVA (1)	$\chi^2 = 13.51$ (df 2) <b>p = 0.000</b> ***	F-Wert = 3.53 (df2) <b>p = 0.038</b> *	F-Wert = 0.88 (df 2) p = 0.423	F-Wert = 0.78 (df 2) p = 0.465	F-Wert = 2.88 (df 2) p = 0.067	F-Wert = 0.57 (df 2) p = 0.569	F-Wert = 2.64 (df 2) p = 0.083

(1) Für das Merkmal Global Assessment Scale (GAS) musste in der Gesamtgruppe sowie in Gruppe 2 und 3 über den Kolmogorov-Smirnov Goodness of Fit Test die Null-Hypothese auf Normalverteilung der Merkmale abgelehnt werden (für die Gesamtgruppe bei  $z = 2.18$  mit einem  $p = 0.000^{***}$ , für die Gruppe 1 bei  $z = 1.20$  mit  $p = 0.042^*$  und für die Gruppe 3 bei  $z = 1.41$  mit  $p = 0.037$ ). Es erfolgte daher hier die Angabe in Median - Werten und die Testung mit Kruskal-Wallis 1-way ANOVA

#### **Zusammenfassung (6) für IV.1.3.**

Es bestehen signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der „*paranoid-halluzinatorischen Basisstörungen*“ (in der Theatergruppe sind die Werte besonders niedrig) und der „*Global Assessment Scale*“ (Werte sind in der Gesprächsgruppe besonders niedrig).

Die gewählten Einteilungskriterien durch die Psychotherapeuten scheinen sich damit vor allem auf der Ebene der psychopathologischen Eingangsfaktoren differentiell auszuwirken.

Die als „*Low Supportive Gruppe*“ für stark sozial isolierte Patienten verteilte Gesprächsgruppe weist dabei folgerichtig besonders niedrige Werte in der „*GAS*“ auf. Die mit höher- und niederschweligen therapeutischen Zielen rekrutierte Theatergruppe (niederschwellige kognitive Ziele für eine Teilgruppe und höherschwellige psychotherapeutische in der Rollenarbeit für die übrigen) weist einen signifikant niedrigeren Wert bei

den „paranoid-halluzinatorischen Basisstörungen“ als die anderen Gruppen auf. Dass paranoid-halluzinatorische Tendenzen eher eine Kontraindikation für die anspruchsvolle Theaterarbeit darstellen könnten, wird später aufgrund der Beobachtungen aus dem qualitativen Teil noch bestätigt.

## IV.2. Gruppenbeschreibung und Vergleich hinsichtlich der Fragestellung nach Gleichverteilung in den zusätzlichen Behandlungsfaktoren

### IV.2.1. Zusätzliche Psychotherapie

**Tab. 7**  
Zusätzliche Psychotherapie

	keine PT	Einzeltherapie	Einzel+Gruppenth.*1
Gesamtgruppe (n = 48)	1 (2.1%)	31 (64.6%)	16 (33.3%)
Gruppe 1 (n = 8)	0	6	2
Gruppe 2 (n = 13)	1	7	5
Gruppe 3 (n = 27)	0	18	9
$\chi^2*2$	$\chi^2 = 3.35 / (df 4) / p = 0.502$		

\*1 Gruppentherapie fand im Rehasystem statt, weshalb über den Individualtherapeuten auch immer Einzeltherapie gewährleistet war

\*\*2 Alle Erwartungswerte liegen über 5, so dass die Voraussetzung für  $\chi^2$  gegeben ist

### IV.2.2. Zusätzliche Pharmakotherapie

#### IV.2.2.a. Neuroleptische Behandlung und Potenz des Neuroleptikums (nur bezogen auf das eingenommene Neuroleptikum mit der höchsten Potenz) und Test auf Gruppenunterschiede

**Tab. 8**  
Neuroleptische Potenz

	Ohne Neurolept.	niedrigpot. NL	mittelpot. NL*2	hochpot. NL
Gesamtgruppe(n = 48)	4 (8.3%)	0	24 (50.0%)	20 (41.7%)
Gruppe 1 (n = 8)	0	0	5	3
Gruppe 2 (n = 13)	2	0	5	6
Gruppe 3 (n = 27)	2	0	16	11
$\chi^2*1$	$\chi^2 = 0.174 / (df 2) / p = 0.917$			

\*1 Alle Erwartungswerte liegen über 5, so dass die Voraussetzung für  $\chi^2$  gegeben ist

\*2 Clozapin wurde entsprechend Benkert Hippus (1996) zu den mittelpotenten NL gezählt; diese Einteilung scheint aus heutiger Sicht fragwürdig zu sein

## IV.2.2.b. Atypisches oder herkömmliches Neuroleptikum

**Tab. 9**

Verteilung Atypika und Typika

	kein Neuroleptikum	atypisches NL*1	typisches NL
Gesamtgruppe (n = 48)	4 (8.3%)	11 (22.9%)	33 (68.8%)
Gruppe 1 (n = 8)	0	3	5
Gruppe 2 (n = 13)	2	3	8
Gruppe 3 (n = 27)	2	5	20
$\chi^2$ *1	$\chi^2 = 1.03$ / (df 2) / p = 0.598		

\*1 Alle Erwartungswerte liegen über 5, so dass die Voraussetzung für  $\chi^2$  gegeben ist

## IV.2.2.c. Dosierungsbereich des Neuroleptikums

**Tab. 10**

Dosierung der Neuroleptika

	Ohne Neurolept.	low dose NL	Middle dose NL	high dose NL
Gesamtgruppe(n=48)	4 (8.3%)	25 (52.1%)	13 (27.1%)	6 (12.5%)
Gruppe 1 (n = 8)	0	1	6	1
Gruppe 2 (n = 13)	2	10	1	0
Gruppe 3 (n = 27)	2	14	6	5
$\chi^2$ *1	$\chi^2 = 16.65$ / (df 6) / p = 0.011*			

\*1 Alle Erwartungswerte liegen über 5, so dass die Voraussetzung für  $\chi^2$  gegeben ist

## IV.2.2.d. Verabreichungsform des Neuroleptikums

**Tab. 11**

Applikation der Neuroleptika

	ohne NL	orales NL	Depot NL
Gesamtgruppe (n = 48)	4 (8.3%)	34 (70.8%)	10 (20.8%)
Gruppe 1 (n = 8)	0	7	1
Gruppe 2 (n = 13)	2	9	2
Gruppe 3 (n = 27)	2	18	7
$\chi^2$ *1	$\chi^2 = 2.64$ / (df 4) / p = 0.619		

\*1 Alle Erwartungswerte liegen über 5, so dass die Voraussetzung für  $\chi^2$  gegeben ist

## IV.2.3. Zusammenfassung (6) zu IV.1. und IV.2.

Bezüglich der „Inanspruchnahme zusätzlicher Psychotherapeutischer Angebote“ im Untersuchungszeitraum besteht zwischen den Gruppen Gleichverteilung. Bei der „Pharmakotherapie“ zeigt sich ein anderes Bild:

Während bei der „Potenz“ der verwendeten Neuroleptika, der „Verabreichungsform“ und der „Verteilung zwischen Atypika und herkömmlichen Neuroleptika“ eine Gleichverteilung aufgezeigt werden kann, zeigt sich für die „Dosierungen“ ein Ungleichgewicht. So befinden sich die Dosierungen bei der Werkstattgruppe und auch bei der Theatergruppe überwiegend im „Low Dose Bereich“, in der Gesprächsgruppe zeigen sich dagegen überwiegend Dosen im „Middle Dose Bereich“.

Dies scheint dadurch erklärbar zu sein, dass in der Theatergruppe am wenigsten „paranoid-halluzinatorische Basisstörungen“ nachgewiesen werden konnten.

Über die signifikant niedrigeren Werte in der „GAS“ in der Gesprächsgruppe könnte man ferner argumentieren – was ohne Symptom-Fremd-Rating weder zu bestätigen noch von der Hand zu weisen ist –, dass es sich in der Gesprächsgruppe um die symptombelasteteren Patienten handeln könnte; auf diese Weise würden aber die Unterschiede in der Dosierung nicht ein schon vorhandenes Ungleichgewicht verstärken, sondern vielmehr dabei helfen es zu minimieren.

### **IV.3. Ergebnisse zur Fragestellung 1: Können in der Varianz der Zwischenziele signifikante Veränderungen aufgezeigt werden und gibt es signifikante Unterschiede in den Veränderungen zwischen den Gruppen? (IV.3.1.-IV.3.2.b.)**

*(These 1 hierfür ist: die Zwischenziele unterscheiden sich in allen drei Gruppen signifikant zwischen den Prä- und Postmessungen)*

(Verfahren für das Rating - s. auch III.4.2 -)

Es wurden Zwischenziele für die jeweiligen Maßnahmen formuliert und das Dokumentationsmaterial (Videos/Fotos) aus den unterschiedlichen Therapiemaßnahmen vom Arbeitsbeginn und vom Arbeitsende der einzelnen Gruppen eingeschätzt. Das Rating erfolgte dabei für alle Sequenzen durch zwei Rater im Konsensverfahren, wobei die einzelnen Merkmale einer Sequenz (0 = „nicht vorhanden“, 1 = „vorhanden“) auf einer Metaskala mit Werten zwischen 0 und 4 zusammengefasst wurden. Der Wert, der in die abschließende Auswertung einging, errechnete sich aus der Differenz zwischen Sequenz 4 (zum Ende der einwirkenden Maßnahme) und Sequenz 2 (zum Beginn der einwirkenden Maßnahme). Für den Wert Post minus Prä (= Sequenz 4 minus Sequenz 2) konnte ein Wert zwischen -4 und +4 erreicht werden.

### IV.3.1 Veränderungen Post - Prä (zwischen -4 und +4)

#### IV.3.1.a. Beschreibung der Veränderungen der einzelnen Patienten in den Gruppen

**Tab. 12**

Metaskala für das Erreichen der Zwischenziele (-4, 0, +4)

	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Gr.1 n =8	-	-	-	-	3	2	1	-	2
Gr.2 n =13*	-	-	-	-	3	3	2	1	1
Gr.3 n =27*	-	-	-	2	2	5	8	5	1

\* Gruppe 2: drei Drop Outs, Gruppe 3: fünf Drop Outs während der Durchführung der jeweiligen Maßnahmen

#### IV.3.1.b. Veränderungen Post- Prä (zwischen -4 und +4) als Mittelwerte für die Gruppen sowie Test auf Unterschiede zwischen den Gruppen

**Tab. 13**

Erreichen der Zwischenziele Post- Prä (Skala zwischen -14 und +14) und Test auf signifikante Gruppenunterschiede

Therapiegruppen	Metaskala Zwischenziele (-4 0 +4*) x / s
Gruppe 1 (n = 8)	+ 1.5/ 0.70
Gruppe 2 (n = 13)	+ 1.4/ 0.35
Gruppe 3 (n = 27)	+ 1.7/ 0.28
Test $\chi^2$ *	$\chi^2 = 1.03$ (df 2) / p = 0.596

\* nicht parametrischer  $\chi^2$ -Test nach Kruskal - Wallis

#### IV.3.1.c. Überprüfung, ob sich die erreichten Veränderungen signifikant von 0 unterscheiden mit Hilfe von Paired Samples t-Test für eine Probe (Einstichproben – t –Test, Sachs 1993 a, S. 179 - 182)

(Null-Hypothese: Veränderungen unterscheiden sich nicht signifikant von 0)

**Tab. 14**

Signifikanz der Differenzwerte Post - Prä

Therapiegruppen*1	Metaskala Zwischenziele (-4 0 +4*) t Wert (df); p
Gruppe 1 (n = 8)	t = 2.51 (df 7); p = 0.040*
Gruppe 2 (n = 13)	t = 3.53 (df 7); p = 0.010**
Gruppe 3 (n = 27)	t = 6.33 (df 21); p = 0.000***

\*1 Es wurde zuvor über eine Powerberechnung (Einstichproben – Gauß - Test nach Sachs 1993 a, S. 177 - 179) eine Power größer als 0.7 sichergestellt



## **IV.3.2. Beantwortung von Fragestellung und Hypothese 1**

### **IV.3.2.a. Beantwortung von Fragestellung 1:**

Alle Einzeltherapiegruppen machen statistisch signifikante Fortschritte im Erreichen der jeweiligen Zwischenziele, hierbei können diese Veränderungen in der Gruppe 3 (Werkstattgruppe) am stärksten nachgewiesen werden, in der Gruppe 1 (Gesprächsgruppe) am schwächsten; in der Gruppe 2 (Theatergruppe) liegen die Veränderungen im mittleren Bereich. Trotz dieser deutlichen Tendenz erreichen die Unterschiede in den Veränderungsvarianzen im direkten Gruppenvergleich keine statistische Signifikanz.

### **IV.3.2.b. Bestätigung von Hypothese 1:**

Die zu Untersuchungsbeginn gestellte Hypothese, dass die Zwischenziele sich in allen drei Gruppen signifikant zwischen den Prä- und Postmessungen unterscheiden, kann über die Ergebnisse bestätigt werden.

## **IV.4. Ergebnisse zur Fragestellung 2A:**

**Können in der Varianz der als Hauptziele definierten Kriterien signifikante Veränderungen nachgewiesen werden, korrelieren dabei diese Veränderungen miteinander und gibt es signifikante Unterschiede in den Veränderungen zwischen den Gruppen?  
(IV.4.1.-IV.4.5.)**

*(Hypothese 2 hierfür lautet: Die Hauptziele (Unterschied Messung Prä und Post) zeigen innerhalb der drei Gruppen einen positiven Trend, wobei die künstlerischen Gruppen nicht schlechter abschneiden als die gesprächsorientierte Vergleichsgruppe)*

**IV.4.1. Wechsel der psychopathologischen Veränderungen nach einem Jahr  
(Gruppen-Mittelwerte zwischen Prä und Post bezogen auf die GAS (Post – Prä), Basisstörungen (Prä – Post) und Mehrinanspruchnahme von stationären Angeboten sowie Tests auf Signifikanzunterschiede)**

**Tab. 15**

Wechsel der psychopathologischen Faktoren nach einem Jahr

Therapiegruppen	Global As- sess. Scale (Post minus Prä) X / S	Paranoid- Halluz. BS (Prä minus Post) X / S	Dystym- Asthen. BS (Prä minus Post) X / S	Kognitiv- Intention. BS (Prä minus Post) X / S	Sensor.- Perzept. BS (Prä minus Post) X / S	Positiv- Störung Summe (Prä minus Post) X / S	Negativ- Störung Summe (Prä minus Post) X / S
Gruppe 1 (n = 8)	7.5 / 10.8	1.0/6.1	-0.7/5.6	1.1/4.7	1.3 /5.0	-0.9 / 9.1	1.3 / 4.4
Gruppe 2 (n = 13)	2.6 / 7.1	-0.42 / 4.6	1.3/3.5	2.2/4.3	0.3 / 3.5	4.4 / 8.2	0.8 / 4.6
Gruppe 3 (n = 27)	-2.0/11.5	0.4 /4.1	1.0/6.5	1.1/7.5	0,5 / 4.9	2.0 / 11.4	-0.3 / 5.4
Oneway ANOVA	F-Wert = 2.87 (df 2 ) p = 0.067	F-Wert = 0.24 (df 2) p = 0.786	F-Wert = 0.31 (df 2) p = 0.737	F-Wert = 0.12 (df 2) p = 0.884	F-Wert = 0.11 (df 2 ) p = 0.897	F-Wert = 0.59 (df 2) p = 0.560	F-Wert = 0.35 (df 2) p = 0.710

**Ergebnis zu IV. 4.1.**

Bis auf wenige Ausnahmen überwiegt in der Summe der Basisstörungen und in der Veränderung der sozialen Angepasstheit in allen Gruppen ein Trend zur klinischen Verbesserung; eine Ausnahme bildet ein leichter Abfall der sozialen Angepasstheit in der Werkstattgruppe. Da keine dieser Veränderungen statistische Signifikanz erreicht, lässt sich zusammenfassen, dass der klinische Zustand der Patienten entsprechend der hier dargestellten Parameter überwiegend unverändert geblieben ist. Auch Unterschiede zwischen den Gruppen erreichen dabei kein statistisches Signifikanzniveau.

**IV.4.2. Überprüfung, ob sich die erreichten Veränderungen signifikant von 0 unterscheiden mit Hilfe von „Paired Samples t-Test für eine Probe“ (Einstichproben-t-Test, Sachs 1993 a, S. 179 - 182)**

*(Null-Hypothese: Veränderungen unterscheiden sich nicht signifikant von 0;)*

Für das Merkmal „GAS“ erfolgte ein direkter Vergleich zwischen den Ausgangs- und den Endwerten über den „Wilcoxon Matched-Pairs Signed-ranks Test“.

**Tab. 16**

Testergebnisse für die Null-Hypothese „keine signifikanten Mittelwertsveränderungen zwischen Prä und Post“ in den Differenzwerten

Veränderung gegen 0	Global Assess. Scale	Paranoid-Halluzin. BS	Dystym-Asthen. BS	Kognitiv-Intention. BS	Sensor.-Perzeptiv BS	Positiv-Summe BS	Negativ-Summe BS
	z ; p	t/(df); p	t(df); p	t(df); p	t(df); p	t/(df); p	t/(df); p
Gruppe 1 (n=8)	z = - 0.21 (df 7) p = 0.834	t = 0.43 (df 7) p = 0.680	t = -0.34/ (df 7) p = 0.749	t = 0.64/ (df 7) p = 0.544	t = 0.682 (df 7) p = 0.521	t = -0.25 (df 7) p = 0.811	t = 0.78 (df 7) p = 0.467
Gruppe 2 (n=13)	z = -1.58 (df 11) p = 0.114	t = -0.31 (df 11) p = 0.760	t = 1.33 (df 11) p = 0.210	t=1.75 (df 11) p = 0.107	t=0.33 (df 11) p = 0.748	t=1.88 (df 11) p = 0.087	t= 0.56 (df 11) p = 0.585
Gruppe 3 (n=27)	z = - 0.17 (df 25) p = 0.862	t = 0.53 (df 25) p = 0.599	t = 0.76 (df 25) p = 0.457	t = 0.74 (df 25) p = 0.469	t = 0.48 (df 25) p = 0.634	t = 0.88 (df 25) p = 0.390	t = -0.26 (df 25) p = 0.800

### Ergebnis zu IV.4.2.

Auch auf der Grundlage der Signifikanzüberprüfung der Mittelwertsunterschiede erreicht keine der gemessenen Veränderungen statistische Signifikanz.

### **IV.4.3. Beschreibung der Nicht-Vermeidung von stationären Einweisungen in den einzelnen Gruppen**

**Tab. 17**

Mehrinanspruchnahme von stationärer Hilfe nach einem Jahr

Therapiegruppen	keine Inanspruchnahme n ( %)	Graduelle Inanspruchnahme n (%)	vollstationäre Inanspruchnahme n (%)
Gruppe 1 (n = 8)	4	2	2
Gruppe 2 (n = 13)	9	3	1
Gruppe 3 (n = 27)	19 (70.4)	6 (22.2)	2 (7.4)

### **IV.4.4. Signifikante Unterschiede bei den stationären Hilfen zwischen den Gruppen**

Bei der Testung auf Signifikanzunterschiede zwischen den Gruppen durch Chiquadrate wurde bei einem  $\chi^2 = 2.38$  (df 4) ein  $p = 0.666$  erreicht; die Null-Hypothese, dass die Gruppenunterschiede keine statistische Signifikanz erreichen, kann also auch für dieses Merkmal nicht abgelehnt werden.

#### **Ergebnis zu IV 4.3. und IV 4.4.**

Auch wenn keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede erzielt werden, fällt sowohl in der Theatergruppe als auch in der Werkstattgruppe auf, dass jeweils ca. 70% aller mit den künstlerischen Maßnahmen behandelten Patienten über den Zeitraum von einem Jahr nicht mehr stationäre Angebote in Anspruch nehmen müssen. In der Gesprächsgruppe müssen dagegen die Hälfte der Patienten mehr Hilfe in Anspruch nehmen. Gleichzeitig fällt auf, dass es nur in der Werkstattgruppe und in der Gesprächsgruppe zu zwei vollständigen Mehrinanspruchnahmen gekommen ist.

Es drängt sich damit, auch unter zusätzlicher Berücksichtigung der Drop-Out-Quote (s.u.), der Eindruck auf, dass es sich bei der Werkstattgruppe um die am wenigsten homogen geführte Gruppe handelt. Das Muster der Verteilung in der Werkstattgruppe lässt sich dabei auch dadurch erklären, dass in der Werkstattgruppe die meisten Patienten auf einer relativ hohen „Rehastufe“ (s. Gruppenbeschreibung, Tab. 2, S.90 ,) stehen, so dass sie mehr sozialen Stressoren ausgesetzt sind und gleichzeitig die grobmaschiger betreuenden Bezugstherapeuten bei einer Verschlechterung nicht so frühzeitig durch ambulante oder halbstationäre Angebote intervenieren können wie in den anderen Gruppen. Natürlich muss für die Wiedereinweisungen in der Gesprächsgruppe das schlechtere Ausgangsniveau in der „GAS“ und für die nur wenigen Wiedereinweisungen bei der Theatergruppe das niedrige Ausgangsniveau bei den „*paranoid-halluzinatorischen BS*“ mit berücksichtigt werden.

## IV.4.5 Globale Überprüfung der Interkorrelation zwischen den Veränderungen

**Tab. 18**

Rangkorrelationen nach Spearman bei den Hauptzielen

Spearman Korrel. n = 45	GAS (Post minus Prä)	Paranoid-Halluzinat. BS 1 (Prä -Post)	Dystym-Asthen. BS 2 (Prä- Post)	Kognitiv-Intention. BS 3 (Prä- Post)	Sensor.-Perzept. BS 4*1 (Prä- Post)	Positiv-Störung Summe 5 (Prä- Post)	Negativ-Störung Summe 6*1 (Prä- Post)	Station. Mehrinanspruchnahme (0-2)
C(1) GAS	1.000	-	-	-	-*	-	-*	-
C(2) BS 1	-	1.000	0.382 **	0.489 ***	-* -	0.363 *	-*	-
C(2) BS 2	-	0.382 **	1.000	0.598 ***	-*	0.690 ***	-*	-
C(2) BS 3	-	0.489 ***	0.598 ***	1.000	-* -	0.572 ***	-*	-
C(2) BS 4	-*	-*	-*	-* -	1.000	-*	-*	-*
C(2) BS 5	-	0.363 *	0.690 ***	0.572 ***	-*	1.000	-*	-
C(2) BS 6	-*	-*	-*	-*	-*	-*	-*	-*
mehr station.	-	-	-	-	-*	-	-*	1.000

\*1 CBS4 und CBS6 hatten in der Gesamtgruppe eine zu geringe Verteilung zur Erstellung von sinnvollen Rangkorrelationen; hier spielt natürlich auch die geringe Stichprobengröße eine wichtige Rolle.

### Ergebnis zu IV.4.5.

Auch wenn die Korrelationen über „CBS 4“ und „CBS 6“ in diesem Verfahren nicht gewertet werden können, zeigt sich der Eindruck einer hohen Korrelation zwischen den Veränderungen von „Basisstörungen“ bei den verschiedenen Gruppen; ferner einer überwiegenden Unabhängigkeit der anderen „Hauptziele“ („Mehrinanspruchnahme von stationären Hilfen“ sowie „Veränderung des sozialen Funktionsniveaus“) von der Veränderung der „Basisstörungen“ sowie voneinander.

Hierdurch wird die Vermutung bestätigt (s. III.4.6., S.73), dass es sich bei diesen Hauptzielen um überwiegend voneinander unabhängige Beschreibungsebenen des Verlaufes handelte, von denen keine für sich genommen den Gesamtverlauf ausreichend darstellen könnte.

Die im Methodikteil vorgeschlagene Zusammenfassung dieser Beschreibungsebenen zu einer Metaskala (nach Strauss u. Carpenter 1972, 1977), um eine Gesamtbewertung des Verlaufes treffen zu können, scheint vor diesem Hintergrund sinnvoll zu sein.

#### IV.4.6. Beantwortung von Fragestellung und Hypothese 2A

Ogleich die Veränderungen in allen drei Gruppen einen überwiegend positiven Trend zeigen, kann in keiner Gruppe in der Einzelbewertung der Hauptziele ein signifikanter Fortschritt erzielt werden und auch die Veränderungen zwischen den Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Andererseits kann hierdurch die Hypothese 2A bestätigt werden, nämlich, dass „in allen drei Gruppen ein positiver Trend zu beobachten (sei), bei dem die künstlerischen Gruppen nicht schlechter abschneiden ... als die mit verbalen Mitteln arbeitende Vergleichsgruppe“.

Da sich die Definitionsebenen der Hauptziele in der Interkorrelation als überwiegend unabhängig von einander gezeigt haben, scheint für eine globale Bewertung des Outcomes ihre Zusammenfassung in einer „Metaskala“ klinisch sinnvoll zu sein.

#### IV.5. Ergebnisse zur Fragestellung 2b

Lassen sich die als Hauptziele definierten Kriterien sinnvoll auf einer Metaskala zusammenfassen und ergibt sich über diese Zusammenschau ein verändertes Gruppenprofil?

##### IV.5.1 Ergebnisse auf der Global Outcome Scale

###### IV.5.1.a. Umrechnungsmodus

(s. auch Methodikteil S.74, der 0 Bereich wird bei 10% um den Mittelwert bzw. den Median des Prä-Wertes für die Gesamtgruppe fest gelegt)

*Metaskala für das klinische Outcome nach einem Jahr*

		-1	0	+1		
<b>GAS</b>	<b>Wechsel</b>	kleiner	-5	+5 (10%)	größer	
<b>Basissymptome +</b>	<b>Wechsel</b>	kleiner	-2	+2 (10%)	größer	
<b>Basissymptome -</b>	<b>Wechsel</b>	kleiner	-1	+1 (10%)	größer	
<b>Mehr Hilfe nötig</b>		Einweisg.		wieder TK	keine Einweisg.	
-----						
<b>Summe</b>						
<b>= Klinisches Outcome</b>						

### IV.5.1.b. Verteilungstabelle für die einzelnen Gruppen

**Tab. 19**

Outcome auf der Metaskala (Differenzwerte Post – Prä, bei GAS Prä – Post)

	-1	-1	-1	0	0	0	+1	+1	+1
	Gr. 1 n = 8*	Gr. 2 n = 13*	Gr.3 n = 27*	Gr.1 n = 8	Gr.2 n = 13	Gr.3 n = 27	Gr.1 n = 8	Gr.2 n = 13	Gr.3 n = 27
CGAS	1	2	6	4	6	15	3	5	6
CBS(+)	2	5	11	1	6	8	4	1	7
CBS(-)	3	3	9	2	7	8	2	2	9
(-) Hilfe	2	1	2	2	3	6	4	9	19

\* Bezüglich der Basisstörungen liegen für jeweils einen Patienten aus jeder Gruppe keine Daten vor (aufgrund von Drop-Out oder nicht verwendbaren Daten)

### IV.5.2. Errechnung der Summenwerte für das Globale Outcome und Test auf Gruppenunterschiede

**Tab. 20**

Gruppenwerte und Signifikanzunterschiede für Differenzen „Global Outcome“

Therapiegruppen	Metaskala Zwischenziele (-4 0 +4*) x /s
Gruppe 1 (n = 8)*	+ 0.43 / 1.62
Gruppe 2 (n = 13)*	+ 1.16 / 0.94
Gruppe 3 (n = 27)*	+ 0.85 / 1.78
One-way ANOVA*	F- Wert 0.49 (df 2); p = 0.617

\* Zuvor wurde mit dem Kolmogorov -Smirnov Goodness of Fit Test die Normalverteilung überprüft

### IV.5.3. Überprüfung mit Hilfe von Paired Samples t - Test für eine Probe (Einstichproben-t-Test, Sachs 1993 a, S. 179 - 182), ob sich die erreichten Veränderungen signifikant von 0 unterscheiden

(Null-Hypothese: Veränderungen unterscheiden sich nicht signifikant von 0)

**Tab. 21**

Testung der Veränderungsdifferenzen für jede Gruppe gegen 0

Therapiegruppen	Metaskala Outcome (-4 0 +4*) t-Wert (df); p
Gruppe 1 (n = 8)	t = 0.70 (df 6); p = 0.510
Gruppe 2 (n = 13)	t = 4.31 (df 11); p = 0.001**
Gruppe 3 (n = 27)	t = 2.42 (df 25); p = 0.023*

#### **IV.5.4. Beantwortung von Fragestellung 2B:**

Es ergibt sich in der Zusammenfassung der Werte in der „Metaskala“ sowohl für die Theatergruppe als auch für die Werkstattgruppe insofern ein verändertes Bild, als dass sich die über die Metaskala ermittelten Veränderungen zwischen Prä und Post signifikant von 0 unterscheiden. Inwiefern diesem statistisch signifikanten Ergebnis tatsächlich klinische Relevanz zukommen kann ist anzuzweifeln, da der Umrechnungsmodus der Einzelwerte auf die Metaskala nicht durch klinische Vergleichswerte abgesichert ist. Darüber hinaus stellt der Index für das soziale Funktionieren (GAS) schon in sich eine Metaskala dar, und die Einberechnung einer Metaskala zur Bildung einer neuen Metaskala ist inhaltlich zumindest als fragwürdig anzusehen.

#### **IV.6. Ergebnisse zur Fragestellung 3 „Gibt es für die einzelnen Gruppen und/oder für die Gesamtgruppe einen korrelativen Zusammenhang zwischen dem Erreichen von Zwischenzielen und Hauptzielen?“**

*(Hypothese 3 hierfür lautet: Als am besten evaluierte und standardisierte Methode ist vor allem ein korrelativer Zusammenhang zwischen Haupt- und Zwischenzielen in der mit gesprächsorientierten Methoden arbeitenden Gruppe zu vermuten.)*

##### **IV.6.1. Korrelation zwischen Zwischenzielen und Hauptzielen**

In der Korrelation nach Spearman zwischen den Haupt- und Zwischenzielen differentiell für alle drei Gruppen kann nur eine Korrelation mit statistischer Signifikanz nachgewiesen werden:

- Korrelation zwischen dem Erreichen der Zwischenziele in der Theatergruppe (Gruppe 2) und dem Erreichen der Hauptziele auf der Metaskala für das Outcome von **0.765**\*\*
- (bei n =13 entspricht dies einem  $p = 0.010$ )\*\*

##### **IV.6.2. Beantwortung von Fragestellung 3**

Es lässt sich ein korrelativer Zusammenhang zwischen dem Erreichen der „Zwischenziele“ und dem Erreichen der „Hauptziele“ nur in der Theatergruppe nachweisen. Hier wurde ein hochsignifikanter positiver Zusammenhang zwischen den „Zwischenzielen“ und dem Outcome auf der



„Metaskala“ gefunden. Der in der Hypothese 3 vermutete Zusammenhang für die gesprächsorientierte Gruppe 1 ist dagegen ausgeblieben. Es kann daher behauptet werden, dass es sich zumindest bei den Zwischenzielen der Theatergruppe nicht um Surrogatziele, sondern um Verhaltensveränderungen von klinischer Relevanz handeln könnte. Die Hypothese 3 (Zusammenhang in der gesprächsorientierten Gruppe) wird damit abgelehnt.

#### **IV.7. Zusammenfassung (7) der Ergebnisse von den Fragestellungen 1-3**

- Die differentiellen psychotherapeutischen Verteilungskriterien auf die Maßnahmen wirken sich auf der Ebene der psychopathologischen und Eingangsfaktoren bzw. auf der Ebene des „Globalen sozialen Funktionsniveaus“ aus; dementsprechend gibt es auch Unterschiede in der pharmakologischen Behandlung.
- In allen Gruppen können signifikante Veränderungen für das Erreichen der „Zwischenziele“ nachgewiesen werden.
- In allen Gruppen kann ein positiver klinischer Trend für das Erreichen der „Hauptziele“ nachgewiesen werden, welcher aber keine statistische Signifikanz erreicht.
- Eine positive Korrelation zwischen dem Ausmaß des Erreichens der „Zwischenziele“ und dem der „Hauptziele“ kann nur in der Theatergruppe nachgewiesen werden.

#### **IV.8. Ergebnisse zur Fragestellung 4 „Welche Eingangsfaktoren stehen in einem statistischen Zusammenhang mit dem Erreichen der Zwischenziele, global und differentiell für die einzelnen Therapiegruppen; kommt diesen Faktoren Prädiktorfunktion zu?“ (IV.8.1.-IV.8.3)**

(Hypothese 4 hierfür lautet: *Es gibt Zusammenhänge zwischen Prädiktoren und dem Erreichen von Zwischenzielen, welche für die unterschiedlichen Zwischenziele in den jeweiligen Behandlungsgruppen verschieden sind. Zu den Nebenhypothesen s.III.11. Hypothese 4.a.- c., S. 86*)

**IV.8.1. Gruppenbezogene Analyse von Zusammenhängen zwischen Eingangsfaktoren und Zwischenzielen über Spearman-Rangkorrelation (nominal kodierte Form der Zwischenziele) und  $\chi^2$  (nicht nominal kodierte Form der Zwischenziele)**

**IV.8.1.a. Gruppenbezogene Korrelation zwischen den von -4 und +4 kodierten Zwischenzielen und allen Eingangsfaktoren, die sich auf einem ordinalen Skalenniveau befinden**

Verfahren: Spearman-Rangkorrelationen

**Ergebnis:** Es konnten in keiner einzelnen Gruppe signifikante Korrelationen zwischen den nicht nominal kodierten Zwischenzielen und den nicht nominalen Eingangsfaktoren festgestellt werden.

**IV.8.1.b. Gruppenbezogene Testung der nominal umkodierten Zwischenziele mit den sich auf nominalen Skalenniveau bewegendem Eingangsfaktoren über  $\chi^2$**

**Tab. 22**

Zusammenhang der Zwischenziele in den Gruppen zu den nominal kodierten Eingangsfaktoren

Nominale Eingangsfaktoren	Zwischenziel Gesprächsgruppe*1 (n = 8) $\chi^2 / (df); p$	Zwischenziel Theatergruppe (n = 13) $\chi^2 / (df); p$	Zwischenziel Werkstattgruppe (n = 27) $\chi^2 / (df); p$
Diagnosegruppe	-/-	$\chi^2 = 1.67 / (df 1)$ p = 0.197	$\chi^2 = 0.40 / (df 1)$ p = 0.525
Geschlecht	-/-	$\chi^2 = 1.67 / (df 1)$ p = 0.197	$\chi^2 = 1.45 / (df 1)$ p = 0.228
Berufsausbildung	-/-	$\chi^2 = 0.09 / (df 1)$ p = 0.764	$\chi^2 = 0.57 / (df 1)$ p = 0.452
Berufstätigkeit	-/-	$\chi^2 = 2.00 / (df 2)$ p = 0.368	$\chi^2 = 0.75 / (df 2)$ p = 0.687
Zivilstand	-/-	$\chi^2 = 1.11 / (df 1)$ p = 0.292	$\chi^2 = 0.77 / (df 2)$ p = 0.680

\*1 Die Gesprächsgruppe konnte aufgrund der zu geringen Fallzahlen für dieses Testverfahren nicht einbezogen werden

**Zusammenfassung (8) für IV.8.1.b.:**

Es lassen sich für *keine* der psychopathologischen, psychologischen und krankheitsbezogen-demographischen Eingangsfaktoren differentiell in den einzelnen Gruppen korrelative Zusammenhänge mit den Zwischenzielen nachweisen

## IV.8.2. Suche nach globalen statistischen Zusammenhängen zwischen Zwischenzielen und Eingangsfaktoren über t-Tests bzw. einfache Mediantests

### IV.8.2.a. Verfahren

Herabstufung der Zwischenziele von einer Ordinal- auf eine Nominalskala (-4 bis 1 = 0, 2 bis 4 = 1), um eine größere Trennschärfe zu erreichen. Es folgt dann die Testung mit den anderen, nicht stetigen Merkmalen über **einen t-Test für unabhängige Stichproben** (Sachs 1993 a, S. 74 – 75), (bzw. einfachen Mediantest bei ebenfalls nominal kodierten Merkmalen)

**Tab. 23**

Gruppenerteilung des nominal umkodierten Merkmales „Erreichte Zwischenziele“

Erreichen der Zwischenziele	0=kein.deutlicher Fortschritt	1= deutlicher Fortschritt
Gesprächsgruppe ( n = 8)	5	3
Theatergruppe ( n = 13)	6 (+ 3 drop outs)	4
Werkstattgruppe ( n = 27)	8 (+ 5 drop outs)	14
Gesamt ( n = 48)	19 (+ 8 drop outs)	21

## IV.8.2.b. Globaler Zusammenhang der nominal kodierten Zwischenziele zu den Eingangsfaktoren

**Tab. 24**

Globaler Zusammenhang der nominalen Zwischenziele zu den Eingangsfaktoren

Merkmale	t-Wert/ $\chi^2$ (df) ; p	Merkmale	t-Wert/ $\chi^2$ (df); p
<b>Psychopathol.</b>		<b>Demographisch</b>	
GAS(1)	-/-	Alter	-/-
BS 1	-/-	Geschlecht (2)	-/-
BS 2	-/-	Ausbildung (2)	-/-
BS 3	-/-	Berufsaus-bildung (2)	-/-
BS 4	-/-	Berufstätigkeit (2)	-/-
BS 5 (+)	-/-	Zivilstand (2)	-/-
BS 6 (-)	-/-		
<b>Psychologisch</b>		<b>Krankheits-Bezogene</b>	
Internale Attr. (I).	-/-	Diagnosegr.	-/-
Externale Attr. (P)	-/-	Behandlungs-stufe (2)	-/-
Fatalistische Attr. (C)	<b>t-Wert= 2.24 (df 37.6) p= 0.031*</b>	Krankheitsdauer (1)	-/-
Interesse Kunst	-/-	Stationäre Behand- lung (2)*1	<b>Median = 2 <math>\chi^2= 4.85</math> p= 0.028*</b>
Gemessene PTM	-/-	Stationäre Monate	-/-
Beobachtete PTM (1)	-/-		

(1) Nicht normal verteilte Merkmale auf Ordinalskalenniveau wurden über einen einfachen Median-Test überprüft (Sachs 1993, S. 102); hierbei wurden die Patienten mit den Zwischenzielen 0 und den Zwischenzielen 1 unabhängig voneinander gesammelt in ihren Medianabweichungen bei den zu testenden Merkmalen („Anzahl der stationären Behandlungen“, „stationäre Monate“, „Beobachtete Motivation“) gegen einander auf eine Vierfeldertafel aufgetragen.

(2) Die Testung der übrigen Merkmale erfolgte über t-Test bei unabhängigem Erfassen der nominal kodierten Zwischenziele; bei den nominal kodierten Eingangsfaktoren erfolgte eine Testung über  $\chi^2$ .

\*1 über den ebenfalls hier zulässigen „Mann-Whitney U-Wilcoxon Rank Sum W- Test“ ergibt sich für das Merkmal Anzahl „Stationäre Behandlungen“ sogar bei einem z = -2.68 ein p = 0.0074\*\*, also eine Irrtumswahrscheinlichkeit von kleiner als 1 %

Es gibt sich somit für die globale Analyse der Zusammenhänge zwischen Zwischenzielen und Eingangsfaktoren ein Zusammenhang

- zu einer gering ausgeprägten „external-fatalistischen Attribuierung“ (kleines C)
- zu einer geringen „Anzahl von stationären Aufenthalten“ (kleines NH).

### **IV.8.3. Analyse, welche Eingangsfaktoren sich als globale Prädiktoren für das Erreichen von Zwischenzielen qualifizieren**

#### **IV.8.3.a. Verfahren**

Zunächst erfolgte in der Gesamtpopulation eine Normalisierung der Ausgangsmerkmale (z-Transformation nach Sachs 1993, S. 50); mit den auf diese Weise normalisierten Merkmalen wurde daraufhin für die Gesamtpopulation eine schrittweise Regressionsanalyse durchgeführt. Dieses Verfahren zählt zu den multivariaten Methoden. Es werden schrittweise Korrelationen mehrerer unabhängiger Variablen zu einer abhängigen Variable erstellt und bei jedem Schritt die Variablen mit geringem F-Wert verworfen. Das Toleranzkriterium für den Einschluss liegt dabei bei 0.0001.

Das Procedere wird so lange fortgesetzt, bis ein signifikanter F-Wert erreicht wird, d.h. die unabhängigen Variablen herausgefunden werden die als Prädiktoren den Wert der abhängigen Variable am besten vorhersagen können.

Es wurden hier auch die zusätzlichen Behandlungsfaktoren „Medikamente“ und „zusätzliche Psychotherapie“ in die Auswahl der unabhängigen Variablen einbezogen.

#### **IV.8.3.b. Ergebnisse**

Es konnten folgende Prädiktoren ermittelt werden, die eine Aufklärung der Gesamtvarianz von 44.1 ermöglichen

- *niedrige Krankheitsdauer: (t-Wert = -3.62) mit  $p = 0.0016$*
- *niedrige dysthym-asthenische Basisstörungen (BS2): (t-Wert = -2.51) mit  $p = 0.025$*

#### **IV.8.4. Beantwortung von Fragestellung 4**

Es lassen sich bezüglich der Prädiktoren für das Erreichen der Zwischenziele *keine* differentiellen Ergebnisse für die einzelnen Gruppen feststellen. Erst nach Umkodierung des Merkmales auf eine Nominalskala sowie unter Verwendung der Gesamtstichprobe werden Gruppengrößen für den Nachweis von statistischen Signifikanzen erreicht.

Damit muss sowohl die Hypothese 4 „*Es gibt Zusammenhänge zwischen Prädiktoren und dem Erreichen von Zwischenzielen, welche für die unterschiedlichen Zwischenziele in den jeweiligen Behandlungsgruppen verschieden sind*“ ebenso abgelehnt werden wie die damit in Zusammenhang stehenden Nebenhypothesen (4a-c) für die Art der vermuteten Zusammenhänge in den einzelnen Gruppen.

Für die Gesamtstichprobe ergibt sich so ein statistischer Zusammenhang für das Erreichen der Zwischenziele:

- zu einer gering ausgeprägten „*external-fatalistischen Attribuierung*“ (kleines C)
- zu einer geringen „*Anzahl von stationären Aufenthalten*“ (kleines NH).

Unter Einbeziehung der erweiterten Statistik mit Hilfe der schrittweisen Regressionsanalyse werden als Faktoren, die das Erreichen der Zwischenziele für die Gesamtgruppe mit einer Wahrscheinlichkeit von über 44% vorhersagen können und damit als Prädiktoren in Erscheinung treten, folgende genannt:

- eine geringe „*Krankheitsdauer*“ (kleines TC) sowie
- wenig ausgeprägte „*dysthym-asthenische Basisstörungen*“ (kleines B2).

In der Zusammenschau erweisen sich solche Faktoren für das Erreichen der Zwischenziele als hinderlich, die mit einem schwierigen chronifizierten Krankheitsverlauf (lange „*Krankheitsdauer*“, viele „*stationäre Wiederweisungen*“) sowie damit verbundenen Befindlichkeitsstörungen (depressive Gefühlsstörungen) und Kognitionen („*external-fatalistische Attribuierung*“) in Verbindung stehen.

Das Aufzeigen eines solchen negativ prädizierenden Zusammenhangs von Verlauf, Symptomen und Kognitionen ist dabei nicht nur für das Verständnis von schizophrenen Verlaufsprozessen und ihrer möglichen Beeinflussung (s. Einleitung), sondern auch für den Erfolg von therapeutischen Interventionen von hoher Relevanz.

#### **IV.9. Ergebnisse zur Fragestellung 5 (IV.9.1.-IV.9.2.)**

Welche Eingangsfaktoren stehen in einem statistischen Zusammenhang mit dem Erreichen der Hauptziele in der Gesamtgruppe, kommt diesen Faktoren Prädiktorfunktion zu?“

(Es wurden hier entsprechend den Studien von Marneros et al. (1991) sowie Biel et al. (1987) negative Prädiktoren wie „*männliches Geschlecht*“, „*niedrige soziale Herkunftsschicht*“ sowie „*Tendenz zur sozialen Zurückgezogenheit*“ erwartet)

Anmerkung:

Auf eine Überprüfung differentieller Prädiktoren für die einzelnen Behandlungsgruppen wurde an dieser Stelle verzichtet, da im Zentrum dieser Arbeit der differentielle Zusammenhang von Zwischenzielen zu den anderen Faktoren evaluiert werden soll.

Das Aufzeigen der globalen Zusammenhänge für die Hauptziele zu den Eingangsfaktoren dient an dieser Stelle der Überprüfung, ob sich über gemeinsame Prädiktoren für Zwischenziele und Hauptziele Hypothesen für einen durch zusätzlichen Faktoren vermittelten (indirekten) Zusammenhang zwischen Haupt- und Zwischenzielen stellen lassen.

Das Aufzeigen der differentiellen Zusammenhänge für die Hauptziele soll an anderer Stelle erfolgen.

#### IV.9.1. Globale Suche nach Prädiktoren über eine schrittweise Regressionsanalyse

**Tab. 25**

Regressionsanalyse für Hauptziele (aufgeführt sind hier nur die Prädiktoren, die eine Aufklärung der Gesamtvarianz von über 30% haben)

<b>Schrittweise Regressionsan.</b> Eingangsfaktoren mit allen Hauptzielen als abhängige Variablen (n = 48) C = Change	Aufklärung der Gesamtvarianz (R <sup>2</sup> )	Gefundene Prädiktoren (1)	Gewichtung der Prädiktoren t-Wert / p
<b>CBS1</b> (paranoid.-halluzinatorisch)	<b>56.5</b>	<b>BS1, -P</b>	<b>5.83 / 0.000***</b> <b>-3.76 / 0.001 **</b>
<b>CBS2</b> (dysthymasthenisch)	<b>&lt; 30</b>	-	-
<b>CBS3</b> (kognitiv-intentional)	<b>61.1</b>	<b>BS4, -P, -I, SX</b>	<b>3.99 / 0.001***</b> <b>-5.32 / 0.000***</b> <b>-2.46 / 0.021*</b> <b>2.17 / 0.039*</b>
<b>CBS4</b> (sensorisch-perzeptiv)	<b>56.4</b>	<b>BS4, -P, TH</b>	<b>4.67 / 0.000***</b> <b>-3.70 / 0.001***</b> <b>2.46 / 0.021*</b>
<b>CBS5 +</b> (positive-Summe)	<b>36.3</b>	<b>BS5, -P</b>	<b>3.56 / 0.0001***</b> <b>-3.314 / 0.006**</b>
<b>CBS6 -</b> (negative-Summe)	<b>30</b>	<b>BS6</b>	<b>3.51 / 0.015*</b>
<b>CGAS</b> (CGlobal Assessment Scale)	<b>44.5</b>	<b>-GAS, SP (2)</b>	<b>-4.54 / 0.000***</b> <b>2.94 / 0.006**</b>
Mehrinanspruchnahme station. Hilfen	<b>&lt; 30</b>	-	-
<b>Global Outcome</b>	<b>&lt; 30</b>	-	-

(1) Wie bei der Analyse für die Zwischenziele erfolgte zunächst eine z-Transformation der Eingangskriterien

(2) Es erfolgte ein Einbezug der zusätzlichen Behandlungsfaktoren „Medikamente“ und „Zusätzliche Psychotherapie“

#### IV.9.2. Beantwortung von Fragestellung 5

Neben den Tendenzen, dass ein hohes Störungsniveau (also niedrige Werte in der „GAS“ und hohe Werte bei den „Basisstörungen“) die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Verbesserungen ebenfalls hoch ausfallen, ist interessant, dass für vier Gruppen von „Basisstörungen“ ein geringer Glaube, dass andere Menschen entscheidenden Einfluss für die Ereignisse des eigenen Lebens ausüben (niedriges „P“), die Wahrscheinlichkeit für eine Verbesserung bei den jeweiligen „Basisstörungen“ erhöht. Dies erscheint dadurch nachvollziehbar, dass wie in anderen Studien (u.a. Kaney u. Bentall 1989) eine Kopplung zwischen hoher „Externalität“ und ausgeprägten „paranoid halluzinatorischen Symptomatik“ vermutet wird.

Warum eine Verbesserung der „kognitiv-intentionalen Basisstörungen“ durch eine niedrige „Internalität“ (I) prädiziert wird, scheint dagegen ebenso schwer verstehbar zu sein wie die positive Prädiktorfunktion des „männlichen Geschlechts“ für „CBS 3“.

Ebenfalls diskussionswürdig ist die Kopplung zwischen einer niedrigen „Stationär verbrachten Lebenszeit“ (TH) und einer Verbesserung bei den „sensorisch-perzeptiven Basisstörungen“ sowie die Beobachtung, dass ein hohes Ausgangsniveau bei den „sensorisch-perzeptiven Basisstörungen“ eine Verbesserung der „kognitiv-intentionalen Basisstörungen“ prädiziert und nicht etwa ein hohes Ausgangsniveau letzterer.

Aus pharmakologischer Sicht ist bemerkenswert (s. hierzu auch Hogarty et al. 1979), dass eine „Depot-Medikation“ (SP) eine Verbesserung im „Globalen sozialen Funktionsniveau“ mit prädiziert (wobei hier auch eine Kopplung zwischen „Depot-Medikation“ und niedrigem sozialen Ausgangsniveau mit verursachend sein könnte).

Deutlich wird anhand der globalen Analyse des Einflusses der Eingangsfaktoren auf das klinische Outcome („Hauptziele“) folgendes:

Die Prädiktoren sind auf so umfangreiche Weise miteinander vernetzt, dass eine abschließende Analyse aller Prädiktoren auch die genauere Erfassung aller Interkorrelationen mit einschließen müsste, was den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Deshalb soll in einer weitergehenden Besprechung der Versuch unternommen werden, sich bei dem Aufzeigen des Zusammenspiels der wirksamen Zusammenhänge auf eine Gruppe von Prädiktoren zu beschränken, denen sowohl für das Erreichen der „Hauptziele“ als auch für das der „Zwischenziele“ eine Prädiktorstellung zugesprochen werden kann: es handelt sich dabei um die „Psychologischen Faktoren“.



#### **IV.10. Zusammenfassung (9) für Fragestellung 4 und 5**

Es lässt sich sowohl bei den Prädiktoren für die „Zwischenziele“ als auch bei den Prädiktoren für die „Hauptziele“ ein Zusammenhang zwischen subjektiver Krankheitsbeeinträchtigung („Basisstörungen“), vorausgegangener Chronifizierung („Stationär verbrachte Zeit“) und Strategie der Attribuierung (externaler „Locus of Control“) ausmachen.

Einer Konstellation zwischen chronischem Verlauf mit ausgeprägter primärer Negativsymptomatik und mangelnden Selbstwirksamkeitserfahrungen (niedriges „I“), aus der heraus sich aufgrund von sozialem Rückzug und damit verbundenem Verstärkungs- und Selbstwirksamkeitsverlust eine zusätzliche sekundäre Minussymptomatik ausbilden würde, könnte somit eine die Chronifizierung begünstigende Funktion zukommen. Dies würde sich dann sowohl auf den Erfolg bei therapeutischen Anforderungen („Zwischenziele“) als auch auf den weiteren Krankheitsverlauf („Hauptziele“) auswirken.

Auch wenn diese Hypothese innerhalb des vorliegenden Designs nicht angemessen überprüft werden kann - die psychologischen und verlaufsbezogenen Faktoren wurden nur im Querschnitt erfasst - soll im Hinblick auf weitere Studien eine weitere Analyse der „Psychologischen Eingangsfaktoren“ unternommen werden. Fragestellung ist hierbei, ob sich weitere Hinweise für einen vermittelten indirekten Zusammenhang zwischen Haupt- und Zwischenzielen finden lassen.

Aus methodologischer Sicht würde man sich dabei auf der Ebene der Hypothese 1c **„Synergismus zwischen Verbesserung künstlerischer Leistungen und klinischen Verbesserungen (Hauptziele) über eine Veränderung kognitiver Einstellungen** – indirekter Zusammenhang (III.4.1, S.62)“ bewegen.

Sollten sich Hinweise für einen solchen vermittelnden Zusammenhang zwischen den „Hauptzielen“ und den „Zwischenzielen“ finden lassen, könnte künstlerisches Handeln durch Effekte sozialer Partizipation genau an der Schnittstelle zwischen tatsächlichem sozialem Rückzug und antizipiertem weiteren Versagen eine kognitive Korrektur vornehmen. Indizien für derartige Zusammenhänge sollen ferner anhand der „Teilnehmenden Beobachtungen“ im qualitativen Teil zusätzlich überprüft werden.

Wichtig ist es, hervorzuheben, dass der Schwerpunkt der Auswertung nicht auf das Aufzeigen einzelner korrelativer Zusammenhänge zu legen ist (diese unterliegen häufig zufälligen Einflüssen), sondern dass für die einzelnen Faktoren ein spezifisches Korrelationsprofil erstellt werden soll, welches als Voraussetzung für das Aufstellen von Hypothesen über die Funktionalität der einzelnen Faktoren dienen kann.

## IV.11. Ergebnisse zur Fragestellung 6

Lassen sich die (psychologischen) Eingangsfaktoren, bei denen sich sowohl zu den Haupt- als auch zu den Zwischenzielen statistische Zusammenhänge finden lassen, bezüglich ihrer Stellung zu den anderen Eingangsfaktoren genauer analysieren? (Gleichzeitig erster Schritt zur Überprüfung der Hypothese des indirekten Zusammenhangs zwischen Haupt- und Zwischenzielen (s. Methodikteil, III.4.1., S.63, 1c).

### IV.11.1. Korrelationen der psychologischen Eingangsfaktoren mit den Haupt- und Zwischenzielen

Korrelationen sind überwiegend auf der Ebene von übergeordneten Kontrollüberzeugungen gefunden worden:

- niedrige „*external-fatalistische Kontrollüberzeugungen*“ (-C) korrelieren negativ mit dem globalen Erreichen der „*Zwischenziele*“
- niedrige „*external-soziale Kontrollüberzeugungen*“ (-P) sind ein Prädiktor für die Verbesserung von „*Basisstörungen nach einem Jahr*“ (insbesondere aus dem positiven Spektrum)

### IV.11.2. Zusammenhang zwischen den psychologischen Faktoren (nur statistisch signifikante Zusammenhänge)

#### Anmerkung 1

(1) Für die Erfassung der gemessenen Psychotherapiemotivation wurde die zuvor als Summscore verschlüsselte „Gemessene Psychotherapiemotivation“ in folgende Unterskalen aufgeteilt:

<b>LD</b>	= <b>Psychischer Leidensdruck</b> , + PTM
<b>ZW</b>	= <b>krankheitsbezogene Zuwendung durch Andere</b> , - PTM
<b>HO</b>	= <b>Hoffnung</b> , + PTM
<b>VH</b>	= <b>Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit</b> , - PTM
<b>IN</b>	= <b>Initiative</b> , + PTM
<b>WI</b>	= <b>Wissen</b> , - PTM)

( „+“ und „-“ PTM geben dabei die Ausrichtung an, mit der die Skalen in den anschließenden Summscore für die Psychotherapiemotivation eingehen)

**Tab. 26**

Korrelation der psychologischen Faktoren

Sp.m n =48	I	P	C	LD(1)	ZW(1)	HO(1)	VH(1)	IN(1)	WI(1)	Ptm gem.	Ptm.b eob
I	1.000	-	-	-	<b>0.396</b> *	<b>0.382</b> *	-	-	-	-	-
P	-	1.000	<b>0.615*</b> **	-	-	(-) <b>0.395</b> **	<b>0.315</b> *	-	-	-	-
C	-	<b>0.615*</b> **	1.000	-	-	(-) <b>0.295</b> *	<b>0.330</b> *	-	-	-	-
LD+	-	-	-	1.000	-	(-) <b>0.381</b> **	<b>0.337</b> *	-	<b>0.396</b> **	-	-
ZW-	<b>0.367*</b>	-	-	-	1.000	-	-	-	<b>0.378</b> **	<b>0.550</b> ***	-
HO+	<b>0.382*</b>	(-) <b>0.395</b> **	(-) <b>0.295</b> *	(-) <b>0.381</b> **	-	1.000	-	-	-	-	-
VH-	-	<b>0.315*</b>	<b>0.330</b> *	<b>0.337</b> *	-	-	1.000	-	-	-	-
IN+	-	-	-	-	-	-	-	1.000	-	-	-
WI+	-	-	-	<b>0.396</b> **	<b>0.378</b> **	-	-	-	1.000	<b>0.636</b> ***	-
PTM gem.	-	-	-	<b>0.550</b> ***	-	-	-	<b>0.636</b> ***	<b>0.339</b> *	1.000	-
PTMb eob	<b>0.309</b> *	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.000

Anmerkung 2

(2) Das Merkmal „**Interesse an Kunst**“, welches ebenfalls mit korreliert wurde, ist hier der Übersicht wegen weggelassen worden. Es ergab sich für dieses Merkmal nur ein korrelativer Zusammenhang mit einem Korrelationskoeffizienten von 0.373\*\* (p = kleiner als 0.01), und zwar mit dem Merkmal „**Beobachtete Psychotherapiemotivation**“.

Ergebnisse für IV.11.2:

- „I“ (internale Attribution) ist signifikant positiv mit „*Krankheitsbezogener Zuwendung*“ (ZW) und „*Hoffnung*“ (HO) korreliert. Ferner gibt es einen negativen Zusammenhang zu „*external-sozialer (P) und fatalistischer Attribution (C)*“ sowie ein positiver Zusammenhang mit „*Beobachteter Psychotherapiemotivation*“.
- „P“ (externale Attribution) ist, außer den bereits genannten Zusammenhängen, signifikant positiv mit „*fatalistischer Attribution*“ (C) und „*Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit*“ (VH) korreliert. Ferner gibt es eine hochsignifikante negative Korrelation mit dem Faktor „*Hoffnung*“ (HO).

- „C“ (fatalistische Attribution) ist, außer den schon genannten Zusammenhängen, ähnlich wie P, positiv mit „*Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit*“ (VH) und negativ mit „*Hoffnung*“ (HO) korreliert. Die dabei genannte negative Korrelation ist dabei allerdings nicht hochsignifikant wie bei „P“.

Die Einzelfaktoren für die „*Gemessene PTM*“ weisen, neben den schon erwähnten Korrelationen zu den Attributionsfaktoren, folgende Zusammenhänge auf:

- „*Leidensdruck*“ (LD) ist positiv mit „*Wissen*“ (WI) korreliert. Auffällig ist die negative Korrelation mit „*Hoffnung*“ (HO) und insbesondere die positive Korrelation mit „*Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit*“ (VH).
- Für „*Krankheitsbezogene Zuwendung*“ (ZW) besteht, ähnlich wie bei „*Leidensdruck*“, ein hochsignifikanter Zusammenhang zu „*Wissen*“.
- „*Hoffnung*“ (HO) ist, wie schon oben erwähnt, als einziges Konstrukt aus dem PTM-Fragebogen mit allen drei Attributionsfaktoren verknüpft. Auf den negativen korrelativen Zusammenhang zu „*Leidensdruck*“ (LD) wurde ebenfalls bereits hingewiesen.
- „*Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit*“ (VH): Die Zusammenhänge mit „P“, „C“ und „LD“ wurden bereits genannt.
- „*Initiative*“ (IN) weist als einziger Faktor keinen korrelativen Zusammenhang zu den anderen Faktoren auf
- „*Wissen*“ (WI): Die Zusammenhänge mit „*Leidensdruck*“ (LD) und „*Krankheitsbezogener Zuwendung*“ (ZW) wurden bereits genannt. Es gibt keinen korrelativen Zusammenhang zwischen „*Wissen*“ und den Attribuierungsstilen

Auffällig für den „*Summenfaktor der Gemessenen PTM*“ ist, dass nur die Einzelfaktoren „*Leidensdruck*“, „*Initiative*“ und „*Wissen*“ mit ihm in einem korrelativen Zusammenhang stehen, obgleich bei seiner Bildung alle Skalen in gleichgewichteter Stärke berücksichtigt wurden. Dies könnte zu der Vermutung Anlass geben, dass bei schizophrenen Patienten insbesondere die Skalen „*Hoffnung*“ (HO), „*Krankheitsbezogene Zuwendung*“ (ZW) und „*Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit*“ (VH) eine andere Funktionalität für die Aufklärung der Motivationsstruktur als bei neurotischen Patienten haben, für die dieser Fragebogen entwickelt wurde.

Ferner ist auffällig, dass die „Beobachtete Motivation“ zum Behandlungsbeginn keinen korrelativen Zusammenhang zur „Gemessenen PTM“ wohl aber zur „Internalen Attribuierung“ aufweist. Der Faktor „Beobachtete PTM“ weist ferner einen positiven Zusammenhang mit dem Faktor „Interesse an Kunst“ (INA) auf, was sich über den interessengeteuerten Auswahlmodus überwiegend in der Werkstattgruppe gut erklären lässt.

### IV.11.3. Zusammenhang zwischen den psychologischen Faktoren zu den anderen Faktoren (IV.11.3.a.-IV.11.3.b)

#### IV.11.3.a. Korrelation der psychologischen Faktoren mit den klinischen Eingangsfaktoren

Tab. 27

Korrelationen zwischen psychologischen und klinischen Eingangsfaktoren

Sp.mn = 48	I	P	C	LD	ZW	HO	VH	IN	WI	PTMg em.	PTM beob
GAS	0.397 **	-	-	-	-	0.389 *	-	-	-	-	0.562 ***
BS 1	(-) 0.365 *	0.470 ***	0.382 **	0.519 ***	-	(-) 0.485 **	0.355 *	-	0.362 *	-	-
BS 2	-	-	-	0.415 **	-	(-) 0.316 *	0.130	-	-	-	-
BS 3	(-) 0.324 *	0.383 **	0.391 **	0.389 **	-	(-) 0.418 **	0.432	-	-	-	-
BS 4	-	0.386 *	-	0.336 *	-	(-) 0.380 *	0.450 **	-	-	-	-
BS 5	(-) 0.321 *	-	0.292 *	0.359 *	-	(-) 0.347 *	0.267	-	-	-	-
BS 6	-	0.435 **	0.419 **	0.445 **	-	(-) 0.446 **	0.407	-	-	-	-

#### Ergebnisse für IV.11.3.a.

- „Internalität“ (I) ist hochsignifikant positiv mit dem „Globalen sozialen Funktionsniveau“ (GAS) korreliert. Ferner ergeben sich negative Korrelationen zu den Basisstörungen („BS1“, „BS3“, „BS5“), die eher dem positiven Symptomspektrum zugeordnet werden können.
- „Externalität“ (P) zeigt keine Korrelation zum „Globalen Sozialen Funktionsniveau“, zeigt aber höherwertiger positive Korrelationen zu den Basisstörungen als „I“ negative aufgewiesen hat. Das Profil

betrifft dabei sowohl hochsignifikant „BS1“ („*paranoid- halluzinatorische BS*“) und „BS3“ („*kognitiv intentionale BS3*“) als auch „BS6“ („Summenfaktor für die negativen BS“) sowie einfach signifikant „BS4“ („*sensorisch - perzeptive BS*“). Eine Zuordnung auf ein Positiv- oder Negativspektrum wie bei „I“ scheint vor diesem Hintergrund nicht eindeutig möglich zu sein.

- „*Fatalismus*“ (C) zeigt ebenfalls keinen Zusammenhang zum „*Globalen sozialen Funktionsniveau*“ und auch wie „P“ eine diffuse Verteilung bezüglich der negativen Korrelationen zu den „BS“. Es werden bei diesen Korrelationen signifikante bis hochsignifikante Werte für „BS1“, „BS3“ und „BS5“ („*Summenfaktor für positive BS*“) und „BS 6“ erreicht.

Auffällig für alle Attributionsfaktoren ist, dass nur zu „BS2“ („*dysthymasthenische BS*“) keinerlei statistische Zusammenhänge vorliegen. Ferner unterscheidet sich „*Internalität*“ (I) in seinem Korrelationsprofil keinen Bezug zu den negativ akzentuierten „BS“ und hochsignifikanter Bezug zur „GAS“ deutlich von „*Externalität*“ (P) und „*Fatalismus*“ (C). Soziale und fatalistische „*Externalität*“ weisen in ihrem Profil zu den „*Klinischen Eingangsfaktoren*“ überwiegend Übereinstimmung auf.

Die Einzelfaktoren für die „*Gemessene PTM*“ weisen, neben den schon erwähnten Korrelationen zu den Attributionsfaktoren, folgende Zusammenhänge auf:

- „*Leidensdruck*“ (LD) zeigt signifikante positive Korrelationen zu allen „BS“, aber keinen Zusammenhang zum „*Globalen sozialen Funktionsniveau*“ (GAS).
- „*Krankheitsbezogene Zuwendung*“ (ZW) zeigt wie „*Initiative*“ (IN) und auch der Summenfaktor für „*Gemessene PTM*“ keinerlei korrelative Zusammenhänge zu den Basisstörungen auf.
- „*Hoffnung*“ (HO) tritt dagegen, wie auch in den vorherigen Korrelationen zu den Attributionsfaktoren, als hochrelevanter Faktor in Erscheinung, da er als einziger Subfaktor der „*PTM*“ zu allen „BS“ signifikant negative und zum „*Globalen Sozialen Funktionsniveau*“ signifikant positive Zusammenhänge aufweist.
- „*Wissen*“ (WI) zeigt eine signifikante positive Korrelation zu „BS1“ („*paranoid-halluzinatorische BS*“) auf.

- Auffällig ist, dass die „*Beobachtete Therapiemotivation zum Behandlungsbeginn*“ (beobachtete PTM) eine hochsignifikante positive Korrelation zum „*Globalen sozialen Funktionsniveau*“ (GAS) aufweist. Ansonsten zeigt sie keine korrelativen Zusammenhänge zum Profil der „*Basisstörungen*“.

### **Zusammenfassung (10) für IV.11.2. und IV.11.3.a.**

Es liegen als klinisch bedeutsam einzuschätzende Zusammenhänge zwischen den psychologischen Faktoren untereinander wie auch zu den psychopathologischen Startfaktoren vor. „*Internalität*“ scheint hierbei ein besonderes Korrelationsprofil aufzuweisen, während „*Soziale Externalität*“ und „*Fatalistische Attribution*“ gegenüber den anderen psychologischen Faktoren und gegenüber den psychopathologischen Faktoren vergleichbare Zusammenhänge zeigen.

Die „*Gemessene Psychotherapiemotivation*“ scheint in der Stichprobe vor allem vom „*Psychischen Leidensdruck*“ (LD), von der „*Initiative*“ (IN) und vom „*Krankheitsbezogenen Wissen*“ (WI) abzuhängen. Auf die Sonderstellung von dem Faktor „*Hoffnung*“ (HO), der sowohl zu fast allen psychologischen Faktoren als auch zu allen psychopathologischen Faktoren signifikante korrelative Zusammenhänge aufweist, wurde bereits hingewiesen.

Die „*Beobachtete PTM*“ ist, da bewusst das Vorinteresse der Patienten für die Auswahl insbesondere in die Werkstattgruppe berücksichtigt wurde, nachvollziehbar mit dem „*Interesse an Kunst*“ korreliert. Interessant und weiter diskussionswürdig ist die hoch signifikante Korrelation der „*Beobachteten PTM*“ zum „*Globalen sozialen Funktionsniveau*“ (GAS) sowie zu einem „*Internalen Attribuierungsstil*“.

### IV.11.3.b. Zusammenhang zu den demographischen und verlaufsbezogenen Eingangsfaktoren

**Tab. 28**

Korrelation der psychologischen Faktoren mit den demographischen und verlaufsbezogenen Eingangsfaktoren

Sp.mn=48	I	P	C	LD	ZW	HO	VH	IN	WI	PTM gem.	PTM beob.
Alter	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ausbildg	0.417**	(-) 0.338*	-	-	-	-	-	-	-	-	0.551***
Rehastufe(1)	-	0.384**	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erkr.zeit	-	0.343*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zahlstation.	-	-	0.365*	-	-	-	0.310*	-	-	-	-
Zeitstation.	(-) 0.343*	-	0.299*	-	(-) 0.377**	-	-	-	-	-	-

(1) Rehastufe ist von vollstationär bis nur noch Individualkontakt mit dem Bezugstherapeuten bei überwiegend geschützter Arbeit von 1-4 kodiert worden (s. Tab. 2, S.90).

**Tab. 29**

t-Test bei unabhängigen Stichproben zwischen den psychologischen Faktoren und den nominalen demographischen und verlaufsbezogenen Faktoren; es werden nur die statistisch signifikanten Ergebnisse aufgeführt

Demograph. Nominal	I	P	C	PTM gem..*1	PTM beob.
	t-Wert/(df);p	t-Wert/(df);p	t-Wert/(df);p	t-Wert/(df);p	t-Wert/(df);p
Verlaufsgruppe (ICD,F)	t= 0.032 (df 41) <b>p= 0.032*</b>	-/-	-/-	-/-	-/-
Geschlecht	t= 2.47 (df 42.5) <b>p= 0.009**</b>	-/-	-/-	-/-	-/-
Beruf gelernt	t= -2.71 (df 42.68) <b>p= 0.010**</b>	-/-	-/-	-/-	-/-
Berufstätigkeit	t= 3.67 (df 3.8) <b>p= 0.023*</b>	-/-	-/-	-/-	-/-
Zivilstand	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-

\*1 die Zusammenhänge zwischen den Unterfaktoren der „Gemessenen PTM“ mit den demographischen und verlaufsbezogenen Faktoren waren nur gering ausgeprägt, so dass sie hier der Übersicht halber weggelassen wurden.



### Ergebnisse für IV.11.3.b.

Es lassen sich an dieser Stelle besonders eindrucksvoll Zusammenhänge zwischen „*Krankheitsverlauf*“ und „*Attributionsstilen*“ aufzeigen, ebenso wie zwischen „*Bildungsstatus*“ und „*Attributionsstilen*“.

#### *Bildungsstatus und Attributionsstile*

Ein höherer „*Ausbildungsstatus*“ ist hochsignifikant mit einer „*internen Attribution*“ (+I) positiv korreliert und signifikant negativ mit der Überzeugung, dass Andere überwiegend für die Ereignisse des eigenen Lebens verantwortlich sind („*-P*“). Es gibt ebenfalls einen Zusammenhang zur augenblicklichen „*Beschäftigungsperspektive*“ (Beruf gelernt) und zum augenblicklichen „*Beschäftigungsstatus*“ (Berufstätigkeit) i.S. eines signifikanten positiven Zusammenhangs zur „*Internalen Kontrollüberzeugung*“.

Auch die Bereitschaft, sich auf neue psychotherapeutische Maßnahmen einzulassen („*Beobachtete PTM*“), zeigt mit dem „*Ausbildungsstatus*“ - ebenso wie ein schon vorhandenes „*internales Attribuierungsmuster*“ - einen positiven Zusammenhang.

#### *Krankheitsverlauf und Attributionsstile*

Sowohl die „*Anzahl der stationären Aufenthalte*“ als auch ihre „*Gesamtzeit*“ stehen in einem korrelativen Zusammenhang zu einem „*external-fatalistischen Attribuierungsstil*“ (+C). Bei der „*Gesamtzeit*“ lässt sich sogar noch ein zusätzlicher negativer korrelativer Zusammenhang für das Ausmaß an „*Internalität*“ (-I) nachweisen.

Interessant und aus klinischer Sicht gut nachvollziehbar ist auch ein Zusammenhang zwischen der „*Anzahl von stationären Aufenthalten*“ und der „*Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit*“, welcher, wie die anderen korrelativen Zusammenhänge auch, mindestens zweiseitig bzw. unter Berücksichtigung möglicher unbekannter dritter Zusammenhänge interpretiert werden kann:

Zu große Offenheit über die eigenen Symptome könnte entweder schnell zu einer Wiedereinweisung führen oder umgekehrt, gerade, weil die Patienten nicht offen von ihrem Umfeld aktiv alle Hilfen einfordern, haben ihre Krisen im Verlauf zu häufigen stationären Wiedereinweisungen geführt.

Auch erscheint die Interpretation des Zusammenhangs zwischen „*Gesamtdauer stationärer Aufenthalt*“ und dem „*Verlust krankheitsbezogener Zuwendung durch Andere*“ (-ZW) aus klinischer Sicht gut nachvollziehbar zu sein: nicht nur bei dem Patienten, sondern auch bei seinem sozialen Umfeld könnte der fortschreitende Chronifizierungsprozess zu einem resignativen Rückzug führen, der dann vielleicht auch eine Erklärung für

den negativen korrelativen Zusammenhang zwischen der „Stationär verbrachten Zeit“ und der „Krankheitsbezogenen Zuwendung durch Andere“ abgeben könnte.

Eine Deutung des Zusammenhangs zwischen langer „Krankheitsdauer“ und „Externaler Attribuierung“ (hohes P) sowie zwischen hoher „Rehastufe“ und hohem „P“ scheint dagegen in diesen Modellüberlegungen nicht so leicht verstehbar.

Vielleicht ist hier der Einbezug des positiven korrelativen Zusammenhangs zwischen eher „weniger wahnhaften Krankheitsverläufen“ (ICD,F) und „Internalität“ hilfreich. Es wäre denkbar, dass Patienten mit niedrigerer „Internalität“, eher „wahnhaften Verläufen“ und längeren „stationären Aufenthaltszeiten“ auch einen stärker zur Chronifizierung neigenden Verlauf aufweisen. Hieraus ließe sich dann auch, selbst wenn kein direkter Zusammenhang zwischen „wahnhaften Verläufen“ und „Externalität“ nachgewiesen werden konnte, indirekt der Zusammenhang zwischen „Externalität“ und langer „Krankheitsdauer“ sowie längerem Verweilen in höheren „Stufen des Rehasystems“ ableiten.

Auffällig ist, dass an dieser Stelle der Faktor „Geschlecht“ wieder korrelativ abgebildet ist. Wie zuvor das Geschlecht „männlich“ ein Prädiktor für die Veränderung „kognitiv-intentionaler Basisstörungen“ war - vielleicht auch aufgrund eines hohen Ausgangswertes der Störung -, so zeigt sich hier ein Zusammenhang zwischen dem „männlichen Geschlecht“ und niedriger „Internalität“, bzw. dem „weiblichen Geschlecht“ und hoher Internalität (+I). In katamnestischen Schizophreniestudien (Marneros et al. 1991) gilt das „männliche Geschlecht“, wohl auch aufgrund des früheren Erkrankungsalters, als ungünstiger Verlaufsprädiktor. Dass sich dieser Zusammenhang auch in differentiellen Attribuierungsstilen abbildet, unterstützt die These eines möglichen direkten und bilateralen Zusammenhangs zwischen Krankheitsverläufen und Attributionsstilen.

#### **IV.11.4. Beantwortung von Fragestellung 6**

Die psychologischen Faktoren, welche sowohl zu den Haupt- als auch zu den Zwischenzielen korrelative Zusammenhänge aufweisen, konnten bezüglich ihrer Stellung zu den anderen Eingangsfaktoren genauer analysiert werden.

Hierbei konnten Zusammenhänge aufgezeigt werden, die mit den in IV.10 (S.121) aufgezeigten Modellüberlegungen gut in Übereinstimmung zu bringen sind und damit die These des indirekten Zusammenhangs zwischen Haupt- und Zwischenzielen (über die Vermittlung kognitiver Faktoren) nahe legen. Da die psychologischen und sozialen Faktoren

nur zu Untersuchungsbeginn erfasst wurden und aufgrund der zu geringen Fallzahlen auch keine komplexeren Zusammenhangsdarstellungen, z.B. durch eine Faktorenanalyse, möglich waren, war man auf das Aufzeigen korrelativer Zusammenhänge angewiesen. Diese sind unspezifisch und leicht durch vermittelnde dritte Faktoren sowie durch Inhomogenitäts- und Selektionseinflüsse beeinflussbar (s. hierzu auch Sachs 1993 a, S. 125).

In Folgeuntersuchungen sollte daher mit größeren Fallzahlen und enger gefassten Fragestellungen ein präziserer Nachweis der hier nur explorativ dargestellten Zusammenhänge erfolgen.

## V. Qualitativer Ergebnisteil

### V.1. Zielkriterien

#### V.1.1. Psychotherapeutische Kriterien für die Verteilung auf die Behandlungsmaßnahmen (s. auch IV.0, S.97)

Vor Beginn der Maßnahmen erfolgte ein kurzes Interview der zuteilenden Therapeuten, welches auf Band aufgenommen, transkribiert und anschließend qualitativ analysiert wurde.

Die Analyse orientierte sich an dem Verfahren der qualitativen Textauswertung nach Kleining (1986, S. 740-741). Dabei sollten Beschreibungskategorien erstellt werden, die einen Gegenvergleich mit den später vom Untersucher vorgenommenen teilnehmenden Beobachtungen sowie mit den von den Teilnehmern selbst formulierten Zielen sowie mit den quantitativen Daten (S. IV.0, S.) zulassen.

Es konnte evaluiert werden, dass sich die Therapeuten bei der Zuteilung der Patienten von spezifischen Vorannahmen zu der therapeutischen Struktur der untersuchten Maßnahmen leiten ließen. Diese wurden dann mit störungsspezifischen und motivationalen Überlegungen zu den einzelnen Patienten in Verbindung gebracht.

- Für die Gesprächsgruppe

*Low Supportive Group für stark isolierte Patienten, die das Behandlungssystem nur tangentiell in Anspruch nehmen.*

- Für die Theatergruppe

*Auf einer Grundstufe aktives soziales Fertigkeitentraining für Patienten mit starken kognitiven Defiziten (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Konzentration). Auf einer höheren Stufe Nutzung der Theaterrolle zur Anreicherung der sozialen Rolle für Patienten mit weniger ausgeprägten kognitiven Defiziten.*

- Für die Werkstattgruppen:

*Gruppe zur Einbringung persönlicher Interessen in den Therapiealltag, wenn dem Therapeuten schon ein Vorinteresse der jeweiligen Patienten für die jeweilige Kunstform bekannt ist und / oder soziale Anbindung der Patienten über das nonverbale Medium der Kunst, wenn die Patienten nach Ansicht der Therapeuten bisher von verbal ausgerichteten Therapieangeboten wenig profitieren.*

## **V.1.2. Ziele für die einzelnen Teilnehmer (V.1.2.a.+b.)**

### **V.1.2.a. Schema zum Verfahren der qualitativen Auswertung der angegebenen Zielkriterien (nach Kleining 1982)**

Als Grundlage für die Erfragung der Zielkriterien wurde nach dem Verfahren der „Target Goals Scale“ ein semistrukturierter Fragebogen entwickelt (s. Anhang 4, S.232-245) und nach folgendem Schema analysiert:

- Stichwortartige Zusammenfassung aller genannten Zielkriterien
- Eliminierung einmalig genannter Zielkriterien, Aufnahme häufig genannter Zielkriterien
- Zuordnung der Kriterien zu übergeordneten Kategorien
- Fertigstellung und Definition der Kategorien
- Bezug der Kategorien auf übergeordnete therapeutische Wirkfaktoren

### **V.1.2.b. Darstellung und Definition der verwendeten Kategorien**

#### **Zusammenarbeit in der Gruppe:**

Def. aktive Kooperation, die es ermöglicht, ein gemeinsames Gruppenziel zu erreichen

(Beispiele für Zielkriterien: Mitwirkung, Mitverantwortung, gemeinsames Spiel)

#### **Zusammensein in der Gruppe:**

Def. zwischenmenschliche Kontakterfahrungen, welche durch das Zusammentreffen in der Gruppe ermöglicht werden

(Beispiele für Zielkriterien: Kennen lernen neuer Menschen, sich auf Beziehungen einlassen)

#### **Gruppenprozess:**

Def. Aktivitäten, die eine Verbesserung des Gruppenklimas herbeiführen

(Beispiele: Zusammenwachsen, Öffnen zum Dialog)

*Diese Kategorien wurden den gruppenbezogenen therapeutischen Wirkfaktoren zugeordnet.*

**künstlerisch technische Fähigkeiten:**

Def. Neuerwerb künstlerischer Fähigkeiten, die mit dem jeweiligen Gebiet der künstlerischen Arbeit verbunden sind  
(Beispiele: Technik der Stimmmodulation, Gebrauch des eigenen Körpers)

*Diese Kategorie wurde gemäß der Einleitung als eigenständiger künstlerisch-technischer Wirkfaktor betrachtet.*

**Arbeitshaltung:**

Def. Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Bemühen im Erreichen der Gruppenziele  
(Beispiel: selbständig Arbeiten, über die Grenzen des gewohnten Arbeitsrahmens hinaus gehen)

**Verbesserung kognitiver Leistungen:**

Def. Verbesserung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis im Rahmen der gruppenbezogenen Aktivitäten  
(Beispiele: Konzentration, Aufmerksamkeit, psychische Elastizität)

**Verbesserung emotionaler Belastbarkeit:**

Def. Verbesserung im Emotionsmanagement, durch das trotz wechselnder Gefühle eine kontinuierliche Belastbarkeit möglich ist  
(Beispiele: sich angeregt beteiligen können, unangenehme Gefühle aushalten können)

*Zuordnung der Kategorien zu leistungsbezogenen Zielen, die mit der Wiederherstellung einer allgemeinen Arbeitsfähigkeit verbunden sind.*

**Spaß und Steigerung des persönlichen Wohlbefindens:**

Def. Ziele, die keine übergeordnete Funktionalität haben, sondern der Verbesserung des augenblicklichen Befindens dienen  
(Beispiele: bessere Stimmung, die Freude an neuen Erfahrungen, Überwindung der Nervenspannung)

*Diese Kategorie wird gemäß der Einleitung (s.II..) als eigenständiger hedonistischer Wirkfaktor betrachtet.*

**Katharsis:**

Def. Überwindung persönlicher Blockaden für einen freien Selbstausdruck, durch den ein Gefühl der Entspannung und Erleichterung eintritt  
(Beispiele: sich öffnen lernen, Entsperrung von Schüchternheit, Befreiung von Emotionen)

**Körperbewusstsein:**

Def. Annahme des eigenen Körpers und akzeptierende Zuwendung zu den körperbezogenen Bedürfnissen  
(Beispiele: mehr Erotik akzeptieren, Akzeptanz des eigenen Körpers)

**Introspektion:**

Def. Fähigkeit eigene kognitive und emotionale Prozesse wahrnehmen zu können

(Beispiele: Selbsterfahrung, Selbstwahrnehmung, eigene Gedanken besser verstehen können)

**Verbesserung sozialer Kompetenzen:**

Def. adäquate zwischenmenschliche Ausdrucksformen, über die eigene Bedürfnisse innerhalb eines sozialen Kontextes verwirklicht werden können

(Beispiele: Gefühle zeigen und Privates ausdrücken können, sich in Beziehungen mit anderen Menschen zurechtfinden können, das andere Geschlecht verstehen, Wahrnehmen von Reaktionen und Verhaltensweisen anderer Menschen)

**Strategien für einen besseren Umgang mit der Krankheit lernen:**

Def. Modelle und Techniken, die einen besseren Umgang mit den krankheitsbezogenen Beeinträchtigungen ermöglichen

(Beispiele: davon lernen, wie andere mit ihrer Krankheit zurecht kommen, Verstehen von Symptomen, Verhindern von Rückfällen)

**Rollenbezogene Ziele für die Theatergruppe:**

Def. Ziele, die mit der Darstellung der rollenbezogenen Eigenschaften verbunden sind und über die das Repertoire der eigenen sozialen Eigenschaften erweitert werden kann.

(Beispiele: Kraft, für sich zu kämpfen, Entschlossenheit, erotische Bedürfnisse ausdrücken können)

Diese Kategorien werden als psychotherapeutische Wirkfaktoren zusammengefasst.

**V.1.3. Hierarchie der genannten Ziele und Befürchtungen, bezogen auf die Gruppen und die jeweils beteiligten Funktionen (V.1.3.a.-d.)****V.1.3.a. Ziele bezogen auf die Gruppen**

Die Anzahl der möglichen Zielnennungen eines Beteiligten war nicht vorgegeben; im Verfahren der qualitativen Textauswertung nach Kleinig (1982) wurden die Ziele zu verschiedenen Ober- und Untergruppen zusammengefasst. Mehrfachnennung einer Person zu einer Untergruppe wurden nur einfach gezählt. Die Therapeuten und Künstler treffen jeweils auch Einschätzungen zu allen beteiligten Patienten, wodurch für einen Patienten Zielnennungen aus bis zu drei Perspektiven möglich sind.

**Tab. 30**

Hierarchie der Nennungen für die Gesprächsgruppe

Rang	Ziele	alle Beteiligten(T,P,K)	Zugehörigkeit
1	soziale Kompetenzen	8	psychotherap.
2	Vermittlung krankheitsbezogen. Strategien	5	psychotherap.
3	Introspektion / Zusammensein	3 3	psychotherap. gruppenbezogen
4	Zusammenarbeit/ Gruppenprozess/ Katharsis/ Spaß und Hedonie	1 1 1 1	gruppenbezogen gruppenbezogen psychotherap. hedonistisch

**Tab. 31**

Hierarchie der Nennungen für die Theatergruppe

Rang	Ziele	Zugehörigkeit	alle Beteiligten(T,P,K)
1	Identifikation mit weiblichen Qualitäten der Rolle	Psychotherap.	24
2	Identifikation mit männlichen Qualitäten der Rolle	Psychotherap.	14
3	Spaß und Hedonie / Erwerb künstlerischer Fähigkeiten	Hedonistisch Künstlerisch - technisch	9 9
4	Katharsis	Psychotherap.	6
5	Zusammensein/ Zu- sammenarbeit/ Introspektion	Gruppenbezogen Gruppenbezogen Psychotherap.	5 5 5
6	Verbesserung kogni- tiver Leistungen/ Ver- besserung des Kör- pergefühls	Leistungsbezogen  Psychotherap.	3 3
7	Verbesserung emoti- onaler Leistung	Leistungsbezogen	1



**Tab. 32**

Hierarchie der Nennungen für die Werkstattgruppe

Rang	Ziele	Zugehörigkeit	alle Beteiligten(T,P,K)
1	Erwerb künstlerischer Fähigkeiten	Künstlerisch-technisch	54
2	Zusammensein	Gruppenbezogen	27
3	Introspektion/ soziale Kompetenzen	Psychotherap. Psychotherap.	26 26
4	Zusammenarbeit	Gruppenbezogen	21
5	Verbesserung kognitiver Leistungen	Leistungsbezogen	18
6	Verbesserung des Körpergefühls	Psychotherap.	12
7	Spaß und Hedonie	Hedonistisch	11
8	Verbesserung emotionaler Leistung/	Leistungsbezogen	5
9	Verbesserung der Arbeitshaltung/ Katharsis	Leistungsbezogen Psychotherap.	3
10	Gruppenprozess	Gruppenbezogen	1

**Zusammenfassung (11) für V 1.3.a.**

In der Theatergruppe lässt sich bei den fünf Obergruppen von Zielen (psychotherapeutisch, hedonistisch, gruppenbezogen, leistungsbezogen, künstlerisch) eine globale Zielhierarchie von erstens psychotherapeutisch, zweitens künstlerisch-technisch sowie hedonistisch und drittens gruppenbezogen sowie viertens leistungsbezogen ausmachen.

In der Werkstattgruppe ist dagegen ein deutlicher Zielschwerpunkt auf der Vermittlung künstlerisch technischer Leistungen festzustellen, an zweiter Stelle erfolgen die psychotherapeutischen Ziele, an dritter Stelle die gruppenbezogenen Ziele, an der vierten Stelle leistungsbezogene Ziele und erst fünfter Stelle hedonistische Ziele.

In der Gesprächsgruppe sind überwiegend psychotherapeutische Ziele vertreten; erst mit großem Abstand erfolgen gruppenbezogene Ziele sowie hedonistische Ziele; leistungsbezogene Ziele (i.S. der Ergotherapie) sind dagegen nicht vertreten.

Als differentiell Kriterium lässt sich für die Werkstattgruppe das Überwiegen technisch-künstlerischer Ziele und die besondere Bedeutung leistungsbezogen-ergotherapeutischer Ziele herausfiltern.

Bei der Theatergruppe stehen, obgleich es sich um eine künstlerische Maßnahme handelt, überraschenderweise psychotherapeutische Ziele an erster Stelle und hedonistische Ziele wiegen genauso viel wie künstlerisch-technische Ziele.

Bei der Gesprächsgruppe tritt mit den psychotherapeutischen Zielen das Kriterium „*Vermittlung von krankheitsbezogenen Strategien*“ an erste

Stelle, welches in beiden künstlerischen Gruppen gar nicht vertreten ist. Erstaunlich ist auch hier wie in den anderen Gruppen die Wichtigkeit des unspezifischen Faktors „Gruppe“ für die Teilnehmer. Insgesamt fällt auf, dass in der Gesprächsgruppe das Zielspektrum eingegrenzter ist als in den anderen Gruppen.

Es ergeben sich für die Gruppen folgende Abweichungen zwischen den Zielkriterien für die Zuteilung der Teilnehmer auf die Maßnahmen (siehe IV.1.1) und den tatsächlich von den Teilnehmern genannten Zielvorstellungen:

- das Zielelement eines kognitiven Trainings wird in der Werkstattgruppe und nicht, wie durch die auswählenden Therapeuten angegeben, überwiegend in der Theatergruppe angegeben
- obgleich die Gesprächsgruppe als „Low Supportive Gruppe“ geplant war, spielen hier spezifische psychotherapeutische Zielsetzungen eine größere Rolle als unspezifische gruppenbezogene Ziele

Ansonsten besteht zwischen den Zuteilungskriterien durch die an den Maßnahmen nicht beteiligten Bezugstherapeuten und den von den Beteiligten tatsächlich geäußerten Zielen eine überwiegend gute Übereinstimmung. Ein Teilaspekt zur Hypothese 5 „Annahme einer guten Übereinstimmung in den erfassten Trends auf den verschiedenen Beobachtungsebenen“ kann damit bestätigt werden.

### V.1.3.b. Ziele bezogen auf die Funktionen

**Tab. 33**

Ziele der Therapeuten für die Patienten

Rang	Ziele	Zugehörigkeit	T alle Maßnahmen
1	Erwerb künstlerischer Fähigkeiten	Künstlerisch-technisch	15
2	Soziale Kompetenzen	Psychotherap.	12
3	Zusammensein	Gruppenbezogen	10
4	Zusammenarbeit	Gruppenbezogen	8
5	Verbesserung kognitiver Leistungen/ Weibl. Identifikation	Leistungsbezogen Psychotherap.	7 7
6	Zusammensein	Gruppenbezogen	6
7	Körpergefühl	Psychotherap.	5
8	Spaß und Hedonie	Hedonistisch	4
9	Männliche Identität	Leistungsbezogen Psychotherap.	3

Fortsetzung Tabelle 33

Rang	Ziele	Zugehörigkeit	T alle Maßnahmen
10	Verbesserung emotionaler Leistungen	Leistungsbezogen	1
11	Vermittlung krankheitsbezogen. Strategien	Psychotherap.	-

**Tab. 34**

Ziele der Künstler für die Patienten

Rang	Ziele	Zugehörigkeit	K alle Maßnahmen
1	Erwerb künstlerischer Fähigkeiten	künstlerisch-technisch	54
2	Zusammensein	gruppenbezogen	27
3	Introspektion	psychotherap.	9
4	weibl. Identifikation	psychotherap.	8
5	Verbesserung kognitiver Leistungen	leistungsbezogen	7
6	männl. Identifikation	psychotherap.	6
7	Zusammenarbeit	gruppenbezogen	5
8	Verbesserung des Körpergefühles	psychotherap.	4
9	Spaß und Hedonie Verb. Emotionaler Leistungen	hedonistisch leistungsbezogen	3 3
10	Arbeitshaltung	leistungsbezogen	2
11	Gruppenprozess	psychotherap.	1

**Tab. 35**

Ziele der Patienten

Rang	Ziele	Zugehörigkeit	P alle Maßnahmen
1	Erwerb künstlerischer Fähigkeiten	künstlerisch-technisch	27
2	Soziale Kompetenzen	psychotherap.	22
3	Zusammensein	gruppenbezogen	17
4	Zusammenarbeit Introspektion	gruppenbezogen psychotherap.	16 16
5	Spaß und Hedonie	hedonistisch	14
6	Katharsis	psychotherap.	9
7	weibl. Identifikation	psychotherap.	8
8	Verbesserung kognitiver Leistung	leistungsbezogen	7
9	Verbesserung des Körpergefühls	psychotherap.	6
10	männl. Identifikation/ Vermittlung krankheits-bezogener Strategien	psychotherap. psychotherap.	5 5
11	Verbesserung emotionaler Leistungen	leistungsbezogen	4
12	Arbeitshaltung Gruppenprozess	leistungsbezogen psychotherap.	2 2

### Zusammenfassung (12) für V.1.3.b.

Es besteht eine erstaunlich gute Übereinstimmung bei den Zieleinschätzungen zwischen Patienten, Therapeuten und Künstlern. Insbesondere, wenn man berücksichtigt, dass die Künstler in der Werkstattgruppe noch nie zuvor therapeutisch tätig gewesen sind.

Es können nur diskrete Unterschiede ausgemacht werden:

1. Die Vermittlung krankheitsbezogener Strategien wird interessanterweise auf Therapeutenseite nicht als Ziel genannt, sondern ausschließlich auf Patientenseite.
2. Die Vermittlung sozialer Kompetenzen, die sowohl für Patienten als auch für Therapeuten an zweiter Stelle steht, wird als Ziel bei den Künstlern nicht genannt.
3. Spaß und Hedonie als Ziel wird am häufigsten von Patientenseite, dann von Therapeutenseite und erst an letzter Stelle von Künstlerseite genannt.
4. Bei der Verbesserung leistungsbezogener Fähigkeiten, also bei den Zielen, die in Verbindung mit der Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeiten stehen, ergibt sich ein umgekehrtes Bild zu dem von Spaß und Hedonie; sie werden im Zielfeld zuerst von den Künstlern, dann von den Therapeuten und erst an letzter Stelle von den Patienten genannt.

Ein weiterer Teilaspekt der **Hypothese 5** (*Annahme einer guten Übereinstimmung in der Zielerfassung zwischen Patienten, Therapeuten und Künstlern*) kann damit bestätigt werden.

### **V.1.3.c. Befürchtungen bezogen auf die Gruppen**

**Tab. 36**

Ängste und antizipierte Schwierigkeiten in der Gesprächsgruppe

Rang	Ängste	Zugehörigkeit	Beteiligte GG
1	soziale Kompetenzen	psychotherap.	4
2	Arbeitshaltung	Leistungsbezogen	1

**Tab. 37**

Ängste und antizipierte Schwierigkeiten in den künstlerischen Gruppen  
(Theatergruppe und Werkstattgruppe)

Rang	Ängste	Zugehörigkeit	Beteiligte TG+WG
1	kathartisches Element	psychotherap.	14
2	soziale Kompetenzen	psychotherap.	9
3	Arbeitshaltung	leistungsbezogen	5
4	emotionale Leistung	leistungsbezogen	1
5	Körpergefühl	psychotherap.	1
6	künstlerische Fähigkeiten	künstlerisch – technisch	1

#### V.1.3.d. Befürchtungen bezogen auf die Funktionen

**Tab. 38**

Ängste und antizipierte Schwierigkeiten der Therapeuten für die Patienten

Rang	Ängste	Zugehörigkeit	T alle Maßnahmen
1	kathartisches Element Arbeitshaltung	Psychotherapeutisch Leistungsbezogen	3 3
2	soziale Kompetenzen emotionale Leistung	Psychotherapeutisch Leistungsbezogen	1 1

**Tab. 39**

Ängste und antizipierte Schwierigkeiten der Künstler für die Patienten

Rang	Ängste	Zugehörigkeit	K alle Maßnahmen
1	kathartisches Element	Psychotherapeutisch	9
2	Arbeitshaltung künstlerische Fähigkeiten	Psychotherapeutisch künstlerisch-technisch	1 1

**Tab. 40**

Ängste und antizipierte Schwierigkeiten der Patienten

Rang	Ängste	Zugehörigkeit	P alle Maßnahmen
1	soziale Kompetenzen	Psychotherapeutisch	12
2	kathartisches Element Arbeitshaltung	Psychotherapeutisch Leistungsbezogen	2 2
3	Körpergefühl	Psychotherapeutisch	1

#### Zusammenfassung (13) für V.1.3.c. und V.1.3.d.

1. Sowohl in den künstlerischen Gruppen als auch in der gesprächstherapeutischen Gruppe spielt die Sorge eine wichtige Rolle, dass die sozialen Kompetenzen der Patienten nicht ausreichen, um in

der Gruppe angenommen und erfolgreich sein zu können. Interessanterweise wird diese Sorge fast ausschließlich von den Patienten geäußert; dies korrespondiert mit der in der Einleitung dargestellten Tendenz schizophrener Patienten, sich innerhalb eines sozialen Kontextes ängstlich und unsicher zu fühlen und eigene Kompetenzen eher zu niedrig einzuschätzen (Sippel et al. 2001).

2. Spezifisch für die künstlerische Gruppe ist die Sorge, dass sich das psychotherapeutisch-kathartische Element in der Situation der künstlerischen Arbeit nicht entfalten könnte, bzw. dass es dabei zu einer emotionalen Überlastung der Patienten kommen würde. Interessanterweise wird diese Befürchtung überwiegend von den Künstlern vorgebracht und erst nachrangig von den Therapeuten und den Patienten. Dies könnte auf ein hohes patientenbezogenes Verantwortungsgefühl der an den Maßnahmen beteiligten Künstler hindeuten.
3. Sorgen um die Arbeitshaltung der Patienten (Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit) spielen in allen Gruppen eine Rolle, was gut mit den von Süllwold (1995) aufgezeigten Schwierigkeiten schizophrener Patienten korrespondiert, „Gewohnheitshierarchien“ aufrecht zu halten. Dass diese Befürchtung fast ausschließlich von den Therapeuten und den Patienten geäußert wird, könnte mit der größeren gemeinsamen Erfahrung in der Zusammenarbeit zusammenhängen.
4. Die zusätzlichen geäußerten Befürchtungen sind als Einzelfälle zu betrachten, können aber als solche das Profitieren der einzelnen Patienten von der Behandlung erheblich einschränken (ein Patient, der sich Sorgen um sein Körpergefühl in der Bewegungsgruppe machte, war z.B. älter als die anderen Teilnehmer und hatte Angst, vor der Gruppe „zu unsportlich“ zu wirken).

Bemerkenswert ist, dass der Umgang mit den am häufigsten genannten Zielfeldern („*Strategien im Umgang mit der Krankheit*“ sowie „*Erwerb künstlerisch-technischer Fähigkeiten*“) von den TN als nicht problematisch eingeschätzt wird.

Nur in einem Fall wird die Befürchtung einer nicht ausreichenden künstlerischen Begabung geäußert.

Dies ist um so erstaunlicher, wenn man bedenkt, wie schwierig es schon gesunden Probanden fällt, frei zu Singen, zu Malen oder zu Tanzen, ohne die Angst zu haben, vor der Gruppe als unbegabt in Erscheinung zu treten.

Dass diese Angst von den Patienten nicht artikuliert wird, könnte auf ein positiveres Selbstverständnis hindeuten, das diese im Umgang mit den künstlerischen Mitteln haben.

## **V.2. Beobachtungen der speziellen Rahmenbedingungen für die einzelnen Gruppen**

### **V.2.1. Gesprächsgruppe**

Die Arbeitsweise einer Gesprächsgruppe für schizophrene Patienten kann bezüglich ihrer allgemeinen Beschreibung, der praktischen Durchführung sowie den Erfolgskriterien als therapeutische Standardmaßnahme betrachtet werden. Um mit dieser etablierten Maßnahme einen differentiellen Vergleich zu den künstlerischen Versuchsgruppen durchführen zu können, soll dennoch eine differenzierte Beschreibung des Krakauer Modells dieser Methode vorgenommen werden; diese erscheint aber aus Gründen der Übersicht im **Anhang II (S.219ff)**.

### **V.2.2. Theatergruppe**

#### **V.2.2.a. Allgemeine Beschreibung**

##### **Historische Wurzeln**

Es handelt sich bei dieser Methode um ein in Krakau von Psychologen, Schauspielern und Ärzten Anfang der 80er Jahre entwickeltes System der therapeutischen Theaterarbeit, welches erstmalig 1991 (Bielańska, Cechnicki et al.) außerhalb Polens vorgestellt wurde.

Die Arbeit der Theatergruppe in Krakau unter Leitung des Schauspielers und Regisseurs Krzysztof Rogoź und der Psychologin Anna Bielańska bezieht sich dabei überwiegend auf das Prinzip der „physischen Aktion“ nach Stanislawski; letzterer wirkte um die Jahrhundertwende in Moskau als Theaterpädagoge und Regisseur und gilt als Begründer einer modernen, methodisch fundierten Schauspielkunst (Stanislawski 1961 a, b, c).

Die zuvor bzw. zeitgleich entwickelten Ansätze des „Therapeutischen Theaters“ von Vladimir Iwanowitsch Iljine (1909, 1942) und des „Stehgreiftheaters“ sowie des „Psychodramas“ von Jacob Levi Moreno (1924, 1959) benutzten im Gegensatz zu den globaleren Techniken Stanislawskis die theatralischen Mittel dazu, dass der zentrale Konflikt eines im Mittelpunkt stehenden Protagonisten externalisiert werden konnte. Dieser innere Konflikt sollte szenisch-spielerisch dargestellt und aufgelöst werden.

Im Improvisationsspiel Ijini (in Petzold 1978, S.90) soll dabei der Mensch wieder erlernen „*das Leben selbst zu spielen und nicht Spielball der eigenen Lebensumstände (zu) werden*“, eine Vorstellung, die gut mit dem von Moreno eingeführten Begriff der „Spielmächtigkeit“ korrespondiert, die der Protagonist über das Psychodrama wieder erlangt.

In der primär künstlerisch ausgerichteten Technik Stanislawskis (1961 a, b, c) wird dagegen nicht von inneren Konflikten der Klienten ausgegangen, sondern vom vorhandenen Theaterskript, welches der Schauspieler, um es lebendig darstellen zu können, mit seinen eigenen Lebenserfahrungen in Verbindung bringen soll.

Bei der Technik Stanislawskis helfen auf diese Weise das Skript und die von außen vorgegebenen Rollen dem Patienten dabei, dass das eigene innere Erleben innerhalb des über die Handlung vorgegeben sozialen Rahmens, neu geordnet und bewertet werden kann.

Der zu bewältigende Konflikt wird über das theatralische Material also von außen an den Patienten herangetragen. Da es nicht der eigene soziale Rahmen ist, in dem die Geschichte eingebunden erscheint geschieht die dabei angestrebte kognitive Neustrukturierung aus einer angstmindernden emotionalen Distanz heraus.

## **Die physische Aktion**

Das eingangs erwähnte Prinzip der „physischen Aktion“ Stanislawskis bedeutet, dass jede auf der Bühne adäquat und logisch folgerichtig ausgeführte körperliche Aktion ein entsprechendes Gefühl im Schauspieler hervorruft, auf demselben Weg, wie aus einem authentischen Gefühl eine folgerichtige physische Aktion hervorgehen kann.

Die logisch folgerichtige physische Aktion entspricht damit einem sensorischem Erregungsmuster, welches das Erleben eines entsprechenden Gefühls ermöglichen kann.

Dies entspricht der Vorstellung von Damasio (1989), nach welcher für den störungsfreien Abruf einer die Realität wiedergebenden Erfahrung die zeitgleich Koaktivierung aller diese Erfahrung ursprünglich konstituierenden Repräsentationsfragmente erforderlich sei.

Bei dem während des Beobachtungszeitraumes erstellten Stücks „Lysistrata“ wird es so zur zentralen darstellerischen Aufgabe, physische Aktionen zu finden, durch die sexuelle Wünsche zum Ausdruck kommen können.

Für schizophrene Erkrankte mit geringen psychosozialen Möglichkeiten für sexuelle Erfahrungen und häufig schlechter Integration eigener sexueller Bedürfnisse wäre es schwierig oder vielleicht sogar unmöglich gewesen, in einer Gruppe physische Aktionen zum Ausdruck der eigenen sexuellen Wünsche zu finden.



Für die Darstellung war es aber nicht erforderlich, sich introspektiv den eigenen Bedürfnissen anzunähern, sondern es sollte ein adäquater physischer Ausdruck für jemanden in der Rolle gefunden werden, der diese Bedürfnisse hat.

Über die physische Aktion wird dabei bei dem Patienten eine sensomotorische Erfahrungsspur gelegt, welche eine Verbindung zu eigenen Bedürfnissen und Gefühlen herstellen kann. Eigene Emotionen werden so indirekt mit spezifischen sozialen Erfahrungen in Verbindung gesetzt, da sich in der Theaterarbeit Emotionen immer an spezifischen sozialen Situationen entzünden.

Es wird erwartet, dass die Patienten über das Training von angemessenen Affekten in spezifischen sozialen Situationen auch lernen, wie sie ihre eigenen Gefühle in Alltagssituationen adäquater wahrnehmen und funktionaler in der Kommunikation mit anderen einsetzen können.

## **Relevanz der Aufführung**

Den Abschluss dieser gestalterischen Arbeit sollte in jedem Fall eine öffentliche bzw. halböffentliche Aufführung bilden.

Nur über diese kann der Patient sich von der Realität des Dramas ablösen, in die er sich insbesondere in den Endproben zunehmend hinein begeben hat.

Hierbei ermöglicht die Perspektive des Zuschauers dem Darsteller, dass er die eigenen Handlungen und den Sinn des Dramas zunehmend als eine ästhetische Struktur betrachten kann; aber erst der Applaus nach der Premiere bietet ihm die Möglichkeit, dieser Struktur von außen her gegenüberzutreten.

Gerade die Möglichkeit des Perspektivenwechsels zur Ablösung und Wirklichkeitsüberprüfung ist aus therapeutischer Sicht wesentlich, da sich hierin der ästhetische Prozess vom psychotischen Prozess unterscheidet.

Wo nach Süllwold (1995) keine stabilen Gewohnheitshierarchien in der Wahrnehmung bei schizophrenen Menschen etabliert werden können, erscheint auch die Bewusstseinskontinuität immer wieder durch Veränderung der Wahrnehmungsperspektive durchbrochen zu sein; der Wahn bietet in diesem Zusammenhang als eine „stabilisierende Intentionalität“ (Böker u. Brenner 1983) eine einzig verlässliche Konstante.

Die Möglichkeit, über das Kunstwerk eine bleibende Form zu schaffen, in der man sich auch bei starken Schwankungen im Selbsterleben verlässlich wieder erkennen kann, könnte für den schizophrenen Menschen einen wichtigen Orientierungspunkt für den Aufbau reiferer Selbst- und Objektbeziehungen bieten.

Die Suche nach einer ästhetischen Form, in der sich der Protagonist von seinem Werk ablösen kann und auf diese Weise selbstreflexiv gegenübertritt, ist auch in der Theaterarbeit ein zentrales ästhetisches und therapeutisches Motiv.

Erst die öffentliche Aufführung ermöglicht einen Abschluss für diesen Prozess, der in der Theatergruppe ein Gruppenprozess ist.

In ihr werden alle während der Proben ablaufenden sozialen Interaktionen und persönlichen Anstrengungen der Darsteller auf eine Art und Weise in der ästhetischen Struktur des Dramas zusammengeführt, dass auch ein Herausfallen aus der Lebenskontinuität durch ein neu auftretendes psychotisches Erleben diesen Vorgang nicht mehr ungeschehen machen kann.

### **Das Ästhetische als Wirkfaktor - methodische Besonderheit**

In der Endphase der Proben geht es daher vor allem darum, ein ästhetisches Verständnis für den Gesamt Ablauf des Stückes zu entwickeln. Dieses Verständnis wiederum ist erforderlich, damit die einzelnen unzusammenhängenden Aktionen zu einem ästhetischen, zeitlich und räumlich rhythmisch gegliederten Gesamt Ablauf verbunden werden können.

Dabei verschafft, bei zumindest einigen Patienten, eine Sicht auf den Gesamtzusammenhang ästhetische Befriedigung, welche als positive emotionale Verstärkung den mühsamen Weg des Einstudierens einzelner Texte und Bewegungsabläufe sowie deren räumlich-zeitlicher Koordination (s. Ciompi 1988, 2) vergessen macht.

#### **V.2.2.b. Technische Durchführung**

##### **Schaffung von stabilen Rahmenbedingungen**

Als Grundvoraussetzung für das Einbringen von Emotionen und das Ausprobieren neuer Verhaltensweisen muss ein Gefühl der Sicherheit etabliert werden, welches mit dem Ausmaß von „Kohäsion“ (Bloch u. Crouch 1985) in der Gruppe verknüpft ist.

Ferner ist noch einmal hervorzuheben, dass die Bereitschaft der Patienten, sich auf neue Situationen einzulassen, auch mit dem Ausmaß verknüpft ist, wie kontinuierlich und sicher sich die Patienten innerhalb von stabilen Langzeitkontakten in das Rehasystem eingebunden fühlen.

Für die Bedingungen, die innerhalb der Theatergruppe Stabilität aufrecht erhalten, sind folgende Faktoren zu nennen (s. auch Bielańska et al. 1991):

- Stabilität von Zeit und Ort der Proben
- Kontinuität in der Gruppenzusammensetzung von den ersten Proben bis zur Aufführung
- ein klarer gemeinsamer Fokus auf das vorbereitete Stück (während des Beobachtungszeitraumes eine Adaption von Lysistrata nach Aristophanes)
- klare Rollenverteilung der Patienten auf der Grundlage des gemeinsamen Textes
- Integration von therapeutischem Personal (in diesem Fall eine klinische Psychologin und eine Krankenschwester) als aktive Mitspieler und gleichzeitig in supportiver Funktion für die Patienten; letztere sollen sie vor künstlerischer Überforderungen schützen und gleichzeitig eine Verbindung zum therapeutischen Alltag wahren

### **Unterschiedliche Arbeitsphasen**

Bei diesem „Countdown“ bis zur Premiere können die Arbeitsphasen folgendermaßen charakterisiert werden:

- Auswahl des Stoffes
- Adaption des Stückes
- Rollenverteilung
- Proben einzelner Sequenzen
- Arbeit an den Rollen
- Vorbereitung der Premiere
- Nachbearbeitung der Erfahrungen

Natürlich wäre es aufschlussreich, die technischen Abläufe aller Arbeitsphasen detailliert zu beschreiben; aus Übersichtsgründen muss dies aber an anderer Stelle erfolgen.

Es soll hier nur auf Aspekte fokussiert werden, die für das therapeutische Setting in der Theatergruppe besonders charakteristisch erscheinen, nämlich auf die Auswahl der Rollen, auf die unterschiedliche Funktion von Regisseur und Therapeuten beim Proben einzelner Sequenzen sowie auf die verschiedenen psychologischen Prozesse in der Auseinandersetzung der Patienten mit ihren Rollen.

### Rollenverteilung

Bei der Erstellung der Stückfassung in Zusammenarbeit von Regisseur und Therapeuten haben sich häufig schon gewisse Vorstellungen ausgeprägt, welcher Patient für eine bestimmte Rolle geeignet sein könnte.

Dabei geht es vor allem um die Art und Weise, wie Rolleneigenschaften und persönliche im Leben gezeigte Eigenschaften miteinander korrespondieren.

Üblicherweise wird im ersten Jahr der Teilnahme eines Patienten an der Theatergruppe eine Rolle vorgeschlagen, über die der Patient schon an im eigenen Leben präsentierte Qualitäten und Potentiale auch auf der Bühne arbeiten kann; die Rolle wird damit zum Katalysator einer schon vorhandenen „starken Seite“ des Patienten (Bielańska et al. 1991).

Sollte sich der Patient entscheiden, noch für eine weitere Produktion in der Gruppe weiter zu arbeiten, wird dagegen eher versucht, sein Rollenpotential zu erweitern und ihn eine Rolle spielen zu lassen, mit der er im eigenen Leben nicht verwirklichte, seinem Charakter eher komplementär gegenüber stehende Rollenqualitäten auf der Bühne entwickeln soll; d.h. er wird angehalten an seinen „schwachen Seiten“ zu arbeiten.

Die Erfahrung zeigt, dass der Patient zunächst einmal den Mut gewinnen muss, sich auf der Bühne zu zeigen und dies primär als bestätigende Erfahrung empfinden sollte, bevor er sich in der Suche nach nicht gelebten Anteilen in psychologisches Neuland vorwagen kann.

Die therapeutische Vorstellung in der Entwicklung einer auf der Bühne gezeigten „schwachen Seite“ ist dabei, dass auf der Bühne neu gezeigte und in physische Aktionen umgesetzte Eigenschaften dazu beitragen, dass das wenig entwickelte, in sozialen Rollen gezeigte Rollenrepertoire des Patienten erweitert wird.

In der Theatertherapie steht dabei sofortige Authentizität beim Spielen einer Rolle, wie eingangs ausgeführt, nicht im Vordergrund; vielmehr handelt es sich um eine allmähliche Annäherung (Strukturdiffusion), bei der die in der Rolle erforderlichen Qualitäten im Probenprozess kontinuierlich mit den Alltagserfahrungen der Patienten in Verbindung treten und so als Erinnerungsspuren auf den Bereich der alltäglichen Erfahrungen zurück wirken.

### Proben einzelner Sequenzen - die Funktion von Regisseur und Therapeuten

Für das Proben erster szenischer Abläufe ist entscheidend, dass der Regisseur einen atmosphärischen Rahmen schafft, in dem alle Vorschläge und in der Gruppe ablaufenden sozialen Interaktionen „in den Atem des Stückes“ eintauchen können.

Hierzu ist, wie allen bekannt ist, die mit einer Gruppe dauerhaft erkrankter Menschen gearbeitet haben, ein erheblicher energetischer Aufwand erforderlich.

Der Regisseur tritt in dieser Phase des ersten Anspielens daher vor allem als energiegeladener Initiator und Ideengeber in Erscheinung.

Er versucht, dadurch ein Klima von Humor und Leichtigkeit zu erzeugen, bei dem alles, was im Alltag zunächst nicht erlaubt oder möglich erscheint, auf der Bühne gezeigt werden kann.

Der Kontakt mit den Patienten ist hier direkt und körperlich, wobei der Regisseur z.T. auch heftige Affekte zeigt, ungeduldig und fordernd sein kann. Die direkte und eindeutige Reaktion des Regisseurs ermöglicht den Patienten aber ständig ein äußeres Feedback darüber (s. Shallice 1982, 1988), was der Regisseur anstrebt, damit die Kugel des freien Spielens und das energetische Zuspiel der Beteiligten „ins Rollen kommen“ kann.

Der Regisseur führt die Patienten hierbei an einen Punkt extremer kognitiver, physischer und emotionaler Aktivierung heran.

Zu keiner Zeit kommt dabei der Eindruck auf, dass sich die Patienten in einer therapeutischen Einrichtung befinden, da sie mit der gleichen Hartnäckigkeit und dem gleichen Ehrgeiz angeleitet werden, wie etwa eine professionelle Laienspielgruppe außerhalb des therapeutischen Rahmens.

Natürlich darf der Regisseur das Geschehen in einer derartigen Theatergruppe nicht nur als „Dompteur“ von außen leiten; ganz entscheidend für die Aktivierung der Patienten und das Ausschalten emotionaler und kognitiver Barrieren ist, dass sich der Regisseur immer wieder aktiv leitend und stützend in das Geschehen einmischt, wobei er als Modell eines energetischen Schauspielers eigene Vorschläge in direkten physischen Aktionen vorspielt. Diese werden häufig von den Patienten direkt ohne kognitive Umwege in das eigene Handeln aufgenommen. Der Regisseur ist auch in allen weiteren Arbeitsphasen für die Darsteller als Modell präsent (vgl. Bandura 1964), und dies nicht nur als Schauspieler. Nach Beobachtung einer an der Gruppe beteiligten Therapeutin dient der Regisseur auch als Modell für einen Menschen, der direkter und freier mit seinen Gefühlen und Impulsen umgehen kann.

Damit die Patienten die Vielzahl der neuen Erfahrungen integrieren können, erscheint aber auch die Beteiligung der Therapeuten an der Theaterarbeit notwendig zu sein.

Erst der Einbezug der Therapeuten in ihrer Übergangsstellung zwischen dem therapeutischen und dem künstlerischen Bereich schafft für die Patienten die Stabilität und Sicherheit, um sich angstfrei neuen Erfahrungen auszusetzen:

- indem die Therapeuten als Schauspieler aktiv am Spiel teilnehmen, wirken sie auch unterstützend für die Patienten, sich dem aktiven Spiel anzuvertrauen
- zugleich stehen sie auch außerhalb des eigenen Spieles als therapeutischer Ansprechpartner und Beobachter zu Verfügung,

so dass, wenn der Regisseur eine psychologische Belastungsschwelle eines Patienten überschreiten sollte, sie jederzeit unterstützend für den Patienten und eingrenzend für den Regisseur in Erscheinung treten

- sie halten den Kontakt zu den jeweiligen Individualtherapeuten der Patienten, so dass die in der Arbeit gemachten Erfahrungen und Beobachtungen mit den Patienten auch direkt wieder in den individualtherapeutischen Rahmen aufgenommen und vertieft werden können.

### Proben an den Rollen

Während in den mittleren und kleineren Rollen, wie durch die zuteilenden Therapeuten vermutet, überwiegend Effekte eines kognitiven, emotionalen und physischen Trainings zum Tragen kommen, wobei die Authentizität des Dargestellten kontinuierlich langsam gesteigert wird, so können in der Arbeit an den „großen Rollen“ grundlegende qualitative Sprünge beobachtet werden, die sich bestimmten Phasen in der Arbeit an der Rolle zuordnen lassen:

- In der ersten Phase wird, wie in den kleinen und mittleren Rollen, ein kognitives, emotionales und physisches Training über das Einstudieren der physischen Aktionen und das Erinnern von Text und Bewegungsabläufen geleistet;
- in der zweiten Phase wird es erforderlich, die vorgegebene Rolle zunehmend mit persönlichem Ausdruck und typischen eigenen Verhaltensmustern anzureichern, damit sie auch über längere Handlungsstrecken hinweg emotional tragend sein kann. Dieser Prozess wird zunächst über den Regisseur initiiert, der Vorschläge aus direkten Beobachtungen am Patienten ableitet; hat dieser Prozess dann eine gewisse Dynamik erreicht, fließen auch zunehmend willkürlich oder unwillkürlich eigene Beobachtungen des Darstellers ein;
- hat eine Diffusion von Rollenqualitäten und Alltagsqualitäten beim Darsteller auf einer sensomotorischen Ebene erst einmal eingesetzt, initiiert dies häufig auch einen kognitiven und emotionalen Prozess, wobei der Darsteller zunehmend Eigenschaften der von ihm dargestellten Figur auf sein eigenes Leben bezieht und eigene Lebensereignisse anhand der von ihm dargestellten Geschichte beleuchtet. Da eine biographische Anknüpfung, insbesondere für die Hauptrollen, therapeutisch erwünscht ist, geht die nun einsetzende Auseinandersetzung mit der eigenen Biographie in einen individualtherapeutischen Rahmen über. Umgekehrt entstehen aus diesem Rahmen wiederum Impulse, die

in die künstlerische Arbeit einfließen. Hier ist wieder die gute Verzahnung zwischen den in der Gruppe anwesenden Therapeuten und den auf Informationen angewiesenen, außerhalb der Gruppe stehenden individuellen Bezugstherapeuten wichtig;

- in der nächsten Arbeitsphase, die mit den in der allgemeinen Beschreibung dargestellten Phase der künstlerischen Endproben zusammenfällt, muss der Hauptdarsteller lernen, wieder seine eigene Lebensgeschichte von der in der Rolle dargestellten Handlung klar unterscheiden zu können (Bielańska et al. 1991); er muss also ein Bewusstsein von seiner biographischen Identität entwickeln, mit der er sich von der Rolle ablösen kann, um diese i.S. von Goffman (1961, 1983) spielen zu können. Spiel bedeutet in diesem Zusammenhang, dass das eigentliche Beherrschen einer Rolle erst möglich wird, wenn sie aus der Distanz eines integrierten Selbst heraus funktional ausgestaltet werden kann (Moreno 1924, 1959).

Zumindest bei den großen Rollen konnte ein phasenhaftes Durchlaufen dieser therapeutischen und künstlerischen Prozesse beobachtet werden.

### **V.2.2.c. Erfolgskriterien**

- niedrige Drop-Out-Rate, insbesondere im Zeitintervall zwischen Endproben und Premiere (ein Ausscheiden zu diesem Zeitpunkt, nach fast 10 Monaten persönlichen Engagements, könnte verstärkt dazu beitragen, dass das bereits vorhandene Vermeidungsverhalten noch weiter verstärkt wird)
- Zufriedenheit mit dem künstlerischen Erfolg der Produktion (Erfolg als intrinsischer Verstärker)
- Zufriedenheit mit der eigenen Rolle, wobei hier sowohl der Faktor des eigenen Einflusses auf die Auswahl der Rolle wie auch das sichere Beherrschen der Rolle zum Zeitpunkt der Premiere mit Einfluss haben
- Erreichen von kognitiver, emotionaler und physischer Belastbarkeit, um die Rolle sicher replizieren zu können (kognitiv-leistungsbezogene Ebene)
- Durchlaufen einer künstlerischen Entwicklung, bei der über das sichere Replizieren der Rolle hinaus auch eine Verhaltensdiffusion zwischen Rolle und Leben sowie eine Diffusion biographischer Inhalte möglich ist, die dann in eine biographische Abgrenzung, und schließlich in einer freier Ausgestaltung der Rolle aus Rollendistanz heraus einmünden sollte, - also in einer sicheren Abgrenzung zwischen Spiel und eigenem Leben: psychotherapeutische Ebene.

## V.2.3. Werkstattgruppe

### V.2.3.a. Allgemeine Beschreibung

Die Arbeitsstruktur in der Werkstattgruppe orientiert sich in der Zusammenarbeit zwischen Künstlern und Therapeuten überwiegend an denselben Strukturprinzipien wie in der Theatergruppe.

Im Vergleich zur Theatergruppe gibt es aber, neben den Besonderheiten der Medien (Malerei, Freie Bewegung, Musik), noch den entscheidenden Unterschied, dass es sich um eine auf 8-14 Tage konzentrierte Arbeitseinheit handelt, bei der die Patienten aus anderen therapeutischen Aktivitäten herausgelöst sind.

Darüber hinaus impliziert der „Werkstattcharakter“ das Heranführen eines außerhalb des Versorgungssystems stehenden Künstlers zum Erwerb bestimmter künstlerischer Techniken, ist also direkt mit dem Kennen lernen von etwas Neuem, vorher nicht Bekanntem und dem Wunsch nach Wissenszuwachs verknüpft.

Die Arbeit ist dabei weniger auf ein abschließendes Endergebnis und mehr auf die Vermittlung von neuen künstlerischen Erfahrungen ausgerichtet. Diese Unterschiede können sich auf folgende Weise auf das therapeutische Setting auswirken:

- **Prinzip des „Urlaubs vom therapeutischen Alltag“**

Für viele Patienten ist der Aufbau von „Alltag“ eine sehr schwierige erste therapeutische Aufgabe, wenn sie in das Rehasystem eintreten. Wenn diese Aufgabe bewältigt wurde und die Patienten Selbstfürsorge, soziale Aktivitäten und rehabilitatives Training in sinnvoller Weise miteinander verknüpfen können, treten sie häufig in eine Phase der Stagnation ein, in der Angst vor weiteren Veränderungen oder Anforderungen vorherrscht.

Diese Haltung ist über das Defizit vieler Patienten zu einer selbstbestimmten Handlungsplanung (Dysexecutive Syndrome, nach Shallice 1982, 1988), über die negative Selbsteinschätzung zur eigenen Handlungskompetenz (Schubart et al. 1986) sowie über das Verlieren des Wissens über eigene Interessen und Beschäftigungsmöglichkeiten (Metakognitionsdefizit, Frith 1992) gut erklärbar. Sie verhindert aber häufig, dass der Patient eigene Aktivitäten und Interessen aufbaut, die ihm helfen könnten, sich auch außerhalb des Rehasystems befriedigend im Alltag zurecht zu finden (Green 1996).



In diesem Zusammenhang haben die Werkstätten die Aufgabe, die Routine des therapeutischen Alltags zu unterbrechen und den Patienten vor die Anforderung zu stellen, sich auf einen neuen situativen Rahmen einzulassen sowie eigene künstlerische und soziale Kompetenzen zu überprüfen.

- **Funktion der „Professionellen“**

Die Möglichkeit, mit einem professionellen Künstler zusammen zu arbeiten, der nicht ein primär therapeutisches Interesse verfolgt, wird von vielen Patienten als Aufwertung ihrer Person und ihrer künstlerischen Fähigkeiten erfahren. Bei der speziellen Konstellation mit deutschen Künstlern kam zusätzlich noch ein ausgeprägtes Interesse an dem anderen Land und an der anderen Sprache hinzu. Der Künstler erscheint in diesem Setting in der Funktion eines Reisenden, der aus der Fremde eines anderen Landes bzw. eines anderen Berufsfeldes kommt und neugierig nach seiner Meinung über die eigene vertraute Welt bzw. über Berichte und Beschreibungen aus seiner Welt bzw. seinen Berufsbereich befragt wird. Gerade die Entwicklung von sozialer Neugier kann für den im sozialen Rückzug befindlichen Erkrankten hier als besonderer therapeutischer Faktor gesehen werden.

Interessanterweise überträgt sich diese Neugier auch auf das therapeutische Team. So spielte die Befragung des Künstlers über seine persönliche Wahrnehmung einzelner Patienten und deren Schwierigkeiten sowie gezeigte Kompetenzen in der Arbeit eine wichtige Rolle bei der Integration erlangter Handlungsspielräume von Patienten in den weiteren therapeutischen Prozess. Die Arbeit mit dem Berufskünstler kann so, wenn die Therapeuten und die Künstler dafür offen sind, einen Supervisionsaspekt für die herkömmliche therapeutische Arbeit annehmen.

- **Intensität der sozialen Aktivierung**

Während innerhalb des normalen therapeutischen Alltags die Möglichkeit besteht, individuelle Aktivitäten mit Gruppenaktivitäten abzuwechseln und dabei auch zwischen verschiedenen Kleingruppen zu tauschen, so sind die Patienten während der Werkstätten durchgehend an eine feste Bezugsgruppe gebunden.

Dies bewirkt eine große Intensivierung der Gruppenprozesse, was bei den meisten Patienten als Stress empfunden wird, da die Gefahr gesehen wird, die Kontrolle über die Nähe-Distanzregulation zu verlieren (Mentzos 1997) und entweder in der Gruppe die Autonomie zu verlieren oder aber von der Gruppe ausgeschlossen zu bleiben.

Ähnlich wie in der Theatergruppe die Rolle, so hat in den künstlerischen Werkstätten das Finden einer eigenständigen künstlerischen Form eine wichtige Funktion für die Bewältigung dieses Konfliktes. In dem Gestalten einer eigenständigen Form absorbiert der Patient zunächst einmal eigene Emotionen und Emotionen der Gruppe, die für ihn im schlimmsten Fall nicht unterscheidbar sind, und integriert sie zu einem persönlichen Ausdruck, der einerseits dem individuellen Bedürfnis gerecht wird, andererseits aber auch eine Antwort auf die in der Gruppe vorhandenen Emotionen darstellt. Über die künstlerische Form kann sich der Patient so einerseits von der Gruppe abgrenzen, andererseits aber auch emotional auf diese reagieren.

Ferner sollten die schon in der Theatergruppe erwähnten stabilen Rahmenbedingungen - *Stabilität von Ort, Zeit und Gruppenzusammensetzung, Integrierung von therapeutischem Personal in der Doppelfunktion als aktiv Teilnehmende und in supportiver Funktion für die Patienten* - gerade in der Werkstattgruppe eine besondere Berücksichtigung finden. Auch Arbeitsrituale, wie hier die Durchführung der „*Stabilen Künstlerischen Grundübung*“, können zusätzlich helfen, die frei werdenden Emotionen an kognitive und soziale Strukturen anzubinden und so für den Patienten integrierbar zu machen.

- **Katalysatoreffekt**

Auch wenn die Aktivität der Werkstatt zunächst einmal ein singuläres Ereignis in einem aus sozialem Rückzug bestimmten Alltag bleibt, so können hierdurch sowohl für die Patienten als auch für die Therapeuten und Künstler Impulse gesetzt werden, die sich weiter auf den Alltag auswirken können.

So berichtete eine in künstlerischer Therapie geschulte Psychologin, wie sie über die Teilnahme an der Bewegungswerkstatt ein Verständnis dafür aufbauen konnte, in welchem Setting sie Bewegungsarbeit auf einer akuten Psychosestation anbieten würde.

Viele Patienten, die an der ersten Malwerkstatt teilnahmen, wurden angeregt, regelmäßig an einer künstlerisch geleiteten Malgruppe teilzunehmen, welche durch die Malerin Małgorzata Bundzewicz schon vor Jahren in das Rehasystem implementiert werden konnte. Darüber hinaus konnte die nur einmal geplante Malwerkstatt auf Wunsch von Patienten und Künstlern bereits sechsmal wiederholt werden und es fand zudem eine Ausstellung der Arbeitsergebnisse im Krakauer Goethe-Institut statt. Auch die Bewegungswerkstatt wurde im Rahmen einer therapeutischen Ferienfreizeit für Krakauer Patienten erneut angeboten.

Auch die Fortsetzung der über die Werkstätten entstandenen sozialen Kontakte lässt sich auf den Katalysatoreffekt der intensiven Werkstattarbeit beziehen.

### **V.2.3.b. Technische Durchführung**

#### **Die Werkstatt als Möglichkeit der Begegnung**

Als wichtiges gemeinsames Prinzip bei allen, hier nicht explizit dargestellten Unterschieden zwischen den Werkstätten, lässt sich die Möglichkeit zur Begegnung hervorheben.

Begegnung ist dabei nicht etwas Beiläufiges, sondern etwas therapeutisch Essentielles, was insbesondere im Umgang mit dauerhaft erkrankten Menschen unverzichtbar erscheint; Martin Buber (1994, S. 74) beschreibt dies mit folgenden Worten:

*Wenn wir eines Weges gehen und einem Menschen begegnen, der uns entgegenkam und auch eines Weges ging, kennen wir unser Stück, nicht das seine, das seine nämlich erleben wir nur in der Begegnung.*

Hiermit ist ein Sachverhalt ausgedrückt, der insbesondere für die kognitiv kaum nachvollziehbare Verschiedenheit schizophrener Erlebens eine Rolle spielt.

Böker und Brenner (1996) erfassen es in der Forderung, dass der Therapeut mit dem schizophren Erkrankten auf möglichst vielen Ebenen Gemeinschaftlichkeit suchen sollte. Liberman und Green (1992) sprechen vom Therapeuten als einem komplexen Modell für den chronisch erkrankten Menschen, was ebenfalls Kontakt in verschiedenen Erfahrungsbereichen erfordert.

Die besondere Form des Kontaktes zwischen Therapeuten und Patienten in der Werkstatt wird dadurch erreicht, dass sich beide in ein neues Gebiet vorwagen, auf dem sie gleichberechtigter und unmittelbarer als im therapeutischen Alltag gemeinsam neue Erfahrungen sammeln können.

Das künstlerische Medium scheint dabei besonders dazu prädestiniert zu sein, diesen gemeinsamen Erfahrungsraum herzustellen, was der Leiter der Musikwerkstatt mit folgender Formulierung unterstreicht:

*Diese Form der Zusammenarbeit (\*1) ist eine Möglichkeit für alle Beteiligten, ihre Funktion und ihre Herkunft rund um einen Gegenstand zu vergessen, der letztendlich zur existenziellen Frage zurück führt, in der jeder gleichermaßen staunend und ratlos dasteht.*

(\*1) hier speziell die Aufmerksamkeit auf den musikalischen Gegenstand

Bei der Frage nach seiner Funktion im speziellen Setting von Patienten und Therapeuten sieht der Musiker sich darüber hinaus

*„als Geburtshelfer für einen gegenseitigen Emanzipationsprozess zwischen Patienten und Therapeuten bzw. zwischen Erkrankten und Gesunden“.*

## **Eine Kultur der Beobachtung**

Ein grundsätzlicher künstlerischer Ansatzpunkt, der alle Werkstätten miteinander verbindet, ist die Überzeugung, dass als erster Schritt für die verständige Anwendung künstlerischer Mittel eine Schulung der Sinne für die ästhetische Qualität alltäglicher Abläufe erreicht werden muss.

Um Malen zu können, muss zunächst eine Kultur des Beobachtens geschult werden, um Singen zu können, sollen zunächst musikalische Elemente in Sprechvorgängen und Alltagsgeräuschen gesucht werden, um Tanzen zu lernen, müssen tänzerische Ausdruckselemente in ganz alltäglichen Bewegungselementen wie Gehen, Stehen, Sitzen und Laufen betrachtet werden. Kunst scheint in dieser Vorstellung nicht von abstrakten Ideen auszugehen, sondern findet sich in der genauen Beobachtung und Analyse alltäglicher Abläufe; wenn man so will, wird zum Beginn der Arbeit eine Analyse von alltäglichen und vertrauten Vorgängen hinsichtlich ihrer ästhetischen Qualität durchgeführt. Ein gutes Beispiel hierfür ist das musikalische Solo mit dem eigenen Vornamen, welches in der Musikwerkstatt eingeführt wurde.

Der eigene Vorname ist eine klanglich-musikalische Struktur, deren ästhetischer Gehalt unter Alltagsbedingungen kaum noch wahrgenommen wird. Die klanglichen rhythmischen Möglichkeiten, die im Aussprechen des eigenen Namens liegen, sind zum einen bloß formaler Natur, zum anderen spiegelt sich in der Art, wie diese genutzt werden, auch das Verhältnis des Sprechers zu seiner Person wieder.

Die musikalische Arbeit mit den klanglichen Möglichkeiten im eigenen Namen kann auf diese Weise zu einer Erweiterung der Möglichkeiten werden, sich mit sich selbst in Beziehung zu setzen. Dabei gilt der in der Theatergruppe dargestellte Grundsatz, dass die Arbeit auf der Ebene des direkt sinnlich Erfassbaren und das Feedback der Gruppe dem Patienten hilft, eigene Wahrnehmungen zu validieren und psychotische Fehldeutungen zu korrigieren. Diese Arbeit könnte natürlich auch sprachlich elaboriert erfolgen; in der Arbeit an primär sinnlich wahrnehmbaren Prozessen, welche später sprachlich elaboriert werden, wird aber das Defizit schizophrener Menschen umgangen, soziale Kategorien zuverlässig mit persönlichen Erfahrungen in Verbindung zu bringen.

Indem die soziale Validierung schon vorsprachlich auf der Ebene des Materials stattfindet (Töne, Bilder, Bewegungen) und auch das Feedback der Gruppe auf dieser Ebene erfolgt, können so sprachliche Kategorien leichter mit den schon in einen sozial Kontext eingebundenen persönlichen Erfahrungen in Kontakt treten.

### **Zwei praktische Beispiele aus der Werkstattarbeit**

Die Künstler sollen in den Werkstätten, ähnlich wie in der Theatergruppe, ein Modell dafür abgeben, wie man mit den in der künstlerischen Arbeit auftauchenden Schwierigkeiten kreativ umgehen kann. Hierbei müssen sie sich in ihren Interesse, ihrer Motivation und in ihren Handeln für die Patienten auf emotionaler, kognitiver und sozialer Ebene „lesbar“ machen. Gleichzeitig müssen sie künstlerische Formen, Techniken und Tricks vermitteln und diese auch aktiv in schwierigen Situationen für die Patienten anbieten. Wichtig ist auch hier das direkte Handeln im „Vor-Machen“, über das der Patient, unter Umgehung von kognitiven oder emotionalen Barrieren, physische Aktionen direkt in die eigenen Handlungsabläufe aufnehmen kann (Strukturinfusion, s. Einleitung I.2., S.12). Der Patient ist, wie in der Theatergruppe, auf ein ständiges „Feedback“ durch den Künstler angewiesen.

Die Art, wie sich die therapeutischen Probleme dabei anhand der unterschiedlichen künstlerischen Techniken darstellen, kann anhand von zwei Fallvignetten gezeigt werden, welche sich aus Gründen der Übersicht im Anhang 3 (S.223) befinden.

In den Fallvignetten wird nicht nur gezeigt, dass sich viele therapeutische Probleme auf der ästhetischen Ebene abbilden lassen, sondern auch, dass sie unter Verwendung künstlerischer Regeln und Techniken therapeutisch bearbeitet werden können.

### **V.2.3.c. Erfolgskriterien**

#### Drop out und Gruppenkohäsion

Wie auch in der Gesprächs- und in der Theatergruppe, gilt das Ausmaß der Drop Outs als ein Indikator für Gruppenkohäsion. Gleichzeitig ist die Fähigkeit, sich durch ein mögliches Drop Out vor einer sozialen oder therapeutischen Überstimulation zu schützen, durchaus auch als eine soziale Kompetenz zu werten, da die Patienten in der Werkstattgruppe weniger Zeit und Möglichkeit haben, sich mit den Zielen und Anforderungen der Künstler konstruktiv auseinander zu setzen.

### Ausmaß sozialer Aktivierung

Das Ausmaß der sozialen Aktivierung in der intensiven Gruppenarbeit kann als wichtiger Indikator für den systemischen Impuls gewertet werden, der durch die Werkstatt in dem durch Rückzug und Vermeidung geprägten Lebensstil vieler Patienten gesetzt wird.

### Das Erreichen der persönlichen Gruppenziele

Natürlich ist es auch wichtig, dass die Patienten ihr persönliches Gruppenziel erreichen, gleichgültig, ob es sich hierbei um eine Verbesserung ihrer künstlerischen Leistungsfähigkeit handelt oder aber um den bloßen Wunsch, einen Künstler aus einem fremden Land kennen zu lernen; allein die Erfahrung, sich einer ungewohnten Situation ausgesetzt zu haben, um ein persönliches Ziel zu erreichen, ist für viele Patienten schon eine ungewohnte Selbstwirksamkeitserfahrung, welche ein positiveres Licht auf das eigene Selbstbild werfen kann. Sowohl die Therapeuten als auch die Künstler sollten daher eine Offenheit gegenüber der „Heterogenität“ der möglichen Zielvorstellungen aller Beteiligten als therapeutische Haltung in die Werkstattarbeit hineinbringen.

### Aufnahme der Ergebnisse in den therapeutischen Alltag

Die über die Werkstatt gesetzten systemischen Impulse müssen therapeutisch oder sozial aufgegriffen werden, damit sich aus ihnen eine bleibende Veränderung ergibt.

Damit die Diffusion der neuen Erfahrung in das soziale Umfeld des Patienten gelingen kann, sollte der Künstler schon während der Werkstattarbeit eine offene und transparente Haltung gegenüber dem alltäglichen Umfeld des Patienten einnehmen; auch sollten Kontakte zu den jeweiligen Individualtherapeuten der Patienten aufgenommen werden. Ferner müssen sowohl die teilnehmenden Therapeuten als auch die Künstler Interesse und Respekt für den jeweils anderen Aufgabenbereich zeigen; die Therapeuten sollten also tatsächlich künstlerische Erfahrungen machen wollen und die Künstler sollten sich nicht als „bessere Therapeuten“ darstellen, sondern Interesse und Respekt für die Begrifflichkeiten und Notwendigkeiten im therapeutisch angemessenen Umgang mit den Patienten zeigen: Beide Professionen müssen daher zunächst Vertrauen in die Arbeit des jeweils komplementären Bereichs entwickeln. Nur so können die Patienten sowohl künstlerisch als auch therapeutisch profitieren.

## V.2.4. Zusammenfassung (13) der wichtigen Unterschiede zwischen den drei Gruppenmaßnahmen

**Tab. 41**  
Maßnahmen im Vergleich

Maßnahmenvergleich	Gesprächsgruppe	Theatergruppe	Werkstattgruppe
Setting	Therapeut als Spezialist und Moderator; <b>Einbindung langfristig-integrativ</b> ; klientenzentrierte Themenauswahl und gruppenzentriertes Arbeiten	Künstler als Spezialist und Ideengeber, Therapeut als Teilnehmer und Modell; <b>Einbindung langfristige – integrativ</b> ; gruppenzentriert Themenauswahl, klienten- und gruppenzentriertes Arbeiten	Künstler als Spezialist und Ideengeber; Therapeut als Teilnehmer und Modell; <b>Einbindung kurzfristig – intensiv</b> ; gruppenzentrierte Themenauswahl und klientenzentriertes Arbeiten vor der Gruppe
Ziele	regelmäßige Teilnahme positives Feedback Erweiterung integrativer Copingkonzepte Erkennen eigener emotionaler Zustände <b>sprachliches Erfassen emotionaler Zustände</b> ; Knüpfen eines sozialen Netzes; <b>Vermittlung krankheitsbezogenen Wissens</b>	Regelmäßige Teilnahme Zufriedenheit mit Produktion Zufriedenheit mit der Rolle kognitive, emotionale und physische <b>Bewältigung der Rolle</b> psychologisches Wachstum über Rolle und Inhalte des Stückes; Knüpfen eines sozialen Netzes; <b>Vermittlung künstl. Wissens</b>	regelmäßige Teilnahme, hohes <b>Ausmaß sozialer Aktivierung</b> , das <b>Erreichen individueller Ziele</b> ; Aufnahme in den Alltag; nicht rollengebundene Möglichkeiten der Begegnung über die künstlerische Erfahrung; <b>Vermittlung künstlerischen Wissens</b>
Techniken	<b>Schwerpunkt auf verbalen Techniken</b> ; therapeutische <b>Exploration</b> ; <b>geleitetes Entdecken (innerhalb)</b> Rollenspiele Elemente aus sozialem Kompetenztraining Techniken von Psychoedukation; kein klarer Abschluss; <b>keine Präsentation der Arbeitsergebnisse nach Außen</b>	<b>Schwerpunkt auf verbalen und non-verbalen Techniken</b> ; Prinzip der physischen Aktion, <b>individualtherap. Aufgreifen der Prozesse (außerhalb)</b> ; Vorgabe von Rolle und Inhalt des Stückes; <b>Aufführung als obligatorisches Gruppenziel</b> ; Übungen für Ausdruckstraining	<b>Schwerpunkt auf non – verbalen Techniken (Malen, Singen, freie Bewegung)</b> ; Vorgabe von Themen und Übungen durch den Künstler; <b>individualtherap. Aufgreifen der Prozesse (außerhalb)</b> ; <b>Zeigen der Ergebnisse als fakultatives Gruppenziel</b> ; Aufzeigen ästhetisch – technischer Regel

**Tab. 41**

Maßnahmen im Vergleich (Fortsetzung)

<b>Maßnahmenvergleich</b>	<b>Gesprächsgruppe</b>	<b>Theatergruppe</b>	<b>Werkstattgruppe</b>
Wirkfaktoren	zu Beginn: Kohäsion, Katharsis, Einflößen von Hoffnung und Universalität des Leidens; später : Einsicht und interpersonelles Lernen, insbesondere über Feedback und Selbstöffnung; <b>Probleme werden dabei direkt und biographisch angesprochen</b>	<b>Rolle vermittelt</b> <b>Struktur und emotionale Distanzierung;</b> <b>Inhalt des Stückes bindet individuelle Problematik in einen allgemeinen sozialen Kontext ein;</b> soziales Lernen am Modell der Rolle; Einüben des Perspektivenwechsels; kognitives Training; <b>Ästhetischer Genuss als intrinsischer Verstärker;</b> Aufführung als Wirklichkeitsüberprüfung und für soziale Anerkennung	Erlernen von professioneller Kompetenzen; ästhetisches Lernen am Material; <b>individuelle Probleme werden ästhetisch – technisches aufgegriffen und bearbeitet;</b> soziales Lernen in der Gruppe; <b>Exposition und Bewältigung sozialer Stressoren;</b> ästhetischer Genuss; soziale Anerkennung über die Ausstellung
beobacht. Effekte	Verbesserung von Gruppenkohäsion; umfassenderes Krankheitsverständnis <b>Verbesserung der Wahrnehmung und Verbalisation eigener Emotionen;</b> verbesserte Wahrnehmung von Emotionen anderer Teilnehmer, bessere soziale Einbindung	Verbesserung von Gruppenkohäsion; <b>Verbesserung im Spielen der Rolle;</b> flexibleres Aufgreifen neuer sozialer Handlungselemente; bessere Merkfähigkeit; verbesserte Koordination mit den anderen TN; positive Erfahrung in der <b>Übernahme sozialer Verantwortung</b> für das Gelingen des gemeinsamen Gruppenzieles, soziale Anerkennung	<b>Verbesserung in der ästhetischen Formung;</b> Verbesserung von Gruppenkohäsion; Mobilisierung sozialer, emotionaler und kognitiver Kompetenzen, soziale Anerkennung, <b>generalisierte soziale Aktivierung</b>

**Zusammenfassung (14) zu V.1. u. V.2.:**

Anhand der qualitativen Methoden kann insbesondere der multidimensionale Ansatz in der Theatertherapie gut heraus gearbeitet werden. Gleichzeitig scheinen auch die anderen Methoden bezüglich des Setting, der Ziele und der Techniken vor dem Hintergrund einer störungsbezogenen Therapie klinisch stimmig und hinsichtlich ihrer Wirkfaktoren gut operationalisierbar zu sein.

Bezüglich der **Hypothese 5** zur Fragestellung 7 „*Übereinstimmung zwischen teilnehmender Beobachtung und Trends in Haupt- und Zwischenzielen*“ (vgl. III.11., S. 88) lässt sich aussagen, dass sich Trends in den Hauptzielen überwiegend in der „Drop- Out- Quote“ widerspiegeln und die Trends in den Zwischenzielen in guter Übereinstimmung mit den vorgenommenen teilnehmenden Beobachtungen stehen.



Global kann das Resümee gezogen werden, dass es sich bei teilnehmenden Beobachtungen, Zielformulierungen der Teilnehmer (TGC) sowie gemessenen Haupt- und Zwischenzielen um unabhängige Beschreibungsebenen handelt, die sich gegenseitig ergänzen können, aber sich nicht direkt ineinander überführen lassen.

Ferner zeigen sich die von den Bezugstherapeuten vorgenommenen Auswahlkriterien für die Verteilung auf die Maßnahmen als ausgesprochen funktional, da sie eine gute Übereinstimmung mit den von den Teilnehmern vorgenommenen Zielformulierungen erbrachten und eine gute Abstimmung auf die in der teilnehmenden Beobachtung erfassten spezifischen Anforderungen in der Durchführung der einzelnen Maßnahmen erreicht haben.

So konnten fast alle Teilnehmer von den angewandten Maßnahmen profitieren, gerade, weil eine individuelle Abstimmung zwischen dem Störungsprofil des Patienten und dem Anforderungsprofil der jeweiligen Maßnahme in den psychotherapeutischen Verteilungskriterien auf die einzelnen Gruppen zugelassen wurde (s. hierzu auch Zubin 1989, S. 14, Süllwold 1995, S. 9 – 10 und Alanan et al. 1982, 1985).

### V.3. Analyse der Drop Outs

#### V.3.1. Verteilung der Drop Outs auf die Gruppen

**Tab. 42**

Drop Outs in den Gruppen

Therapiegruppen	Drop out / nicht – Drop Out
Gruppe 1 (n = 8)	0 / 8
Gruppe 2 (n = 13)	3 / 13
Gruppe 3 (n = 27)	5 / 27
Gesamtgruppe (n = 48)	8 / 48

Die Zahl der Drop Outs liegt in beiden künstlerischen Gruppen bei ca. 20%. Erwähnenswert ist, dass keiner der Drop Outs mit einer stationären Wiedereinweisung in einem direkten zeitlichen Zusammenhang stand.

#### V.3.2. Verteilung der Drop Outs in den Gruppen über die Zeit

**Tab. 43**

Drop Outs über die Zeit

Therapiegruppen	Kein Drop Out	Out Erstes Th.drittel	Out Zweites Th.drittel	Out Letztes Th.drittel
Gruppe1 (n = 8)	8	-	-	-
Gruppe2 (n = 13)	10	1	2	-
Gruppe 3 (n = 27)	22	3	2	
Gesamtgruppe (n = 48)	40	4	4	

Während die Drop Outs in der Werkstattgruppe auf den Anfang und die Mitte der Maßnahme verteilt sind, so finden sie in der Theatergruppe überwiegend in der Mitte der Behandlungszeit statt.

### **V.3.3. Vermutungen zu den Drop-Out-Ursachen**

Es sollte hier Bezug genommen werden auf die unterschiedliche zeitliche Dynamik von Werkstattgruppe und Theatergruppe.

Während die therapeutischen Maßnahmen sich bei der Theatergruppe über ein Jahr erstreckten, waren sie bei den Werkstattgruppen auf 14-16 Tage konzentriert.

Sowohl für die Dynamik der Theatergruppe als auch für die Dynamik der Werkstattgruppe gilt es hervorzuheben, dass keiner der Patienten sich die emotional anspruchsvolle Situation der abschließenden Präsentation der künstlerischen Ergebnisse vermieden hat, welche insbesondere in der Theatergruppe als ausgesprochene Stressbelastung bewertet werden müssen (keine Drop Outs im letzten Drittel).

Es könnte also vermutet werden, dass die Drop Outs in der Theatergruppe überwiegend zeitbezogener Natur waren, da die Patienten vor der Endprobenzeit merkten, dass sie für die weiteren intensiveren Belastungen nicht zu Verfügung stehen können.

Ferner handelte es sich bei der Person, die die Theatergruppe künstlerisch anleitete, um eine den meisten Patienten vertraute Person, während es sich bei den künstlerischen Leitungen der Werkstattgruppen um den Patienten nicht vertraute Leiter handelte.

Die Drop Outs vor Beginn der Werkstattgruppen könnten daher ein Schutzmechanismus der Patienten gewesen sein, die Angst hatten, sich in einer für sie nicht berechenbaren Situation einem unbekanntem Leiter anzuvertrauen.

Trotz dieser Vermutungen über die Drop Outs in den künstlerischen Gruppen muss die außergewöhnliche Leistung der Leiter in der Gesprächsgruppe hervorgehoben werden, bei der nicht nur kein Drop Out beobachtet werden konnte, sondern bei der es sich auch gleichzeitig um die Gruppe mit dem geringsten sozialen Ausgangsniveau (GAS) handelte.

#### **V.3.4. Überprüfung durch Einzelbefragung**

Bei der Werkstattgruppe konnte durch Einzelbefragungen die Annahme, dass sich die Patienten vor der ungewohnten Behandlungssituation gefürchtet haben, in allen Fällen bestätigt werden.

Dies darf aber nicht nur als Vermeidungsverhalten gesehen werden, sondern kann auch als gesundes Schutzverhalten betrachtet werden.

So war einer dieser Patienten in unsicherer Remission nach einer schweren psychotischen Episode, während ein anderer Patient erst seit einer Woche in das Rehasystem eingebunden war und sich durch die vielen neuen Eindrücke überfordert fühlte.

Ein dritter Patient hatte die Vorstellung, auf Video aufgezeichnet zu werden, wahnhaft verarbeitet.

In der Theatergruppe konnte die angestellte Vermutung über die Drop-Out - Ursache ebenfalls teilweise bestätigt werden.

Einer der Patienten hatte während des Probenzeitraumes ein Studium, ein zweiter eine neue Arbeit aufgenommen, wobei sich beide durch die Doppelbelastung - neue soziale Stressoren und emotionaler Stress in den Endproben - überfordert fühlten.

Der dritte Patient der Drop Outs in der Theatergruppe gab zwar ebenfalls zeitliche Gründe für sein Ausscheiden an; bei genauerem Nachfragen wurde aber deutlich, dass er moralische Skrupel in der Arbeit mit den sexuellen Inhalten des Theaterstücks hatte; dieser Patient war früher einmal Anwärter auf das Priesteramt gewesen, so dass sein Ausscheiden mit der Angst in Verbindung zu bringen ist, sich mit einem für ihn schwierigen und biographisch belastenden Thema auseinander zu setzen.

#### **Zusammenfassung (14 a) zu V.3.**

Anhand der Einzelbefragungen konnte heraus gearbeitet werden, dass es sich auch bei langzeit-erkrankten Menschen mit psychotischen Störungen nicht um passive, den Überforderungen und Fehlern von therapeutischen Fehleinschätzungen hilflos ausgelieferte Objekte handelt, sondern vielmehr um Subjekte, die ihre persönlichen Belastungen und Grenzen selbst hinreichend optimal einschätzen können und sich so in freiwilliger Wahl bestimmten therapeutischen Belastungen aussetzen bzw. sich vor diesen schützen.

Dass die Patienten so gut gelernt haben, mit ihrer Krankheit selbstverantwortlich umzugehen, lässt sich natürlich auch als besondere Qualität des psychosozialen Rahmenprogramms interpretieren, in welches sie eingebunden sind.

## VI. Zusammenfassung der Ergebnisse und Gegenvergleich mit den Hypothesen

### VI.1. Zusammenfassung der qualitativen und quantitativen Ergebnisse

1. Die Verteilung der Stichprobe auf die unterschiedlichen Behandlungsmaßnahmen über erfahrene Bezugstherapeuten bewirkt ein Ungleichgewicht bezüglich des „*Globalen sozialen Funktionsniveaus*“ (in der Gesprächsgruppe besonders niedrig) und der „*paranoid halluzinatorischen Basisstörungen*“ (in der Theatergruppe besonders niedrig); außerdem kommen in der Gesprächsgruppe höhere Neuroleptikadosen zum Einsatz als in den anderen Gruppen.
2. Alle drei Gruppen zeigen in Bezug auf die maßnahmenbezogene Verhaltensänderung („*Zwischenziele*“) signifikante Fortschritte.
3. Alle drei Gruppen zeigen bezüglich der „*Hauptziele*“ („*Reduktion von Basisstörungen*“, „*Verbesserung des globalen sozialen Funktionsniveaus*“ und „*Vermeidung von stationären Wiedereinweisungen*“) einen positiven Trend, der aber in keiner der drei Behandlungsgruppen statistische Signifikanz erreicht.
4. In der Zusammenfassung der einzelnen „*Hauptziele*“ zu einer „*Metaskala*“ lässt sich in der Theatergruppe eine Verbesserung der Mittelwerte nachweisen, welche sich signifikant von 0 unterscheidet; hierbei scheinen vor allem Unterschiede in der „*Mehrinanspruchnahme von stationären und halbstationären Hilfen*“ die Gruppen voneinander zu differenzieren.
5. In der Theatergruppe lässt sich eine positive Korrelation zwischen dem Erreichen der „*Zwischenziele*“ und dem Erreichen der „*Hauptziele*“, gemessen auf der „*Metaskala*“, nachweisen.
6. Weder für die „*Zwischenziele*“ noch für die „*Hauptziele*“ lassen sich in den einzelnen Gruppen differentielle Prädiktoren nachweisen.
7. In der gesamten Stichprobe (n = 48) gab es eine positive Korrelation zwischen dem globalen Erreichen der „*Zwischenziele*“ und einer
  - niedrigen „*fatalistischen Kontrollüberzeugung*“ (C)
  - sowie einer niedrigen „*Anzahl von stationären Wiedereinweisungen*“ (NH) zu Untersuchungsbeginn;

- über das Verfahren der schrittweisen Regressionsanalyse konnten ferner eine niedrige „*Krankheitszeit*“ (TC)
  - und ein niedriges Ausmaß von „*dysthym-asthenischen Basisstörungen*“ (BS2) als Prädiktoren für das globale Erreichen der „*Zwischenziele*“ errechnet werden.
8. In der gesamten Stichprobe (n = 48) konnte als wichtigster Prädiktor für die Verbesserung verschiedener Formen von Basisstörungen (*kognitiv-intentional, paranoid-halluzinatorisch, sensorisch-perzeptiv und Summe der positiven Basisstörungen*)
- eine niedrige „*externale Attribuierung*“ (-P) zu Untersuchungsbeginn nachgewiesen werden;
  - ferner erwiesen sich ein hohes Störungsniveau zu Untersuchungsbeginn sowohl bei den „*Basisstörungen*“ als auch beim „*Globalen sozialen Funktionsniveau*“ als Prädiktoren für eine mögliche Verbesserung;
  - Medikation (in diesem Fall *Depot-Medikation*) erwies sich als Prädiktor für die Verbesserung des „*Globalen sozialen Funktionsniveaus*“;
  - nicht klar zuzuordnen sind folgende Zusammenhänge:
    - Prädiktorfunktion von „*männlichem Geschlecht*“ und niedrigem „*I*“ auf die „*kognitiv intentionalen Basisstörungen*“;
    - Prädiktorfunktion von „*sensorisch-perzeptiven Basisstörungen*“ auf die Verbesserung der „*kognitiv-intentionalen Basisstörungen*“;
    - Für die Veränderungen der „*dysthym-asthenischen Basisstörungen*“, des „*Global Outcomes*“ sowie der „*Mehrinanspruchnahme von stationärer Hilfe*“ konnten keine Prädiktoren gefunden werden.
9. Als Zusammenhang, der sowohl für das Erreichen von klinischen „*Hauptzielen*“ als auch für das der therapiebezogenen „*Zwischenziele*“ relevant ist, konnte neben Faktoren, die den bisherigen Verlauf anzeigen („*Krankheitszeit*“, „*Anzahl der Hospitalisierungen*“, „*gesamte stationär verbrachte Zeit*“) vor allem das Konstrukt der „**Kontrollüberzeugungen**“ herausgearbeitet werden; während eine niedrige „*Externalität*“ Einfluss auf das Erreichen der klinischen

„Hauptziele“ aufweist, so scheint ein niedriges Ausmaß von „Fatalismus“ in einem positiven Zusammenhang mit dem Erreichen der „Zwischenziele“ zu stehen; von den krankheitsbezogenen Faktoren kommt nur dem Ausmaß der „dysthym-asthenischen Basisstörungen“ eine Prädiktorfunktion für das Erreichen der „Zwischenziele“ zu.

10. Über die Besonderheit des Konstruktes „IPC“ bei schizophrenen Menschen kann aufgrund der analysierten korrelativen Zusammenhänge mit den anderen psychologischen, psychopathologischen und verlaufsbezogenen Eingangsfaktoren ausgesagt werden, dass

- „Internalität“ (I) eine günstige, therapeutisch zu fördernde Variable darstellt, die aber noch stärker als „Externalität“ (P) mit der sozialen Voradaption und den augenblicklichen sozialen Möglichkeiten in Zusammenhang steht;
- „fatalistische Externalität“ (C) steht dagegen eher mit passivem Rückzugsverhalten aufgrund von häufigen und lang andauernden Hospitalisierungen im Zusammenhang und ist dabei mit Symptomen aus dem positiven und dem negativen Spektrum positiv korreliert. Bei dem globalen Erreichen von psychotherapeutischen Zielen zeigt sich „C“ als Prädiktor für eine reduzierte Möglichkeit zur Verhaltensänderung.
- Die Rolle von „sozialer Externalität“ (P) ist dagegen zwiespältig einzuschätzen; einerseits scheint sie als Persönlichkeitsfaktor wie „I“ in Zusammenhang mit der sozialen Voradaption zu stehen; andererseits ist sie mit „Basisstörungen“ insbesondere aus dem paranoid halluzinatorischen Bereich sowie mit einer geringen Wahrscheinlichkeit zu deren Veränderung positiv korreliert.
- Es könnte daher zwischen schon vorhandener Persönlichkeitskomponente (+P) und momentaner paranoider Symptomatik (+BS) zu einer Art gegenseitiger Aufschaukelung kommen, die sich dann für einen Rückgang dieser Störungen als hinderlich erweisen würden. So sollten psychotherapeutische Maßnahmen mit schizophrenen Patienten zumindest nicht darauf abzielen, schon vorhandene „externale Attributionsstile“ weiter zu verstärken.

11. Für das Konstrukt der „Psychotherapiemotivation“ lässt sich im Spannungsfeld zwischen „Haupt- und Zwischenzielen“ folgendes Profil aufweisen

- Das Konstrukt der Psychotherapiemotivation erscheint insbesondere über seine Unterskalen attraktiv zu sein, da sie insbesondere in Korrelation zum IPC – Konstrukt Hinweise zur Darstellung von unterschiedlichen Bewältigungsprofilen geben; gleichzeitig wird aber deutlich, wenn z.B. Unterskalen wie „*Hoffnung*“ (HO) und „*Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit*“ (VH) nicht nur mit „*Externalität*“ (P) und „*Fatalismus*“ (C), sondern auch mit den „*Basisstörungen*“ korreliert erscheinen, dass diese Bewältigungsstile auch in einem direkten Zusammenhang mit der erlebten Psychopathologie stehen.
- Aufschlussreich ist in der Analyse der Korrelationsprofile der Unterskalen die Wichtigkeit des Faktors „*Hoffnung*“, diese erscheint, ähnlich wie das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen, mit allen relevanten psychologischen und krankheitsbezogenen Faktoren korreliert zu sein.
- Im Gegensatz zur „*Internalität*“, der ja eine vergleichbare intermediäre Bedeutung zugeschrieben wird, erscheint „*Hoffnung*“ aber unabhängiger vom bisherigen Krankheitsverlauf zu sein, da sich keine Korrelationen zu bereits vorhandenen negativen Verlaufsprädiktoren („*Krankheitsdauer*“, „*Anzahl stationärer Wiederweisungen*“ oder „*Gesamte stationär verbrachte Zeit*“) feststellen lassen ein geplanter therapeutischer Einbezug dieses Faktors findet, wahrscheinlich aufgrund seiner Einfachheit, auch in dieser Untersuchung noch zu wenig Berücksichtigung.

12. Aus der qualitativen Analyse der angewandten Maßnahmen lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

- Während in der Gesprächsgruppe individualtherapeutische Themen direkt innerhalb der Gruppe angesprochen werden, liegt der Fokus in den künstlerischen Gruppen auf der Vermittlung künstlerisch-technischen Wissens; individuelle therapeutische Prozesse werden in der Individualtherapie außerhalb der Gruppentherapie angesprochen.
- Während in der Gesprächsgruppe überwiegend positive Feedback-Prozesse in der Gruppe als Wirkfaktoren in Erscheinung treten, so ist in den künstlerischen Gruppen zu beobachten, wie die Vermittlung technisch-künstlerischer Regeln eine therapeutische Eigendynamik entfaltet, die der Provokation und Strukturierung von Emotionen dient.

- Während der Fokus in der Gesprächsgruppe im verbalen Bereich liegt und in den Werkstattgruppen im nonverbalen, so liegt der Fokus in der Theatergruppe im mittleren Bereich zwischen verbalen und non - verbalen Methoden.
  - Bei der Theatergruppe wird Feintransfer von Rollenerfahrung und sozialem Rollenverständnis zwischen der Theaterrolle und den sozialen Lebensrollen angenommen.
  - Während in der Gesprächsgruppe und in der Theatergruppe die individuelle Einbindung in das Leben der Patienten eher langfristig integrativ erfolgt, erscheint sie in der Werkstattgruppe kurzfristig intensiv zu sein; das Ausmaß der sozialen Aktivierung scheint mit der Intensität der zeitlichen Anwendung in einem direkten Verhältnis zu stehen; aus diesem Grund ist man in der Werkstattgruppe unmittelbarer als in der anderen Gruppen auf modulierende Faktoren angewiesen, mit denen zu starke Emotionen abgepuffert und in alltägliche therapeutischen und sozialen Prozesse eingebunden werden können.
13. Bei der differentiellen Analyse der Drop Outs ergibt sich bei der Werkstattgruppe ein Gipfel im ersten Drittel der Maßnahme, häufig sogar vor Therapiebeginn, und in der Theatergruppe im zweiten Drittel der Maßnahme. Überwiegend erfolgten die Drop Outs in der Werkstattgruppe aufgrund der Vielzahl von neuen, für die Patienten schlecht einschätzbaren Belastungsfaktoren, in der Theatergruppe dagegen eher aufgrund der zu starken zeitlichen Belastung in der Endprobenphase oder in Verbindung mit der Angst vor einer tiefer gehenden biographischen Auseinandersetzung mit den gespielten Rollen, die in der Phase der Schlussproben einsetzt. Dass in der Gesprächsgruppe kein Drop Out erfolgte, ist in Verbindung mit einem hohen Ausmaß an „*Gruppenkohäsion*“ zu sehen, welche in der Gesprächsgruppe hergestellt werden konnte; dies erwies sich als qualitativ gute Voraussetzung für den weiteren therapeutischen Prozess. Gleichzeitig muss insbesondere bei den Drop Outs der Werkstattgruppe berücksichtigt werden, dass es sich dabei um eine für die Patienten unbekannte Maßnahme gehandelt hat, die zu dem noch von unbekanntem Leitern ausgeführt wurde.
- Global gesehen zeigen alle Patienten ein erstaunliches Maß an Selbstverantwortung und Kompetenz darin, sich flexibel therapeutischen Belastungen auszusetzen bzw. sich bei Überlastungen vor diesen schützen zu können.



## VI.2. Gegenvergleich mit den Hypothesen (vgl. III.11., S.86f)

Hypothese 1 (*Zwischenziele unterscheiden sich signifikant zwischen Prä und Post*) und

Hypothese 2 (*bei den Hauptzielen positive Trends ohne signifikante Unterschiede*) konnten bestätigt werden.

Hypothese 3 und Hypothese 4 konnten nicht bestätigt werden:

- Eine Korrelation zwischen „Haupt“- und „Zwischenzielen“ ergab sich nicht in der am besten evaluierten und validierten Maßnahme (Gesprächsgruppe), sondern nur in der Theatergruppe (vgl. Hypothese 3, III.11., S.87)
- Es gibt für die einzelnen Gruppen keine differentiellen Prädiktoren für das Erreichen von Zwischenzielen, sondern nur globale Prädiktoren (vgl. Hypothese 4, III. S.87)

Die Überlegungen zum Zusammenwirken der verschiedenen Erfassungsebenen (Hypothese 5, S. 88) müssen modifiziert werden:

- „Selbstrating“, „teilnehmende Beobachtung“, „Hauptziele“ und „Zwischenziele“ beschreiben unterschiedliche Ebenen des therapeutischen Prozesses, welche sich gegenseitig ergänzen, aber nicht direkt ineinander überführen lassen.
- Dennoch lassen sich gute Übereinstimmungen zwischen der teilnehmenden Beobachtung und den Trends bei den Zwischenzielen nachweisen; ferner besteht eine gute Passung zwischen der Gruppenverteilung nach psychotherapeutischen Kriterien und der subjektiven Zieleinschätzung (TGS) der einzelnen Teilnehmer. Auch über die teilnehmenden Beobachtung zeigen sich die psychotherapeutischen Kriterien als klinisch sinnvoll.

## VII. Diskussion

### VII.1. Ergebnisse vor dem Hintergrund des wissenschaftlichen Umfeldes

#### VII.1.1. Die Zwischenziele

Überwiegend konnten die Hypothesen über die gemessenen Ergebnisse bestätigt werden.

Insbesondere das Finden von signifikanten Verhaltensveränderungen im künstlerischen Handeln, welche mit den für diese Studie entwickelten Instrumenten nachgewiesen wurden, kann als ausgesprochen positives Ergebnis aufgefasst werden.

Die Erfassung von Veränderungen im offenen Verhalten erscheint dabei aus zwei Gründen von besonderem klinischen Interesse zu sein:

- Die Fähigkeit zur Verhaltensänderung, unabhängig vom Grad der dafür erforderlichen Anleitung, erscheint als ein wichtiger Indikator für die Lernkapazität des Patienten, wobei dieser Begriff nach Wytgotzki (1964) entscheidend dadurch geprägt ist, wie durch sozial – sprachliche Prozesse der Aufmerksamkeitslenkung eine Selbststeuerung durch verinnerlichte sprachliche Prozesse erworben wurde. Die Lernkapazität, das heißt die potentielle Fähigkeit zu bleibenden Verhaltensmodifikationen, ist dabei ein entscheidender Mediator zwischen den basalen kognitiven Prozessen und der Fähigkeit, neue Verhaltensweisen zu generieren und auszuführen (Lieberman u. Green 1992). Das Erlernen neuer Verhaltensweisen ist wiederum als Grundlage zu werten, um ein soziales Netzwerk und eine selbständige Lebensführung aufbauen und erhalten zu können; auch für die berufliche Integration scheint es von Relevanz zu sein (Green 1996).
- Die in den „Zwischenzielen“ gemessenen Verhaltensänderungen stellen kein direktes Trainingsziel der jeweiligen Behandlungsmaßnahmen dar, da in ihnen die Generalisierung der in den Aufgabenstellungen erlernten Lösungsstrategien auf eine zuvor nicht trainierte Situation evaluiert wird. Bei den Verhaltensänderungen handelt es sich nicht um die bessere Bewältigung eines direkt trainierten Verhaltens, sondern um das Erlernen einer übergeordneten Lösungsstrategie, welche auf eine neue Situation übertragen wird. Es ist anzunehmen, dass sich eine derartige strategieorientierte Verhaltensveränderung leichter auf Alltagsbereiche generalisieren lassen kann, als eine gezielte, nur auf eine bestimmte Situation ausgerichtete Verhaltensmodifikation (Lieberman u. Wallace 1990, S. 91).

Demnach würde das künstlerische Handeln für den Patienten eine Möglichkeit eröffnen, neue Lösungsstrategien für die Integration kognitiver, emotionaler und sozialer Elemente in übergeordnete Handlungspläne zu erlernen, wobei das spielerische „als ob“ für den Patienten einen größeren Schutz vor unstrukturierter Emotionalität darstellen könnte, als das strukturrealisierende „so wie“ beispielsweise im „Sozialen Kompetenztraining“ (s. Ullrich u. Muynck 2000).

Des weiteren überrascht die hohe Rate der erfolgreichen Verhaltensmodifikation, die unabhängig von den jeweiligen Zwischenzielen, bei über 75% (unter Nicht-Berücksichtigung der Drop Outs, s. hierzu Tab. 42, S.161) liegt.

Wenn man die Erfolgsrate der künstlerischen Gruppen mit der großen Anzahl von Nicht-Lernern im Versuch von Wiedl u. Wienöbst (1999, s.a. Wiedl et al. 2001) vergleicht, bei dem der Wisconsin Card Sorting Test (WCST) vor und nach detaillierter Instruktion durchgeführt wurde (durch Instruktion und Rückmeldungen konnte die Rate der „Non - Lerner“ von 38% auf 23% gesenkt werden), zeigt sich - bezogen auf die künstlerischen Maßnahmen - ein vergleichbar gutes Verhältnis zwischen Lernern und Non – Lernern; nämlich bei 33 Patienten, die die künstlerischen Maßnahmen beendet haben, zeigen sich 8 „High Scorer“, 15 „Lerner“ und 7 „Non – Lerner“.

Erstaunlich ist dabei, dass die Verbesserung der Leistung auch ohne Gabe einer detaillierten Instruktion oder Rückmeldungen bezogen auf die erfassten „Künstlerischen Grundübungen“ erfolgte. Es ist hier eine Generalisierungsleistung von Prinzipien der künstlerischen Arbeit anzunehmen.

Natürlich wäre es wünschenswert, dass die Ansprechbarkeit für künstlerische Prozesse auch bei chronifizierten Patienten mit geringer Lernkapazität besser ausfiele als bei den herkömmlichen therapeutischen Maßnahmen.

Dies konnte über die Studie leider nicht belegt werden. So war die „Beobachtete Psychotherapiemotivation“ mit einem höheren „sozialen Funktionsniveau“ und genau so wie das „Interesse für Kunst“ auch mit einem höheren „Ausbildungsstatus“ positiv korreliert. Die Bereitschaft, sich an solchen Maßnahmen zu beteiligen, ist also bereits durch bestimmte Vorbedingungen begünstigt - andererseits ist es ermutigend, dass bis auf eine Ausnahme keiner der an den künstlerischen Maßnahmen teilnehmenden Patienten Ängste bezüglich eines möglicherweise nicht ausreichenden Talentes äußerte. Ohne diese Befragung bei einer nicht erkrankten Kontrollgruppe durchgeführt zu haben, kann aus eigener Erfahrung vermutet werden, dass bei schizophran Erkrankten die Ängste, sich

durch ein mangelndes Talent in der künstlerischen Arbeit bloß zu stellen, nicht stärker, sondern eher schwächer ausgeprägt erscheinen als bei nicht erkrankten Kontrollpersonen.

Ferner erscheint der subjektive Erfolg, wie das breit gefächerte Zielspektrum auf der Skala zur Selbsteinschätzung von Zielen (TGS) zeigt, auch bei kognitiven „Non - Respondern“ (in den künstlerischen Maßnahmen 7 von 33 Patienten) durch soziale, ästhetische oder hedonistische Lernerfahrungen möglich zu sein.

Die Bewertung des subjektiven Erfolges bei verschiedenen Therapiemaßnahmen hat in der Beurteilung kognitiver Trainingsprogramme (Susslow et al. 1998) oder Pharmakawirkungen (Naber 1995, Naber et al. 2001) unter den Begriffen „subjektive Zufriedenheit“ und „subjektive Lebensqualität“ zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Auch wenn der subjektive Erfolg an dieser Stelle nicht dargestellt wird, liegt die Vermutung nahe, dass auch künstlerisches Handeln dem Patienten ein breites Spektrum für positive Selbsterfahrungen zur Verfügung stellt. Insbesondere der Einbezug aller Sinnesqualitäten und die Möglichkeit, im Anforderungsniveau flexibel zwischen Prozess- und Zielorientierung zu wechseln (s. II.2. S.44ff) versprechen mehr Möglichkeiten, größere subjektive Zufriedenheit herzustellen als in abgezielten kognitiven oder sozialen Trainingsprogrammen (Susslow u. Arolt 1998).

Pauschal lässt sich die Aussage treffen, dass der Umgang mit künstlerischen Mitteln schizophrene erkrankte Menschen vergleichsweise leicht fällt und ihnen ermöglicht, ein breites Spektrum von subjektiven Zielvorstellungen zu verfolgen, auch wenn es dem Anteil der schwerst chronifizierten „Non - Lerner“ ebenso schwer fällt, kognitive Trainingserfolge zu erzielen wie bei anderen Methoden auch.

Ob aufgrund des Profitierens in subjektiven Zielen die Anwendung künstlerischer Methoden auch für diese Patienten indiziert erscheint, muss über die Auswertung der subjektiven Zielerreichung geklärt werden. Heuristisch lässt sich aber aus dem dargestellten Schizophreniekonzept ableiten, dass die Kopplung von sprachlichen Prozessen an unmittelbare sinnliche Erfahrungen innerhalb der Gruppe effektiver zur Kopplung sprachlicher an vorsprachliche Prozesse beitragen kann und damit i.S. von Wytgotzkis interaktioneller Lerntheorie begünstigen könnte, die Lernkapazität weiter zu erhöhen.

## VII.1.2. Die Hauptziele

Dass bei dem kurzen Beobachtungszeitraum keine signifikanten Verbesserungen in den differentiellen klinischen Outcome-Kriterien erzielt wurden, erscheint nicht verwunderlich, wenn man die Schwere des Krankheitsgrades in der Stichprobe berücksichtigt und diese in ein Verhältnis zu der nötigen Dauer einer kontinuierlichen therapeutischen Einflussnahme setzt, welche erforderlich erscheint, damit sich klinisch signifikante Verbesserungen einstellen können (s. hierzu auch Alanen et al. 1982, 1985).

Gleichzeitig konnte dargestellt werden, dass die im herkömmlichen Rehabilitationsverständnis hohen emotionalen Belastungen in der strukturell intensiven Werkstattarbeit oder in der emotional anspruchsvollen Theaterarbeit nicht zu einer verstärkten stationären Behandlungsbedürftigkeit von Patienten geführt haben; eher gegenteilig hierzu konnte das Muster einer geringeren Inanspruchnahme von intensiveren „stationären Hilfsangeboten“ als positiver Trend insbesondere anhand der Theatergruppe aufgezeigt werden (s. hierzu Tab. 17, S.107).

Die dargestellten künstlerischen Methoden stellen somit keine „Wunderwaffe“ gegen den schizophrenen Chronifizierungsprozess dar - wobei bei der Komplexität der Erkrankung diese auch sicher nicht in einer einzelnen Methode gefunden werden kann. Dennoch kann der Hypothese der Gleichwertigkeit der Anwendung künstlerischer Methoden (vgl. Hypothese 2, III.11., S.87) in der Rehabilitation schizophrener Menschen über den Gegenvergleich mit der herkömmlichen gesprächstherapeutischen Standardmethode zumindest bei keinem der 48 untersuchten Patienten deutlich widersprochen werden.

Die für die Hauptziele analysierten Prädiktoren näher zu erläutern, würde den Themenkreis dieser schon jetzt sehr umfangreichen Darstellung noch weiter ausweiten.

Es soll hier nur auf die methodischen Sachverhalte hingewiesen werden, welche eine präzise Analyse der prädiktorischen Zusammenhänge erschweren, da

- die Gewichtung der verschiedenen Zusammenhänge bei der geringen Fallzahl zu wenig gesichert erscheint
- die wichtigen vermittelnden Zusammenhänge auf der klinischen Symptomebene zu psychologischen Faktoren und Basisstörungen nur vermutet werden können, hier aber nicht direkt erfasst wurden (es erfolgte kein Fremdrating der Symptome)

- für die genaue Analyse der prädiktorischen Zusammenhänge auch alle Interkorrelationen zwischen den Eingangsfaktoren mit berücksichtigt werden müssten.

Es war allerdings auch nicht Ziel der Untersuchung, eine umfassende Gewichtung der verschiedenen Einflussfaktoren auf das klinische Outcome vornehmen zu können.

Die Analyse der Prädiktoren für die Hauptziele sollte hier nur insoweit dargestellt werden, wie es für das Aufzeigen von Zusammenhängen für das Erreichen von Hauptzielen und Zwischenzielen erforderlich war.

### **VII.1.3. Zusammenhänge von Zwischen- und Hauptzielen in der Theatergruppe**

Es ist bemerkenswert, dass ein direkter korrelativer Zusammenhang zwischen klinischen Hauptzielen und maßnahmenbezogenen Zwischenzielen keinesfalls in der therapeutischen Standardmethode (Gesprächsgruppe), sondern nur innerhalb der als nicht etabliert geltenden Theatergruppe gefunden wurde.

Aufgrund des störungsspezifischen multimodalen Ansatzes in der Theatergruppe, wie er in dem qualitativen Teil dargestellt wurde, lassen sich hieraus folgende theoretische Schlussfolgerungen ziehen.

#### **Theoretischer Bezug**

Ciampi (1982, S. 177-245) beschreibt in „Affektlogik“, dass bei schizophrenen Menschen die harmonische Zusammenarbeit von affektiver und kognitiver Verarbeitung gestört erscheint. Weiter führt er aus, dass in der Entwicklung dieser Zusammenarbeit den physischen Aktivitäten des Kindes eine wichtige Schlüsselrolle zukommt. Über physische Aktivitäten bringt das Kind eigene Bedürfnisse und Erfahrungen mit der äußeren Realität in einen emotionalen Zusammenhang.

Denken ist für Ciampi (1982, S. 80) zunächst einmal eine Internalisierung dieser physischen Aktivitäten und bleibt dabei mit dem ursprünglichen emotionalen Kontext dieser Aktivitäten in direkter Verbindung.

Es erscheint über diesen Erklärungsweg nachvollziehbar, dass aufgrund der Theaterproben, in denen eine sinnvolle und logische Sequenz *physischer Aktionen* kreiert wird, mit dem Ziel, einen klaren emotionalen Ausdruck hervorzubringen (Stanislawski 1961 a, b, c), nicht nur die emotionale Ausdrucksfähigkeit verbessert werden kann, sondern auch kognitive Strukturen wieder stärker mit ihren ursprünglichen emotionalen Kontextbedingungen in Kontakt treten können.

So wie das Kind von der Emotion aus in die körperlichen Aktion hineingeht und dieser Vorgang im Denken zunehmend internalisiert wird, so

kann der Erkrankte umgekehrt über die folgerichtige physische Aktion wieder Zugang zu den sie bedingenden Gefühlen und Kognitionen erhalten.

Eine weitere Voraussetzung für die logisch folgerichtige physische Aktion ist, dass sich die Erkrankten mit dem sozialen Kontext des Stückes auseinandersetzen, um eine adäquate Einschätzung der Folgerichtigkeit und Wahrscheinlichkeit ihrer Handlungen in den Rollen vornehmen können (vgl. auch Feers 1970).

In der „Lysistrata“ nach Aristophanes ist der situative Rahmen ein Bürgerkrieg, die Zeit, in der das Stück spielt ist die Antike und die vorgegebene dramatische Form die Komödie. Dieser situative Zusammenhang entscheidet über den Spielraum, innerhalb der eigenen Rollen logische *physische Aktionen* zu finden.

Dabei konstituiert sich der Charakter der gespielten Rolle darüber, wie sich der Darsteller in der konkreten Szene den anderen Figuren gegenüber verhält und umgekehrt. Das Prinzip der *physischen Aktion* verlangt somit auch, dass der Protagonist seine Handlungen auf der Bühne im „*Hier und Jetzt*“ an den Handlungen der anderen Personen ausrichtet und *vica versum*.

Der Darsteller wird auf diese Weise dazu angehalten, ein flexibles inneres Modell der Abhängigkeit seines Handelns von den Aktionen der anderen Darsteller zu entwickeln sowie seinen eigenen Einfluss wahrzunehmen, den er auf das Handeln der anderen hat.

Süllwold zufolge (1995, Süllwold u. Huber 1986) wird der „*Verlust von Gewohnheitshierarchien*“ als schizophrene Kernstörung beschrieben.

Gewohnheitshierarchien sind automatisierte Verarbeitungsprozesse, bei denen wesentliche Alltagsabläufe und auch soziale Kontrollvorgänge abrufbar miteinander vernetzt sind.

Frith zufolge (1992, u. Done 1989) lässt sich die Auswirkung dieser Störung auf der Beziehungsebene als ein „Metakognitions-Defizit“ beschreiben, was mit den Kriterien der „Theory of Mind“ (Flavell 1979, 1986) als Verlust vom „Wissen über sich selbst“ sowie dem „Verlust vom Wissen über die Anderen“, umschrieben werden kann (Frith 1992, S. 104 - 108).

Durch die Summierung dieser Defizite sind die Erkrankten in Alltagssituationen gleich mehrfach überfordert, da keine automatisierte Reizverarbeitung verlässlich abgerufen werden kann, über die wichtige soziale Schlüsselreize herausgefiltert werden könnten (Verlust von Gewohnheitshierarchien), andererseits aber auch identifizierte Reize nicht sozial verlässlich eingeschätzt und adäquat beantwortet werden können, da kein verlässliches Selbst- und Objektmodell zu Verfügung steht (Theory-of-Mind-Defizit).

Dies wirkt sich insbesondere auf die Kommunikation im Alltag aus, für die Mead (1969) postuliert, dass sie einen inneren Rollentausch voraus-

setzt, bei dem sowohl ein adäquates Wissen über sich selbst als auch ein adäquates Wissen über das Wissen der anderen Personen vorhanden ist.

Zumindest für einen Teil der schizophren Erkrankten ist dieses interaktionale Wissen offenbar nicht verfügbar, bzw. konnte nie erworben werden.

Die daraus resultierenden Schwierigkeiten bei sozialen Interaktionen führen in der Regel dazu, dass der Erkrankte komplexe soziale Situationen meidet.

Genau an dieser Stelle könnte die Stabilität des Theatertextes, der im Stück vorgegebenen Rolle und der im Stück vorgegebenen Kontextbedingungen helfen, ein Verständnismodell für den Ablauf sozialer Kommunikationsprozesse zu entwickeln, was im Alltag, aufgrund der ständig wechselnden Umgebungsfaktoren, in der Regel schwerer möglich erscheint (Theory-of-Mind-Training).

Gerade die Häufigkeit von Wiederholungen in der Theaterprobe, die Konzentration auf Bedeutungsverschiebungen in Zusammenhang mit minimalen Abweichungen und die Möglichkeit, verschiedene Szenen im Wechsel sowohl als rollengebundener Akteur wie auch als Kontext erfassender Zuschauer zu erleben, also, wenn man so will, die mikroskopische Analyse von Alltagssituationen, kann auf diese Weise den Patienten dabei helfen, funktionalere Modelle für das Verstehen sozialer Kommunikationsprozesse zu entwickeln.

Natürlich fallen die ersten individuellen Versuche, die Erfordernisse der Rolle und des Stückes mit den persönlichen Verstehensvorgängen zu koordinieren, zunächst etwas unbeholfen aus.

Hier ist in der Anfangsphase vor allem der Regisseur mit seiner künstlerischen Erfahrung und seiner professionellen Intuition als Katalysator und Ideengeber erforderlich.

Allmählich kann dann auch die gesamte Gruppe ein gemeinsames Verstehen von den Kontextbedingungen des Stückes und von den Freiheitsgraden der einzelnen Rollen entwickeln, so dass die gestalterische Arbeit zunehmend in einen Gruppenprozess einmündet.

Unter Berücksichtigung dieser theoretischen Argumente überrascht es nicht, dass ausschließlich in der Theatergruppe der Nachweis für einen Zusammenhang zwischen Haupt- und Zwischenzielen, also, wenn man so will, zwischen therapeutischem Trainingseffekt und störungsspezifischer Beeinträchtigung gefunden wurde. Es ist daher wahrscheinlich, dass es sich bei Zwischenzielen in der Theatergruppe nicht um pseudoklinische Surrogatziele, sondern um Verhaltensänderungen von klinischer Relevanz handelt.

An dieser Stelle soll noch einmal eine genauere Analyse der mit den Zwischenzielen in der Theatergruppe tatsächlich erfassten Verhaltens-



änderungen erfolgen, um den Zusammenhang zwischen Zwischenzielen und Hauptzielen noch einmal aus der Richtung der Zwischenziele zu beleuchten.

**Theoretischer Bezug der in den Zwischenzielen erfassten Verhaltensänderung** (s. hierzu die Beschreibung der Grundübung für die Theatergruppe, Anhang I, S.214f)

Auffallend ist, dass sowohl in der Gesprächsgruppe als auch in der Theatergruppe eine Verhaltensänderung von statistischer Signifikanz festgestellt wurde.

Auch betrifft die Struktur der maßnahmenbezogenen Verhaltensveränderungen in beiden Gruppen einen Aspekt, der für die soziale Kommunikation von besonderer Relevanz ist; hierbei sind in der Theatergruppe der nicht verbale und in der Gesprächsgruppe der verbale Aspekt von Kommunikation zu nennen.

Wenn man nun vermutet, dass beide Aspekte, und hierbei insbesondere deren Kongruenz (Ciompi 1982, S. 245 - 249), für die soziale Kommunikation von Bedeutung sind, so spricht vieles dafür, dass der Zusammenhang zwischen Haupt- und Zwischenzielen in der Theatergruppe noch durch einen zusätzlichen Wirkfaktor hervorgerufen wurde, der dann nur für die Theatergruppe, aber nicht für die Gesprächsgruppe Relevanz hätte.

Als wichtigster differentieller Wirkfaktor zur Gesprächsgruppe ist in der Theatergruppe hierbei die Vermittlung eines Modells für soziale Kommunikation in Rollen hervorzuheben (s. o).

Die biographische Auseinandersetzung mit der gespielten Rolle als psychologische Wirkebene kann dagegen nach dem im qualitativen Teil dargestellten zweistufigen Zielansatz (kognitives und soziales Training für die kleinen und mittleren Rollen, psychologische Prozesse in den Hauptrollen) sicher nicht für den Trend der Gesamtgruppe prägend sein. Das Fehlen eines aus sozialen Erfahrungen resultierenden Modells von Wirklichkeit und die damit verbundene Schwierigkeit der Einschätzung von sozialen Wahrscheinlichkeiten - also die Unfähigkeit die soziale Reaktion beim Anderen vorausschauen zu können, um sein eigenes Verhalten daran auszurichten - wird gleichzeitig von verschiedenen Autoren (u.a. Frith 1992) als ein schizophrenes Kerndefizit von starker sozialer Schaltfunktion beschrieben.

Die in der Theatergruppe gemessene Verhaltensveränderung, das erfolgreiche Nachspielen einer komischen Szene, verlangt aber neben kognitiven und motorischen Kompetenzen genau diese Fähigkeit: Im Nachspielen muss der Patient selbst eine Gewichtung treffen können, welches Element für die Darstellung der charakterisierten Person und des abzubildenden situativen Kontextes von modellhafter Relevanz sind,

damit die Szene und die in ihr agierende Person für den Zuschauer nachvollziehbar und verstehbar werden können.

Natürlich sind für diese Aufgabe auch mnestiche Fähigkeiten und überwiegend intakte exekutive Fähigkeiten, also Handlungs- und Planungsfunktionen (Shallice 1982, 1988) erforderlich.

Es ist aber nicht denkbar, dass ein Patient bei der Länge der dargestellten komischen Sequenzen (bis zu 3 Minuten) in der Lage wäre, nur allein mit mnestiche Fähigkeiten eine genaue Replikation aller Handlungselemente zu erbringen, ohne zuvor modellhaft den situativen sozialen Kontext und den psychologischen Zustand der darzustellenden Person erfasst zu haben.

Es erscheint dagegen wahrscheinlicher, dass ein Patient ausgeprägte mnestiche Defizite in der Replikation der Szene dadurch ausgleichen kann, dass er die soziale und psychologische Situation der Figur - also den Metakontext - erfasst hat und hieraus zielgerichtet und logisch folgerichtig physische Aktionen ableiten kann, mit deren Hilfe er nicht erinnerte Abschnitte ersetzen würde.

Voraussetzung hierbei ist, dass dem Probanden in der präsentierten Darstellung der Szene ein in sich konsistentes soziales und psychologisches Modell der Figur vermittelt wurde und sich auch alle physischen Einzelhandlungen in logischer Folgerichtigkeit an diesem Modell orientieren (die Darstellung also in sich stimmig ist).

Sie wurde dadurch erfüllt, dass die nachzuspielenden Szenen vom Theaterregisseur, der zugleich ein gelernter Schauspieler ist, professionell vorgespielt wurden.

Man kann somit folgern, dass das über das Zwischenziel erfasste Training in der Theatergruppe nicht nur Ausdrucksfähigkeit und kognitive Fähigkeiten bei den Patienten verbessern kann, sondern auch ein adäquateres Modell von sozialen Situationen und psychologischen Zuständen vermittelt.

In einer Folgeuntersuchung wäre es wichtig, dieses beschriebene Modelllernen auf der Ebene von Metakognitionen bei der Theatergruppe über ein in der „Theory-of-Mind“-Forschung verwendetes Messinstrument (u.a. den „Second order false-belief Test“, oder den „Understanding stories“, Baron-Cohen 1989, Happe 1994) spezifisch zu überprüfen.

Sollte die mit den Zwischenzielen erfasste Leistungsverbesserung tatsächlich mit einem „Theory-of-Mind“-Zuwachs in Zusammenhang stehen, würde dies die nachgewiesene Korrelation zwischen den „Zwischenzielen“ und den „Hauptzielen“ in der Theatergruppe nicht nur hinreichend erklären; es würden sich auch interessante Perspektiven für die weitere Beforschung der Theatergruppe eröffnen.

#### VII.1.4. Zusammenhang von Zwischenzielen und Eingangsfaktoren

*Abschließend soll nun auf den Sachverhalt eingegangen werden, dass für die einzelnen Zwischenziele, entgegen der Hypothese 4, keine differentiellen Korrelationen zu Eingangsfaktoren gefunden wurden und daher auch keine gruppenspezifischen Prädiktoren ermittelt werden konnten.*

Wenn man dieses Ergebnis nicht nur auf die zu geringen Fallzahlen in den einzelnen Gruppen zurück führen will, so könnte man folgern, dass es sich bei den künstlerischen Leistungen (die ja bei den 40 der 48 Patienten erfasst wurden), um eine relativ unabhängige Größe handelt, was zu begrüßen wäre, da hierdurch auch Patienten mit ausgeprägteren Symptomen oder schlechterer sozialer Adaption die gleichen Möglichkeiten hätten, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu sammeln wie die anderen Patienten.

Hier muss allerdings hinzugefügt werden, dass durch die Zuteilung auf die einzelnen Behandlungsgruppen nach psychotherapeutischen Überlegungen bereits eine gewisse Vorselektion statt gefunden hat, die auch zu einer Veränderung in den Gruppeneigenschaften führte:

- Es wurde verhindert, dass Patienten mit zu stark ausgeprägten „*paranoid halluzinatorischen Basisstörungen*“ in die Theatergruppe gekommen sind und
- es fand eine Konzentration der Patienten mit schlechtem „*Globalen Funktionsniveau*“ in der Gesprächsgruppe statt, wobei diese Patienten auch eine höhere Neuroleptikadosis erhielten

Wenn man der klinischen Erfahrung der Therapeuten glauben schenken will (wofür, wie bereits in VI.2., S.169 ausgeführt, gute Gründe bestehen), ließe sich hieraus ableiten, dass für die Theatergruppe ein nicht zu hohes paranoid halluzinatorisches Störungsniveau und für die Theater- und die Werkstattgruppe ein nicht zu niedriges soziales Funktionsniveau wichtige Ausgangsvoraussetzungen darstellen würden, um eine erfolgreiche Arbeit in den künstlerischen Gruppen zu begünstigen. Dies konnte über die in der „teilnehmenden Beobachtung“ erfassten Anforderungsprofile für die einzelnen Gruppen überwiegend bestätigt werden (s. hierzu Tab. 41, S.160).

Es sollte hier ferner der Trend in der Werkstattgruppe Berücksichtigung finden, dass hier vermehrt Patienten, welche schon eine höhere Stufe innerhalb des Rehasystems erreicht haben, an der Gruppe teilnahmen.

Hier könnte die Überlegung der Therapeuten eingegangen sein, dass eher Patienten, die schon über lange Zeit ein Vertrauensverhältnis zum Rehasystem aufgebaut haben und dabei auch selbständiges Arbeiten gewohnt sind, für die diskontinuierliche und emotional anspruchsvolle Arbeit in den Werkstattgruppen besonders geeignet erscheinen. Auch diese therapeutische Vorannahme stimmt mit dem in der teilnehmenden Beobachtung erfassten Anforderungsprofil gut überein.

#### **VII.1.5. Ethische Anmerkung**

Natürlich wäre es aus methodologischer Sicht wünschenswert gewesen, statt einer therapeutischen Vorselektion der klinischen Einflussgrößen die Wirksamkeit der untersuchten Maßnahmen in einer randomisierten Verteilung und mit gleich gewichteten Gruppen zu überprüfen; andererseits wäre es aber für die Untersucher ethisch nicht vertretbar gewesen, ein empirisch nicht abgesichertes Verfahren innerhalb einer Pilotphase zur Anwendung zu bringen, ohne dabei von der Praxis der über Jahre hinweg gesammelten klinischen Erfahrungen innerhalb des Krakauer Rehasystems zu profitieren.

Aber noch gewichtiger wiegt das Argument, dass man mit der Hypothese, dass „alles für alle gut sein muss“ (Zubin 1989) die wichtigen Vorstöße einer bedürfnisorientierten und nach dem spezifischen Störungsprofil ausgerichteten „individuellen Therapie“ wieder nivellieren würde (vgl. Alanen et al. 1982, 1985, Hogarty et al. 1995).

So können auch Theatertherapie und künstlerische Therapie keine Maßnahmen sein, die für alle Patienten adäquat und klinisch sinnvoll erscheinen; gleichzeitig scheint es aber einen nicht zu vernachlässigenden Anteil von Patienten geben, die gerade von *diesen* Maßnahmen besonders profitieren können. Da die Auswahlkriterien und die von den Patienten befürchteten sowie die tatsächlich aufgetretenen Schwierigkeiten auch zum Gegenstand der Evaluation wurden, konnten relevante Kriterien ermittelt werden, die für eine differentielle Indikationsstellung hilfreich sind, auch ohne dass zuvor eine randomisierte Gruppeneinteilung vorgenommen wurde.

#### **VII.1.6. Prädiktoren für die Zwischenziele**

Es ergibt sich in der Suche nach Prädiktoren für die Zwischenziele erst in der globalen Betrachtung aller Zwischenziele ein repräsentatives Bild. Dies legt ein überwiegend durch verlaufsbezogene und kognitive Faktoren vermitteltes indirektes Zusammenhangsmodell zwischen Haupt- und Zwischenzielen nahe (vgl. III.4.1., 1c, S.63)

So erweisen sich:

- Faktoren, die auf einen ungünstigen Krankheitsverlauf hindeuten, nämlich eine häufige „Anzahl stationärer Behandlungen“ und eine lange „Erkrankungszeit“, eher als gegenläufig mit dem Erreichen der „Zwischenziele“ korreliert;
- auf der Symptomebene bieten vor allem die „*dysthymasthenischen Basisstörungen*“, welche auch mit depressiven Kognitionen verbunden sein können, eine schlechte Voraussetzung für das Erreichen der „Zwischenziele“.
- Interessant ist, dass auch die „*fatalistischen Kontrollüberzeugungen*“, auf der Ebene von Metakognitionen, negativ mit dem möglichen künstlerischen Erfolg korreliert sind.

Es liegt nahe, einen klinisch folgenreichen Zusammenhang zwischen symptomreichen Krankheitsverläufen und einer depressiv-fatalistischen Grundhaltung zu vermuten, wobei diese psychologische Grundhaltung, indem sie die Nichtbeeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufes auch für die weitere Zukunft voraussetzt, in ein therapiebezogenes Desengagement und einen sozialen Rückzug einmünden kann, der genau das befürchtete Ergebnis, also den therapiebezogenen Misserfolg, mit herbeiführt (Ciompi et al. 1979).

## **VII.2. Folgerungen aus den Ergebnissen**

### **VII.2.1. Schaltfunktion der psychologischen Konstrukte für die Vermittlung von Zwischenzielen und Hauptzielen**

Übergeordnete kognitive Verarbeitungsstile, insbesondere der Attributionsstil und der Unterfaktor „Hoffnung“ bei der PTM, haben eine Schlüsselrolle in der Vermittlung sozialer, psychopathologischer und motivationaler Zusammenhänge und treten darüber hinaus, wie im vorherigen Abschnitt aufgezeigt wurde, sowohl für die psychotherapeutischen Zwischenziele als auch für die klinischen Hauptziele in eine Prädiktorstellung.

Hieraus lassen sich bei der Anwendung der therapeutischen Mittel folgende Forderungen ableiten (s. hierzu auch Lasar u. Loose 1994):

- Übergeordnete kognitive Attribuierungsstile sollten in der Therapie mit schizophrenen Patienten dergestalt berücksichtigt werden,

dass „*Internalität*“ positiv verstärkt werden sollte und „*fatalistische Tendenzen*“ durch korrigierende soziale Erfahrungen und deren therapeutische Umattribuierung aktiv bearbeitet werden sollten; ferner sollten über den Stil der therapeutischen Arbeit schon vorhandene „*externale Attribuierungsstile*“, insbesondere bei vorhandener „*paranoid-halluzinatorischer Symptomatik*“, nicht noch weiter verstärkt werden.

- Die Berücksichtigung des Faktors „*Hoffnung*“ (HO) bringt den Therapeuten in eine zwiespältige Rolle: einerseits scheint dieser Faktor nicht direkt mit „*Krankheitsbezogenem Wissen*“ (WI) korreliert zu sein, so dass es nicht ausreicht, dem Patienten nur Wissen über eine adäquate Psychoedukation zu vermitteln; andererseits können sich insbesondere weiterführende Versprechungen des Therapeuten über mögliche Behandlungserfolge bei einem multifaktoriell bestimmten Verlaufsgeschehen wie der Schizophrenie als Bumerang erweisen und zu noch größeren Enttäuschungen führen (vgl. Thurm-Mussgay u. Häfner 1990).
- Vor dem hier dargestellten humanistischen und integrativen Ansatz der Therapie könnte Förderung von „*Hoffnung*“ bedeuten, dass der Therapeut durch zeitgemäße Pharmakotherapie und soziale Hilfestellungen eine optimale Symptomreduktion mit dem Patienten erarbeitet, ihm aber auch psychotherapeutisch Perspektiven eröffnet, die es ihm ermöglichen, trotz vorhandener Krankheitseinschränkungen weiter am sozialen Leben teilzuhaben und persönliche Entwicklungsziele verfolgen zu können; hierbei sollte Berücksichtigung finden, dass der Erkrankte trotz seiner Symptome weiter eine Befriedigung seiner menschlichen „*Basisbedürfnisse*“ anstrebt; diese hat Kuhl (1999) durch „*intime Beziehungen*“, „*Autonomie*“, „*Leistung*“ und „*Macht*“ beschrieben. Symptome stehen hier in direktem Zusammenhang zu dysfunktionalen Versuchen der Bedürfnisbefriedigung; es sollten daher in kontinuierlichen Erfahrungsprozessen funktionalere Strategien der Bedürfnisbefriedigung entwickelt werden.

#### **VII.2.2. Vergleich der IPC Werte bei den erfassten schizophrenen Patienten (n = 48) mit einer nicht erkrankten Normalgruppe (n = 869)**

Alter, Geschlecht und soziodemographischer Status wurden hier auf Empfehlung des Autors (Krampen 1982) nicht besonders berücksichtigt. Stanine-Werte werden ermittelt, indem der Mittelwert der Eichstichprobe vom Skalensummenwert eines Patienten abgezogen wird, durch die

Standardabweichung geteilt und das Ergebnis mit 1.96 multipliziert und zu 5 addiert wird.

Es entstehen dadurch Werte von 1-9 mit einem Mittelwert von 5 und einer Streuung von 2. Ein Mittelwert von 7 bedeutet z.B., dass 83% der Patienten der Eichstichprobe unterhalb des ermittelten Wertes lägen.

**Tab.44**

Locus of Control, Stanine-Werte zu n = 869 Normalpersonen

Locus of Control Staninewerte	Internale Attribuierung (I) 1-9	Externale Attribuierung (P) 1-9	Fatalistische Attribuierung (C) 1-9
<b>Gesamtgruppe (n = 48)</b>	3	6	6

3 = unterdurchschnittliche Internalität

5,6 = durchschnittliche Externalität (P und C)

Während sich die Werte für external fatalistische und external sozial abhängige Kontrollüberzeugungen im oberen Durchschnittsbereich bewegen, wird für die internalen Kontrollüberzeugungen nur ein Score erreicht, der deutlich unter dem Durchschnitt der Eichstichprobe liegt (83 % der nicht erkrankten Personen würden hier höhere Werte erreichen).

Die unterdurchschnittlichen Werte zur „*Internalität*“ bei der Stichprobe schizophrener Patienten lassen sich gut mit den Überlegungen im vorherigen Abschnitt in Übereinstimmung bringen, dass sowohl die Erfahrung schizophrener Vulnerabilität als auch das Erleben der sozialen Beeinträchtigung durch Symptome und wiederholte stationäre Einweisungen zu geringen Selbstwirksamkeitserfahrungen und damit auch zur Ausprägung niedriger internaler Kontrollüberzeugungen führen können.

Es können aber keine überdurchschnittlichen Werte für „*externale soziale- und externale fatalistische Kontrollüberzeugungen*“ nachgewiesen werden, was in diesem Modell zu erwarten wäre.

### **VII.2.3. Gemeinsame Wirkfaktoren einer Metatherapie**

Die Tatsache, dass für alle Gruppen trotz unterschiedlicher Zwischenziele übereinstimmende Prädiktoren gefunden wurden, könnte auch auf strukturelle Gemeinsamkeiten i.S. der in II.1.4. (S.41) aufgezeigten „Metatherapie“ hinweisen.

Bei den künstlerischen Maßnahmen scheint hierbei die Vermittlung von Modellen und Techniken zur Integration von Informationen auf unter-

schiedlichen Erfahrungsebenen (sozial, emotional und kognitiv) besonders bedeutsam zu sein; dies konnte insbesondere anhand der Theatergruppe exemplarisch dargestellt werden.

Aber auch die Gesprächsgruppe, wie im Anhang 2 (s.S. 219) aufgezeigt wurde, strebt mit anderen Techniken eine Beeinflussung derselben Zusammenhänge an und ist aus diesem Grund ebenfalls erfolgreich.

Dem entsprechend wäre es für kognitive Effekte weniger entscheidend, welche spezifischen therapeutischen Ziele verfolgt würden, als dass eine übergeordnete therapeutische Strategie dabei zum Einsatz kommt.

Relevanter als das differentielle Wissen, welches den Teilnehmern bei den einzelnen Maßnahmen vermittelt wird, scheint es daher zu sein,

- dass die Teilnehmer über die Struktur der Wissensvermittlung ein Modell erlernen, wie sie kognitive und emotionale Komponenten der eigenen Wahrnehmung in ein übergeordnetes Persönlichkeitsmodell integrieren können,
- dass dieses Modell helfen kann, in einem sozialen Zusammenhang kompetent zu handeln und neues Wissen zu erwerben,
- dass hierüber Selbstwirksamkeitserfahrungen aufgebaut werden, die helfen können, fatalistische und depressive Kognitionen abzubauen, welche eine ungünstige Schaltfunktion für den weiteren Krankheitsverlauf haben.

Auch die detaillierte Analyse der psychologischen Eingangsfaktoren (s. IV.11.S.122ff), legt die Vermutung eines komplexen kognitiven und metakognitiven Zusammenhangs für den Rehabilitationserfolg schizophrener Menschen nahe.

Neben dem systemisch integrativen Einbezug kognitiver, emotionaler und sozialer Komponenten über bedürfnisorientierte individuelle Ansätze und der Stärkung von Selbstwirksamkeitserfahrungen in der Therapie ist aber auch ein dialektisches Verhältnis zwischen Struktur und Emotionalität in der Anwendung therapeutischer Maßnahmen zu berücksichtigen.

Häufig besteht in der Rehabilitation schizophrener Menschen eine Scheu davor, aktivierende und emotionsfördernde Techniken mit in die Therapie einzubeziehen, wohl aus der Annahme heraus, in einer Überstimulation eine Verschlechterung psychotischer Symptome zu bewirken; häufig liegen dem eine nur oberflächliche Rezeption des Vulnerabilitätskonzeptes (Zubin u. Spring 1977) und des EE- Modelles (vgl. Brown 1990) zugrunde, was sowohl Zubin (1989) als auch Ciompi (1982, 335-366) eindrucksvoll aufgezeigt haben.



Die forcierte soziale Aktivierung und der Einbezug von Emotionen scheinen aus moderner kognitiver Sicht eher unumgänglich zu sein, um strukturell fixierte Bezugssysteme zu beeinflussen (vgl. Spitzer 1996, S. 313-315) oder funktionalere Kognitionen bei den Patienten bleibend zu verankern (Hodel u. Brenner 1997).

Hierbei gilt der Grundsatz, dass je stärker emotionale Komponenten in die Therapie mit einbezogen werden, desto gezielter sozial integrative und kognitiv stabilisierende Faktoren mit herangezogen werden sollten, damit die Patienten die Möglichkeit haben, klärende und sozial verbindende Elemente in das emotionale Erleben einzubinden (vgl. Cohen 1989).

Verhindert werden sollte, dass sich beim Freiwerden von Emotionen die aversiven und psychosenahen Emotionen neu verankern können und so dazu beitragen, den Zugang zu den reiferen, sozial mitteilbaren Gefühlsqualitäten zu blockieren (vgl. Markowitsch 1999, et al. 1998, 1999).

Im qualitativen Ergebnisteil konnte aufgezeigt werden, dass die künstlerischen Methoden über gewisse Regeln und Strukturen verfügen, mit denen sie in besonderer Weise einen dialektischer Ausgleich zwischen Emotionalität und ihrer kognitiven und sozialen Anbindung leisten können.

Auch die Gesprächsgruppe verfügt über solche Strukturen, die sich aber inhaltlich und strukturell von denen in den künstlerischen Gruppen unterscheiden.

Hieran können noch einmal die spezifischen Indikationsbereiche der verschiedenen untersuchten Methoden deutlich werden.

Wie bei diesen Methoden der Ausgleich zwischen Emotionen und strukturierenden Faktoren im einzelnen geleistet wird, soll hier noch einmal kurz zusammengefasst werden:

#### **VII.2.4. Differentielle protektive Faktoren (VII.2.4.a.-c.)**

##### **VII.2.4.a. Protektive Faktoren in der Gesprächsgruppe**

Um den erkrankten Menschen Alternativen zu diesem emotionalen Vermeidungsverhalten anzubieten, müssen therapeutische Wege gefunden werden, wie diese sich sozialen Situationen und damit verbundenen emotionalen Belastungen aussetzen können, ohne dass dabei über die mangelnde kognitive Strukturierung Angst vor dem Zusammenbruch der Ich-Funktionen erfahren wird.

In der Gesprächstherapie gelingt dies durch den klientenzentrierten Weg der Themenwahl, dem eher supportiv-stützenden Stil der Themenbearbeitung, wobei zu frühe Selbstöffnung und intrusives Aufdecken verhindert werden, sowie dadurch, dass die Therapeuten immer wieder die Gruppe als Resonanzkörper für strukturierendes Feedback hinzuziehen. Der Leitungsstil ermöglicht den Patienten daher, auf die Abläufe der Gruppe Kontroll- und Einwirkungsmöglichkeiten zu behalten, verstärkt also Selbstwirksamkeitserleben.

Die sozialen Basiserfahrungen in der Gruppe gewährleisten gleichzeitig auf einer emotionalen Ebene, dass die kognitiv strukturierende Funktion der verbalen Rückmeldungen mit persönlicher Erfahrung und persönlichem Erleben in Verbindung treten können. Auf diese Weise wird die Sprache selbst zu einem ordnenden Faktor, der zu einer emotionalen Distanzierung führt, über die persönliches Erleben besser kognitiv bewältigt werden kann.

Das Ansprechen persönlicher Erfahrungen und Erlebnisweisen verlangt aber auch immer ein gewisses Maß an Selbstöffnung und ein gutes Verbalisationsvermögen.

Insbesondere das psychotische Erleben entzieht sich häufig der sprachlichen Fassbarkeit (vgl. II.1.3.b.1., S.35ff).

Ein bestimmter Teil der Gruppe wird daher nur über das „Lernen am Modell“ von den Selbstöffnungen der anderen profitieren können.

Ein anderer Teil von Patienten - z.B. der, welcher in der Theatergruppe keine krankheitsbezogenen Fragebögen ausfüllen wollte - würde wahrscheinlich gar nicht erst an der Gruppe teilnehmen. Bei diesen löst der Begriff „Therapie“ u.U. die Angst aus, dass die niedrige Selbstakzeptanz vielleicht dadurch noch weiter erschüttert würde, dass eigenes problematisches Verhalten in der Gruppe angesprochen und auf Ablehnung stoßen würde (vgl. Lange 1981). Gerade vor dem Verständnis des Wahns als einem Selbstrettungsversuch (Benedetti 1994), bei dem eigenes Verhalten gezielt sozial unverständlich wird, um in der gewählten Unverstehbarkeit noch einen Rest sozialer Identität und Selbstwirksamkeitserfahrung aufrecht erhalten zu können, könnte dieser Mechanismus eine wichtige Rolle spielen.

Auch wird, wie bereits mehrfach erwähnt, für viele Erkrankte in sozialen Situationen zunächst einmal Ablehnung und soziales Versagen als eine persönliche Grundüberzeugung vorausgesetzt; diese Grundüberzeugung verhindert dann i.S. einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung häufig zusätzlich noch eine erfolgreiche soziale Kontaktaufnahme.

#### **VII.2.4.b. Protektive Faktoren in der Theatergruppe**

An dieser Stelle bieten nun der Zugang mit künstlerischen Medien und das primär ästhetische Arbeitsziel den Vorteil eines alternativen therapeutischen Zugriffs.

Da in der künstlerischen Arbeit eigene Probleme anhand ästhetisch-künstlerischer Prozesse beschrieben und über ästhetisch-künstlerische Regeln auch neue Strukturen vermittelt werden können, muss sich der schizophrene Mensch in seiner fragilen biographischen Identität nicht sozial preisgegeben fühlen.

Die Rolle und der Mythos im Theaterstück (Jung 1912) ermöglichen hierbei den Schutz vor einer biographischen Preisgabe.

Auf diese Weise wird in der Theatergruppe und in der Werkstattgruppe über die Konzentration auf den technisch-ästhetischen Aspekt eine Form von kognitiver Strukturierung herbeigeführt, über die eine Senkung gefährdender, nicht strukturierender Emotionalität für die Patienten erreicht wird, ohne dass hierbei das eigene krankheitsbezogene Verhalten *ex verbis* zur Sprache kommen muss (vgl. Fallvignetten, Anhang 3, S.223ff).

Hilfreich ist ferner in der Theatergruppe, dass die Theaterrolle und der Stückkontext dem Patienten ein Modell für das Verständnis von sozialen Rollen und Interaktionsprozessen bereit stellt, mit dem eigene verloren gegangene Metakognitionen über das Verständnis sozialer Abläufe wieder neu strukturiert werden können.

Bei der künstlerischen Formung besteht ferner die Möglichkeit der Wirklichkeitsüberprüfung anhand der Präsentation der erzielten Ergebnisse.

Hierdurch kann der Patient Rückbestätigung erhalten, ob ihm über die künstlerische Arbeit gelungen ist, was ihm im psychotischen oder vermeidenden Verhalten vorenthalten bleibt, nämlich sich sozial verständlich machen zu können, ohne sich dabei biographisch preisgeben zu müssen (Schmidt 1995).

Wenn dies gelingt, kann der Patient als intrinsische Verstärkung leistungsbezogene Anerkennung erfahren, was ihm innerhalb des gewöhnlichen therapeutischen Rahmens häufig vorenthalten bleibt.

Gleichzeitig setzt die Präsentation einen klaren Abschluss für den künstlerischen Gruppenprozess, wobei das geformte Ergebnis gewährleistet, dass dieser Prozess auch in Phasen neuen psychotischen Erlebens für den Patienten als ein Dokument für einen sozialen „Landgewinn“ erhalten bleibt.

### **VII.2.2.c. Protektive Faktoren in der künstlerischen Werkstattarbeit**

Neben den generellen Vorteilen des therapeutischen Zugangsweges über künstlerische Arbeit ist zur Struktur der Werkstatt zu sagen, dass hier die emotionale Belastung zumindest in der Anfangsphase für den Patienten am höchsten einzustufen ist, da noch keine strukturierenden Elemente, bezogen auf den Künstler und seine Arbeitsweise, antizipiert werden können.

Hier ist es erforderlich, dass der Künstler schnell und überzeugend klare strukturelle Rahmenbedingungen schafft, die den Patienten eine Orientierung ermöglichen. Ferner sollten die anwesenden, den Patienten bekannten Therapeuten, insbesondere in der Startphase supportiv und klärend einwirken und schon im Vorwege einen organisatorischen Rahmen für den Ablauf der Werkstätte bereit stellen.

Wenn die Patienten erfasst haben, dass der Künstler mehr Gast und Lehrer und weniger Therapeut ist, also der Austausch von künstlerischen Erfahrungen und das Erlernen neuer Techniken und nicht etwa die Bearbeitung eigener biographischer Probleme im Mittelpunkt stehen, entspannt sich die Haltung der Patienten häufig rasch und es kann dann erstaunlich schnell ein sachbezogenes Arbeitsklima aufgebaut werden. Von diesem Punkt an wirken dann die durch den Künstler vermittelten technisch-ästhetischen Regeln kognitiv strukturierend und bewirken eine Senkung von Emotionalität für die Patienten.

Es kann ferner vermutet werden, dass die soziale Aktivierung in einem Zusammenhang mit der emotionalen Belastung steht, welche sich, wenn sie in der Werkstattarbeit aufgefangen wird, eher positiv auf das allgemeine soziale Funktionsniveau auswirken kann. Den Werkstätten käme damit eine Katalysatorfunktion für die soziale Aktivierung des Patienten zu, welche sich, wenn sie in die individualtherapeutische Arbeit einfließen kann, auch häufig bleibend strukturell auswirkt.

Insgesamt muss aber das Veränderungspotential der kurzfristig-intensiven Maßnahme geringer eingeschätzt werden im Vergleich zu der langfristig-integrativen Arbeitsweise von Theatergruppe und Gesprächsgruppe. Kontinuität in den therapeutischen Prozessen wird in der Behandlung der Schizophrenie von den meisten Autoren als notwendige Voraussetzung für das Erzielen lang anhaltender therapeutischer Veränderung gesehen (u.a. Alanan et al, 1982, 1986).

Die Werkstätten müssen vor diesem Hintergrund eher als eine dialektische Ergänzung und ein systemischer Impuls verstanden werden, welche nur vor dem Hintergrund eines schon vorhandenen stabilen und langfristigen Behandlungskonzeptes wirksam werden können. Gleichzeitig ist es aber häufig ein solcher rascher Impuls, der bei einem fest ge-

fahrenen „Patient -Therapeutensystem“ (Cierpka 1996, S. 25) den Widerstand vor einem wichtigen Entwicklungsschritt zu mehr Autonomie und Selbstverantwortung auflösen kann. Darüber hinaus sei auch noch einmal auf die Effekte der Supervision und des Erfahrungsaustausches hingewiesen, die dazu beitragen, dass sich die geschlossenen Therapiesysteme wieder sozial öffnen und für den gesellschaftlichen Diskurs einen Beitrag leisten.

Dass ein solcher interdisziplinärer und überinstitutioneller Erfahrungsaustausch gerade in Deutschland besonders schwer fällt, hat wohl mit der Ideologielastigkeit und der Selbstunsicherheit insbesondere der therapeutischen Berufsstände zu tun.

Dass dahingegen die Verwirklichung der Werkstätten in einem Land wie Polen, wo nicht nur die finanziellen Ressourcen, sondern auch die Möglichkeiten zum wissenschaftlichen Austausch begrenzter sind, mit Dankbarkeit und Interesse aufgenommen wurde, kann uns als in Deutschland tätige Ärzte und Therapeuten nachdenklich stimmen.

### **VII.3. Originalität der Arbeit**

Neben den schon eingearbeiteten Kritikpunkten - wie die Einteilung der Gruppen nach psychotherapeutischen Kriterien, der zu kleinen Fallzahl und der Überzahl von methodologisch teilweise ungenau erfassten Einflussfaktoren - ist dieser Studie wohl vor allem entgegenzuhalten, dass das explorativ ermittelte Modell für den Zusammenhang zwischen „Hauptzielen“ und „Zwischenzielen“ - Kognitionen und Metakognition - nicht schon vor der Untersuchung feststand und auf diese Weise genauer evaluiert werden konnte.

So kann, da die psychologischen Faktoren nur einmalig erfasst wurden, ein entsprechendes Modell aus der Korrelation der Eingangsfaktoren vermutet und auch theoretisch folgerichtig abgeleitet werden - ein entsprechender empirischer Nachweis steht aber noch aus.

Ebenso wäre es wichtig gewesen, neben dem Rating der subjektiv erlebten Pathologie - der „Basisstörungen“ - auch ein externes Rating der vorhandenen klinischen Symptome vorzunehmen.

Hierdurch wäre es auch möglich gewesen, den vermuteten Zusammenhang zwischen Zwischenzielen und neuropsychologischen Defiziten, wenn schon nicht direkt über neuropsychologische Testung, so doch indirekt im Symptomkorrelat der kognitiven Defizite zu erfassen.

Es konnte aus diesem Grund auch kein direkter Zusammenhang zwischen den nach aussen hin gezeigten Symptomen und den damit verbundenen sozialen Auswirkungen aufgezeigt werden.

Trotz dieser Einschränkungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit dem explorativen Charakter dieser Studie zu sehen sind, konnte mit die-

sem Ansatz eines „*qualitativen Experiments*“ (Kleining 1986) nachgewiesen werden:

- dass künstlerische Methoden innerhalb eines integrativen Rahmenprogramms unbedenklich und anwendbar erscheinen,
- dass im Rahmen künstlerischer Arbeit kognitive Prozesse bei Patienten trainiert werden, die im Ansatz der maßnahmenbezogenen Zwischenziele empirisch erfasst wurden,
- dass der Erfolg der Maßnahmen und die qualitativen Beobachtungen eher einen komplexen multimodalen Ansatz in der Rehabilitation schizophrener Patienten nahe legen als ein „Schritt für Schritt - Training“ einzelner kognitiver, emotionaler oder sozialer Komponenten (Susslow et al. 1998).

Insbesondere die Theatertherapie hat sich hierbei als ausgesprochen erfolgversprechende und ausgereifte Methode für ein komplexes multimodales Training erwiesen und sollte in weiteren Studien noch genauer evaluiert werden.

Es sei hier abschließend bemerkt, wie unqualifiziert und diskriminierend die Formulierung eines in einer singulären Struktur vermuteten schizophrenen Defizits vor dem Hintergrund der neueren neurobiologischen Forschung erscheint.

So konnte im Dysbalance-Modell von Andreasen et al. (1998) wie zuvor im Modell von Süllwold (1995) ein überzeugender Ansatz formuliert werden, demzufolge das biologische wie soziale Problem schizophrener Patienten nicht in dem Vorliegen umschriebener Einzeldefizite zu suchen ist, sondern vielmehr in der Integration der unterschiedlichen bewussten und unbewussten kognitiven Prozesse in übergeordnete und zeitlich stabile Handlungspläne.

Wenn man aus diesem Störungskonzept ein therapeutisches Modell ableiten wollte, müsste dies nicht neurorehabilitativ einzelne Funktionen trainieren, sondern vielmehr daraufhin abzielen, integrativ und stabilisierend auf das gesamte kognitive System einzuwirken.

Auch Spitzer schließt sich als Neurobiologe einem solchen komplexen rehabilitativen Ansatz an, wenn er in Bezugnahme auf seine Forschung an komplexen selbstlernenden Netzwerkmodellen formuliert (Spitzer, 1996, S.315):

*„Um die Repräsentanzen zu verändern, bedarf es neuer Inputmuster, d.h. neuer Erfahrungen. Ein eintöniges psychosoziales Umfeld ist daher ungünstig für chronisch Wahnkranke. Als wichtigste therapeutische Konsequenz ergibt sich aus der hier diskutierten neurobiologischen Sicht des chronischen Wahns gerade nicht nur die medikamentöse Therapie, sondern die Milieuthherapie, die für neue Erfahrungen in einer möglichst angstfreien Umgebung sorgt“.*

Es scheint, dass insbesondere die Neurowissenschaften die Kluft zwischen psychologischen, biologischen und sozialen Ansätzen in der Therapie der Schizophrenie überbrückbarer machen können, als es die Analyse bereits vorhandener klinischer Ansätze vermuten lässt.

## VIII. Zusammenfassung der Arbeit

In der Behandlung der schizophrenen Psychosen hat es in den letzten zwei Jahrzehnten beträchtliche Fortschritte gegeben. Insbesondere psychoedukative und neurorehabilitative Ansätze sowie die Einführung der atypischen Neuroleptika haben vor dem Hintergrund der „Decade of Brain“ und der funktionellen Bildgebung zu einem explosionsartigen Wissenszuwachs in Forschung und Praxis geführt.

Dennoch kann ein großer Anteil von schwerst chronifiziert Erkrankten von den gängigen therapeutischen Behandlungen, so sie denn in deren Genuss kommen, nur unzureichend profitieren.

So liegt die subjektive und objektive Lebensqualität vieler Patienten noch immer deutlich unter der der Allgemeinbevölkerung.

Im Rahmen eines ressourcenorientierten Ansatzes haben sich daher verschiedene Arbeitsgruppen in den letzten Jahren bemüht, über erlebnisorientierte Behandlungsmaßnahmen die sozialen Fertigkeiten, die emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten und damit die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

Die polnische Arbeitsgruppe um Dr. med. Cechnicki hat sich insbesondere der Erforschung emotionsfördernder, aktivierender Komponenten in Malerei und Theaterarbeit gewidmet.

Im Rahmen der Krakauer Forschungsaktivitäten wurde in Zusammenarbeit mit der Universität Hamburg eine theatertherapeutische Maßnahme für schizophrene Patienten differentiell zu einer Gesprächsgruppe und einer kurzfristig, aber intensiv arbeitenden künstlerischen Werkstattgruppe über ein Jahr hinweg bezüglich ihrer therapeutischen Auswirkungen beobachtet.

Diese Interventionen wurden additiv zu einer integrativen, multimodalen Behandlung angewandt; diese bestand aus Pharmakotherapie und Individualtherapie durch einen Bezugstherapeuten aus dem multiprofessionellen Behandlungsteam und wurde im Beobachtungszeitraum (ein Jahr) kontinuierlich miterfasst.

Der vorliegenden Arbeit lag die Fragestellung zugrunde, ob nach einem Jahr theatertherapeutischer Behandlung spezifische Effekte im Hinblick auf das soziale Funktionsniveau, die subjektiv erlebte Psychopathologie und die Inanspruchnahme stationärer Hilfsangebote nachweisbar sind, die bei den Patienten in den beiden Vergleichsgruppen (Gesprächsgruppe, Werkstattgruppe) nicht in dieser Form auftraten.

Zuvor wurde die Hypothese aufgestellt, dass spezifische Verhaltensänderungen bei der Durchführung der Gruppenaktivitäten als Zwischenziele (künstlerische Grundübung) mit den Hauptzielen, also den klinischen Verhaltensveränderungen, signifikant korreliert sein müssen, um einen Bezug zwischen den klinischen Veränderungen und den differentiellen therapeutischen Maßnahmen behaupten zu können (impact and specifying level, Kendall und Norton-Ford 1982).

Für die maßnahmenbezogenen Zwischenziele wurde dazu im Rahmen dieser Studie ein videogestütztes Ratingverfahren für künstlerische bzw. kommunikative Verhaltensänderungen entwickelt und evaluiert.

Für die klinischen Hauptziele wurde die Differenz nach einem Jahr, bezogen auf das „Globale soziale Funktionsniveau“ (GAS), das Ausmaß von „positiven



und negativen Basisstörungen (BS)“ sowie die „Mehrinanspruchnahme von stationären Hilfen“ erfasst.

Ferner wurden psychologische und verlaufsbezogene Startfaktoren mit erfasst, wobei neben Krankheits- und Hospitalisierungszeit der sozioökonomische Status, kognitive Kontrollüberzeugungen (Locus of Control, nach Krampen 1982) und die Psychotherapiemotivation (nach Schulz, Nübling und Rüdell 1988) mit eingingen; auch qualitative Beobachtungen wurden ergänzend vorbereitet.

Methodisch wurden 48 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie nach ICD 10 (Dilling et al. 1991) aus dem Krakauer sozialpsychiatrischen Gemeindeprogramm rekrutiert und aus therapeutischen Gründen in nicht randomisierter Form auf eine Gesprächsgruppe (n = 8), eine Theatergruppe (n = 13) und eine kurzfristig, intensiv arbeitende künstlerische Werkstattgruppe (n = 27) verteilt. Die statistische Analyse unter Verwendung des Programmpakets SPSS - PC+ (Norusis 1990) für die Berechnung von Mittelwertsunterschieden, Varianzanalysen, Korrelationen und schrittweisen Regressionsanalysen ergab:

- dass in allen Gruppen deutliche Fortschritte bei den Zwischenzielen gemessen werden, die sich hochsignifikant von 0 unterscheiden,
- dass sich in allen Gruppen zunächst leichte positive Trends bei den Verbesserungen der Hauptziele zeigen; wenn man alle Hauptziele auf einer Metaskala zusammenfasst (Strauss u. Carpenter 1972, 1977) können sowohl in der Theatergruppe als auch in der Werkstattgruppe Veränderungen festgestellt werden, die sich signifikant von 0 unterscheiden,
- ferner kann ein geforderter positiver korrelativer Zusammenhang zwischen Haupt- und Zwischenzielen nur in der Theatergruppe festgestellt werden,
- als klinische Eingangsfaktoren, die das Erreichen der Zwischenziele und der Hauptziele vorhersagen können (Prädiktoren), sind neben den verlaufsbezogenen Faktoren insbesondere die Kontrollüberzeugungen (Locus of Control) von Bedeutung.

Unter Zuhilfenahme der mit teilnehmenden Beobachtungen und Selbstbeurteilungsskalen (TGS) vorgenommenen qualitativen Analyse wird aus den quantitativen Ergebnissen geschlossen,

- dass im Rahmen künstlerischer Arbeit kognitive Prozesse bei Patienten trainiert werden, die im Ansatz der maßnahmenbezogenen Zwischenziele empirisch erfasst wurden,
- dass der Erfolg der Maßnahmen und die qualitativen Beobachtungen eher einen komplexen multimodalen Ansatz in der Rehabilitation schizophrener Patienten nahelegen als ein „Schritt für Schritt -Training“ einzelner kognitiver, emotionaler oder sozialer Komponenten (vgl. Andreasen 1998).

Ferner legen die Ergebnisse nahe, dass insbesondere kognitive Elemente wie die Kontrollüberzeugungen in der Planung und Durchführung rehabilitativer Strategien besondere Berücksichtigung finden sollten, da sie sowohl im Rah-

men der Chronifizierungsprozesse als auch in der Vermittlung zwischen Haupt- und Zwischenzielen eine wichtige intermediäre Schaltfunktion haben.

Einschränkend muss gesagt werden, dass eine konfirmatorische Überprüfung der Hypothesen aufgrund der niedrigen Fallzahlen sowie der nicht randomisierten Zuordnung kaum möglich erscheint.

Dennoch wurde in der neuartigen Zusammenführung qualitativer und quantitativer Methoden (vgl. Tschuschke 1993) und über die Entwicklung von Evaluierungsinstrumenten für künstlerische Effekte eine relevante Vorarbeit für weitere kontrollierte Studien mit größeren Fallzahlen und enger gefassten Fragestellungen geleistet.

Diese sollten noch gezielter die Anwendung spezifischer künstlerischer Methoden innerhalb einer integrativen Schizophrenietherapie untersuchen.

Bereits jetzt kann jedoch die Annahme ausgesprochen werden, dass insbesondere die Theatertherapie für die kognitive „Metastörung“ Schizophrenie (Frith 1992) eine störungsspezifische „Metatherapie“ (vgl. S.183) darstellt, weshalb eine intensivere Erforschung und Anwendungsüberprüfungen dieser Methode angezeigt sind.

## IX. Literaturverzeichnis

- Alanen, Y.O., Rääköläinen, V., Laakso, J. (1982) Krankheitsmodelle bei der Schizophrenie und die Bedürfnisangemessenheit der Behandlung. *Nervenarzt*, 53, 150-153
- Alanen, Y.O., Rääköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R., Lasko, J., Kaljonen, A. (1985) Psychotherapeutically oriented treatment of schizophrenia: results of 5-year-follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 319 (71), 31-49
- Allen, H.A. (1983) Do positive and negative language symptom subtypes of schizophrenia show qualitative differences in language production. *Psychological Medicine*, 13, 787-797
- Allen, H.A. (1984) Positive and negative symptoms and the thematic organisation of schizophrenic speech. *British Journal of Psychiatry*, 144, 611-617
- American Psychiatric Association (1980) diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3. Auflg., Washington
- Andreasen, N.C. (1982) Negative versus positive schizophrenia. Definition and validation. *Archives of General Psychiatry*, 39, 789-794
- Andreasen, N.C. (1985) The comprehensive assessment of symptoms and history (CASH). Iowa City: The University of Iowa Press
- Andreasen, N.C., Paradiso, S., O' Leavy, D.S. (1998) Cognitive Dysmetria as an integrative theory of schizophrenia: a dysfunction of the cortical-subcortical-cerebellar circuitry. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 203-218
- Andreasen, B. (1987) Basissymptome bei schizophrenen Patienten, unveröffentlichtes Manuskript
- Angermeyer M.C, Schulze B. (2001) Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologia Psichiatria Sociale* 10 (1), 1-5
- Arboleda, C., Holzman, P.S., (1985) Thought disorder in children at risk for psychosis (1985) *Archives of General Psychiatry*, 42 (10), 1004-1013
- Arieti, S. (1955) Interpretation of schizophrenia. New York: Brunner u. Mazze
- Arieti, S. (1971) The origins and development of the psychopathology of schizophrenia. In: Bleuler, M., Angst, J. (Hrsg.) *Die Entstehung der Schizophrenie*. Bern: Huber
- Arieti, S. (1974) Schizophrenia: The psychodynamic mechanism and the psychostructural forms. In: Arieti, S. (Hrsg.) *Handbook of Psychiatry*, vol. 3, New York: Basic Books
- Arnold, M.B. (1970) Perennial problems in the field of emotion (S. 169-185). In: Arnold, M.B. (Hrsg.) *Feelings and emotions*. New York: Academic Press
- Baddeley, A., Lewis, V.J. (1981) Inner active processes in reading: The inner voice, the inner ear and the inner eye (S. 107-129). In: Lesgold, A.M., Perfetti, C.A. (Hrsg.) *Interactive processes in reading*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates Inc
- Baddeley, A. (1986) *Working Memory*. Oxford: Oxford University Press

- Bandura, A. (1976) Lernen am Modell. Ansätze zu einer soziokognitiven Lerntheorie. Stuttgart: Klett
- Baron-Cohen, S. (1989) The autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 30, 285-295
- Bäumli, J. (1994) Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Berlin; Heidelberg; New York: Springer
- Benedetti, Gaetano (1994) Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. 4. Aufl., Göttingen; Zürich: Vandenhoeck u. Ruprecht
- Benkert, O., Hippus, H. (1996) Psychiatrische Pharmakotherapie. 6. Aufl. Berlin: Springer
- Biehl, H., Maurer, K., Schubart, C. (1987) Dimensionen der Psychopathologie und sozialen Anpassung im natürlichen Verlauf schizophrener Erkrankungen. In: Olbrich, R. K. (Hrsg.) Prospektive Verlaufsforschung in der Psychiatrie. Berlin; Heidelberg: Springer
- Bielańska, A., Cechnicki, C., Budzyna-Dawidowski, M. (1991) Drama therapy as a means of rehabilitation for schizophrenic patients, our impressions. *American Journal of Psychiatry*, Vol 14, (4), 566-577
- Bloch, S., Crouch, E. (1985) Therapeutic factors in group psychotherapy. Oxford: Oxford University Press
- Bock, T., Esterer, J., Deranders, J.E. (1992) Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Böker, W., Brenner, H.D. (1983) Selbstheilungsversuche Schizophrener: Psychopathologische Befunde und Folgerungen für Forschung und Therapie. *Nervenarzt*, 54, 578-589
- Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg) (1986) Bewältigung der Schizophrenie: Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapien, Angehörigenarbeit und autoprotektive Anstrengungen. Bern; Stuttgart; Toronto: Huber Verlag
- Böker, W., Brenner, H.D. (1996) Stand systemischer Modellvorstellungen zur Schizophrenie und Implikationen für die Therapieforschung (S. 17-32). In Böker, W., Brenner, H.D. (1996) Integrative Therapie der Schizophrenie. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- Bogacz, J., Sippel, V. (2002) Terapeutyczno-rehabilitacyjne walory górskich obozów wędrownych. *Psychoterapia*, in Druck
- Bowen, L., Wallace, C.J., Glynn, S.M., Nuechterlein, K.H. (1994) Schizophrenic individual's cognitive functioning and performance in interpersonal interactions an skills training procedures. *Journal of Psychiatry Research*, 28, 289-301
- Bower, G.H. (1981) Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148
- Braun, C., Bernier, S., Proulx, R., Cohen, H. (1991) A deficite of primary affective facial expression independent of bucco-facial dyspraxia in chronic schizophrenic. *Cognition and Emotion*, 5, 147-159

- Brenner, H.D. (1989) Die Therapie basaler psychischer Dysfunktionen aus systemischer Sicht. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.) Schizophrenie als systemische Störung. Bern; Stuttgart; Toronto: Huber
- Brenner, H.D., Stramke, W.G., Mewes, J., Liese, F., Seeger, G. (1980) Erfahrungen mit einem spezifischen Therapieprogramm zum Training kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in der Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten. *Nervenarzt*, 51, 106-112
- Brown, G.W. (1959) Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 37, 105-131
- Brown, G. W. (1990) Die Entdeckung von Expressed Emotion: Induktion oder Deduktion? In: Olbrich, R. (Hrsg.) Therapie der Schizophrenie. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer
- Brown, G.W., Birley, J.L.T., Wing, J.K. (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258
- Buber, M. (1994) Das dialogische Prinzip. 7. Auflage. Gerlingen: Verlag Lambert Schneider GmbH
- Bynum, W.F. (1983) Psychiatry in its Historical Context. In: Shepard, M., Zangwill, O.L. (Hrsg.) *Handbook of Psychiatry, Vol 1, General Psychopathology*. Cambridge University
- Cameron, N. (1943) The paranoid pseudo-community. *American Journal of Sociology*, 43, 32-38
- Candido, C.L., Romney, D.M. (1990) Attributional style in paranoid vs. depressed patients. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 355-363
- Carpenter, W.T, Heinrichs, W.E., Hanlon, T.E. (1981) Methodical standards for treatment outcome research in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 138, 465-471
- Cechnicki, A. (1995,1) Bericht aus dem Forschungsprogramm „Analyse des Einflusses ausgewählter Faktoren in ihrem Einfluss auf den Behandlungsprozess schizophrener Erkrankter“ (in eigener Übersetzung). Programm 501/KL/135/L realisiert 94-95 an der Krakauer Universitätsklinik für Psychiatrie
- Cechnicki, A. (1995, 2) Bericht aus dem Forschungsprogramm „Bewertung der Effekte in einem integrativen Behandlungsprogramm für Schizophrene. Siebenjährige Katamnese.“ (in eigener Übersetzung). Programm 4S40205806, realisiert 94-95 an der Krakauer Universitätsklinik für Psychiatrie
- Cechnicki, A. (2000) Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii (S. 37-47). In: Bomba, J. (Hrsg) *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskie
- Cechnicki, A., Bielancka, A., Drozdowicz, L. (1988) Die Rolle des Trainings sozialer Fertigkeiten im System der Behandlung von Schizophreniekranken. *Gemeindenahe Psychiatrie* 26/27, 44-52
- Cechnicki, A., Bielańska, A. (1996) Obozy terapeutyczne w śródwiskowym programie leczenia chorych na schizofrenię. *Bilans 20 lat. Psychoterapia*, 4, 69-80

- Cechnicki, A., Sippel, V. (2001) Theatertherapie mit schizophrenen Patienten und ihre Bedeutung für den psychotherapeutischen und rehabilitativen Prozess. Vortrag beim Forum Rehabilitation, „Brennpunkte in der Psychiatrie“ vom 3.-5. Mai 2001 in Hamburg. Book of Abstracts, S. 15
- Ciampi, L. (1982) Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. Stuttgart: Klett - Cotta
- Ciampi, L. (1988, 1) Die affektlogische Interpretation des Persönlichkeitswandels in schizophrenen Langzeitverläufen. In: Janazarik, W. (Hrsg.) Persönlichkeit und Psychose. Stuttgart: Enke
- Ciampi, L. (1988, 2) Außenwelt, Innenwelt, die Entstehung von Raum, Zeit und psychischen Strukturen. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht
- Ciampi, L. (1996) Nicht-lineare Dynamik komplexer Systeme: Ein chaostheoretischer Zugang zur Schizophrenie (S. 33-47). In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.) Integrative Therapie der Schizophrenie. Bern: Huber
- Ciampi, L. (1997) Die emotionalen Grundlagen des Denkens: Entwurf einer fraktalen Affektlogik. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht
- Ciampi, L., Dauwalder, H.P., Ague, C. (1979) Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker: III. Längsschnittuntersuchung zum Rehabilitationserfolg und zur Prognostik. Nervenarzt, 50, 366-378
- Coche, E. (1982) Change measures and clinical practice in group psychotherapy. In: Dies, R.R., MacKenzie, K.R. (Hrsg.) Advances in group psychotherapy - Integration Research and Practice. Monograph I. New York: International Universities Press
- Cohen, C.I., Berk, L.A. (1985) Personal coping styles of schizophrenic outpatients. Hospital and Community Psychiatry, 36, 407-410
- Cohen, R. (1989) Das Anhedonie-Konzept in der Schizophrenie-Forschung. Nervenarzt 60, 313-318
- Conrad, K. (1958) Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: Thieme
- Christiansen, C. (1991) Occupational Therapy, Intervention for life performance (S. 3 -45). In: Christiansen, C., Baum, C. (Hrsg.) Occupational Therapy, overcoming human performance deficits. Thorofare, New York: Slack
- Cierpka, M. (1996) Synopsis für die klinische Diagnostik (S. 25 – 31). In: Cierpka, M. (Hrsg.) Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag
- Crow, T.J. (1980, a) Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? British Medical Journal, 280, 66-68
- Crow, T.J. (1980, b) Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. British Journal of Psychiatry, 137, 333-336
- Crow, T.J. (1985) The two-syndrome concept: Origins and current status. Schizophrenia Bulletin, 11, 471-486

- Damasio, A.R. (1989) Time-locked multiregional retroactivation: A systems-level proposal for the neural substrates of recall and recognition. *Cognition* 33, 25
- Deisler, K. (1996) Psychiatrische Sprachspiele (S. 63 –82). In: Keller, Th., Greve, N. (Hrsg.) *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrieverlag
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (1999) *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Gaebel, W., Falkai, P. (Redaktion) Band 1: Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopf
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991) *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber
- Dreikurs, S.E. (1976) Art therapy: an Adlerian group approach. *Journal of Individual Psychology*, 32 (1), 69-80
- Dunham, H.W. (1965) *Community and Schizophrenia. An epidemiological analysis*. Detroit: Wayne State Univ. Press
- Elbert, T., Pantev, C., Wienbruch, C., Rockstroh, B. (1995) Increased cortical representation of the fingers of the left hand of string players. *Science*, 270, 305-307
- Emrich, H.M. (1988) Zur Entwicklung einer Systemtheorie produktiver Psychosen. *Nervenarzt*, 59, 456-464
- Ernst, K. (1962) Neurotische Residualzustände und endogene Residualzustände. *Archiv für Psychiatrie und Neurologie*, 203, 61-84
- Feer, Hans (1970) *Kybernetik in der Psychiatrie: Schizophrenie und Depression*. (Biblioteca Psychiatrica. No. 145) Basel; München; New York: Karger
- Feinberg, I. (1978) Efference copy and collary discharge: implication for thinking and its disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 4, 636-640
- Flavell, J.H. (1979) Metacognition an cognitive monitoring: A new area of cognitive-development inquiry. *American Psychologist*, 35, 906-911
- Flavell, J.H. (1986) The development of children's knowledge about the appearance-reality distinction. *American Psychologist* , 41 (4), 418-425
- Fodor, J.A. (1983) *The modularity of mind*. Cambridge: MIT Press
- Friedrichs, Lüdtkke (1977) *Teilnehmende Beobachtung. Einführung in die sozialwissenschaftliche Feldforschung*. 3. Aufl., Beltz Monographien Weinheim; Beltz: Psychologie - Verlags - Union
- Frith, C.D. (1992) *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia. Essays in Cognitive Psychology*, East Sussex, UK: Lawrence Erlbaum Associates LTD
- Frith, C.D., Done, D.J. (1986) Routes to action in reation time tasks. *Psychological Research*, 48, 169-177
- Frith, C.D., Done, D.J. (1989) Experiences of alien control in schizophrenia reflect a disorder in the central monitoring of action. *Psychological Medicine*, 19, 359-363

- Gallister, C.R. (1980) *Organisation of action: a new synthesis*. New York: Lawrence Erlbaum Associates Inc
- Gessler, S., Cutting, F., Frith, C.D., Weinman, J. (1989) Schizophrenic inability to judge facial emotion: a controlled study. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 19-29
- Goffman, E. (1961) *Encounters*. New York: Bobbs Merrill
- Goffman, E. (1983) *Wir alle spielen Theater. Eine Selbstdarstellung im Alltag*. 4. Auflage. München, Zürich: R. Piper u. Co Verlag
- Goldberg, E.M., Morrison, S.L. (1963) Schizophrenia and social class. *British Journal of Psychiatry*, 109, 785-802
- Gmür, M. (1986) *Schizophrenieverlauf und Entinstitutionalisierung*. Stuttgart: Enke Verlag
- Grawe, K. (1977) Indikation zur spezifischen Wirkung von Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie. Eine Untersuchung an phobischen Patienten. *Differentielle Psychotherapie I, Arbeiten zur Theorie und Praxis der Rehabilitation in Medizin, Psychologie und Sonderpädagogik*, Hannover
- Grawe, K., Donatie, R., Bernauer, F. (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie
- Green, M.F. (1996) What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 153, 321 - 330
- Grof, S. (1975) *Realms of the human unconscious*. New York: Viking
- Gross, G. (1994) Zur Entwicklung des Basissymptomkonzepts seit 1955 (S. 33-50). In: Gross, G. (Hrsg.) *Weißenauser Schizophrenie Symposien 9: Perspektiven psychiatrischer Forschung und Praxis*. Stuttgart: Schattauer
- Gugger, B. (1991) *Emanzipatorische Kunsttherapie: wider der Einbahnstrasse in der Psychiatrie*. Keupp, H. (Hrsg.): *Gemeindepsychologische Perspektiven*. München; Wien: Profil
- Happe, F. (1994) An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 24, 129-154
- Hautzinger (2000) *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen*. 3 Aufl.. Weinheim: Beltz PVU
- Heaton, R.K., Chelunge, G.J., Talley, J.L. Kay, G.C. Cuttiss, G. (1993) *Wisconsin Card Sorting Test Manual. Revised and Expanded*. Odessa: Psychological Assessment Resources
- Hemsley, D.R. (1994) Cognitive disturbance as the link between schizophrenic symptoms and their biological bases. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 2, 163-170
- Hodel, B., Brenner, H.D. (1997) A new development in Integrated Psychological Therapy for schizophrenic patients (IPT). First results of Emotional Management Training. In: Brenner, H.D., Böker, W., Genner, G. (Hrsg.) *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia*. Seattle; Toronto; Göttingen; Bern: Hogrefe and Huber Publishers



- Hoffmann, J. (1999) Kognitive Psychologie (S. 353 - 356). In: Asanger, R., Wenninger, W. (Hrsg.): Handwörterbuch Psychologie. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags-Union
- Hogarty, G.E., Schooler, N.R., Ulrich, R. et al. (1979) Fluphenazin and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients. Relapse analysis of two-year-controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride. Archives of General Psychiatry 36 (12), 1283-1294
- Hogarty, G.E., Kornblith, S.J., Greenwaldt, D. et al. (1995) Personal therapy: A disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 21, 379-399
- Hohagen F., Stieglitz R.D., Bohus M., Berger M. (2000) Psychotherapie (S 131 -218). In: Berger, M., Stieglitz, R.D. (Hrsg) Psychiatrie und Psychotherapie München, Jena: Urban + Fischer Verlag
- Holst, E.von, Mittelstaedt, H. (1950) Das Reafferenzprinzip - Wechselwirkungen zwischen Zentralnervensystem und Peripherie. Naturwissenschaften, 37, 464-476
- Huber, G. (1976) Indizien für die Somathypothese bei den Schizophrenien. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 40, 77-94
- Huber, G. (1983) Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Praxis schizophrener Erkrankungen. Nervenarzt, 54, 23-32
- Huber, G., Gross, G., Schüttler, R. (1979) Schizophrenie: eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. (Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Bd 21) Berlin: Springer
- Iljine, V.N (1909) Improvisiertes Theaterspiel zur Behandlung von Gemütsleiden. Kiew: Teatralny Kurier
- Iljine, V.N (1942) Therapeutisches Theaterspiel. Paris
- Janzarik, W. (1959) Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Berlin; Göttingen; Heidelberg: Springer
- Janzarik, W. (1968) Schizophrene Verläufe. Eine strukturdynamische Interpretation. Berlin; Heidelberg; New York: Springer
- Janzarik, W. (1988) Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Stuttgart: Enke
- Johnston, M. H., Holzman, P.S. (1979) Assessing Schizophrenic Thinking. San Francisco: Jossey- Bass, Publishers
- Jung (1912) Wandlungen und Symbole der Libido. Ein Beitrag zur Entwicklungsgeschichte des Denkens. Leipzig, Wien: 1912. Neuausg.: Symbole der Wandlungen. Analyse des Vorspiels zu einer Schizophrenie: Zürich 1952 (Ges.Werke V ,1977)
- Kaney, S., Bentall, R.P. (1989) Persecutory delusions an attributional style. British Journal of Medical Psychology, 62, 191-198
- Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. (1987) The Positive and Negative Symptome scale (PANSS) of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 13 (2), 261-276

- Kendall, P.C., Norton-Ford, J. (1982) Therapy outcome research methods. In: Kendall, P.C., Butcher, J.N. (Hrsg.) Handbook of Research Methods in Clinical Psychology. New York: John Wiley & Sons
- Klein, M. (1946) Notes of some schizoid mechanism. International Journal of Psychoanalysis, 27, 99-110
- Kernberg, O.F. (1976) Object relations theory and clinical psychonalysis. New York: Aronson
- Kleining, G. (1982) Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 34, 224-253
- Kleining, G. (1986) Das qualitative Experiment. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 38, 724-750
- Klosterkötter, J. (1988) Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie. Heidelberg; Berlin; New York: Springer
- Klosterkötter, J. (1992) Wie entsteht das schizophrene Kernsyndrom? Nervenarzt 63, 675-682
- Kiresuk, T.J., Sherman, R.E. (1968) Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental programs. Community Mental Health Journal, 4, 443-454
- Kordy, H. Scheibler, D. (1984 a) Individuumszentrierte Erfolgsforschung: Erfassung und Bewertung von Therapieeffekten anhand individueller Behandlungsziele – Teil 1: Gibt es in der Ergebnisforschung eine Lücke für individuumsorientierte Verfahren. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie, Psychotherapie, 32, 218-233
- Kordy, H. Scheibler, D. (1984 b) Individuumszentrierte Erfolgsforschung: Erfassung und Bewertung von Therapieeffekten anhand individueller Behandlungsziele - Teil 2: Anwendungs- und Auswertungsaspekte. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie, Psychotherapie, 32, 300-309
- Koukkou, M. (1987) Hirnmechanismen des normalen und schizophrenen Denkens. Berlin: Springer
- Kraepelin, E. (1896) Psychiatrie. 5. Aufl., Leipzig: Barth
- Krampen, G. (1982) Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen ("Locus of Control"). Göttingen: Hogrefe
- Kraus, A. (1980) Bedeutung und Rezeption der Rollentheorie in der Schizophrenie (S. 125-147). In: Pers, U.H. (Hrsg.) Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. X., Ergebnisse für die Medizin (2) Psychiatrie, Zürich: Kindler
- Krausz, M., Naber, D. (1999) Grundlagen und Perspektiven integrativer Behandlungskonzepte in der Therapie schizophrener Psychosen (S. 1-35). In: Krausz, M., Naber, D. (Hrsg.) Integrative Schizophrenietherapie - Behandlungsphilosophie und Intervention. Basel: Karger
- Kuhl, J. (1999) Das STAR – Modell der Persönlichkeitsstörungen: Affektmodulierte Interaktionen kognitiver Makrosystem. Persönlichkeitsstörungen, 3, 84 - 90

- Laing, R.D. (1972) Das geteilte Selbst. Köln: Kiepenheuer u. Witsch
- Lange, H.U. (1981) Anpassungsstrategien, Bewältigungsreaktionen und Selbstheilungsversuche bei Schizophrenen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 49, 275-285
- Lambert, M., Perro, C., Naber, D. (1999) Pharmakotherapie als integrativer Bestandteil der Behandlung schizophrener Psychosen (S. 36-85). In: Krausz, M., Naber, D. (Hrsg.) Integrative Schizophrenietherapie - Behandlungsphilosophie und Intervention. Basel: Karger
- LaMore, K., Nelson, D.L. (1992) The effect of options on performance of an art project in adults with mental disabilities. American Journal of Occupational Therapy, Vol. 5, 397-401
- Lasar, M., Loose, R. (1994) Kontrollüberzeugungen bei chronischer Schizophrenie. Nervenarzt, 65, 464-469
- Leff, J., Abberton, E. (1981) Voice pitch measurement in schizophrenia and depression. Psychological Medicine, 11, 849-852
- Lempp, R. (1973) Psychosen im Kindes- und Jugendalter - eine Realitätsbezugsstörung. Eine Theorie der Schizophrenie. Bern: Huber
- Lempp, R. (1974) Zur Genese der kindlichen Schizophrenie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2, 111-127
- Lempp, R. (1984) Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Die Schizophrenien als funktionelle Regressionen und Reaktionen. Bern: Huber
- Lempp, R. (1988) Die psychischen, psychosozialen und somatischen Bedingungen im Kindesalter und ihre Bedeutung für Genese und Verständnis der Schizophrenie. In: Janzarik, W. (Hrsg.) Persönlichkeit und Psychose. Stuttgart: Enke
- Liberman, J.A., Koreen, A.R. (1993) Neurochemistry and neuroendocrinology of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 19, 371-429
- Liberman, R.P., Green, M.F. (1992) Whither cognitive-behavioral therapy for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 18, 27-35
- Liberman, R.P., Mueser, K.T., Wallace, C.J., Jacobs, H.E. et al. (1986) Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. Schizophrenia Bulletin 12, 631
- Liberman, R.P., Wallace, Ch. (1990) Neuere Entwicklungen des Trainings sozialer Fertigkeiten für chronisch psychisch Kranke (S. 83-99). In: Olbrich, R. (Hrsg.) Therapie der Schizophrenie. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer
- Little, P.F. (1987) The syndroms of chronic schizophrenia: a reexamination of the positive-negative dichotomy. British Journal of Psychiatry, 151, 145-151
- Linden, W., Wen, F.K. (1990) Therapy outcome research, health care policy, and the continuing lack of accumulated knowledge. Professional Psychology-Research and Practice, 21, 482-488

- Lingner, M. (1985) Verständigung über Kunst. Zum Problem des Ausdrucks in Kunst und Therapie (S. 10-12). In Katalog: Reiff, S., Oehring, G. Leuze, A. (Hrsg.) Inselbegegnungen. Kreative Wege zur Befreiung aus der Isolation in Bilder, Skulpturen, Masken und Theater. München: Werkstatt
- Lutz, R. (1990) Therapie und Förderung genussvollen Erlebens und Handelns. In: Zielke, M., Mark, N. (Hrsg.) Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. Berlin; Heidelberg; New York; Tokyo: Springer
- Lutz, R. (2000) Genusstraining (S. 179-183). In: Linden, M., Hautzinger, R. (Hrsg.) Verhaltenstherapiemanual. 4. Aufl., Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag
- MacKenzie, K.R. (1981) Measurement of group climate. *International Journal of Group Psychotherapy* 31, 287 - 296
- MacKenzie, K.R., Dies, R.R. (1982) *The core-battery*. New York: American Group Therapy Association
- Malenka, R.C., Angel, R.W., Hampton, B., Berger, P.A. (1982) Impaired central error correcting behaviour in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 39, 101-107
- McEvoy, J.P., Freter, S., Everett, G., Geller, J., Appelbaum, P., Apperson, L.J., Roth, L. (1989) Insight and clinical outcome of schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 48-51
- Markowitsch, H.J. (1999) Functional neuroimaging correlates of functional amnesia. *Memory* 21 (6), 784 – 794
- Markowitsch, H.J., Kessler, J., Van der Ven, C. et al. (1998) Psychich trauma causing grossly reduced brain metabolism and cognitive deterioriat
- Markowitsch, H.J. Kessler, J., Russ, M.O. et al. (1999) *Cortex* 32 (2), 219 – 230
- Marneros, A., Deister, A., Rhode, A. (1991) *Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie*. Berlin; Heidelberg; New York: Springer-Verlag
- Mead, G.H. (1969) *Sozialpsychologie*. Neuwied: Luchterhand (engl. Orig.ausg. 1934: *Mind, Self and Society*. Chicago: University of Chicago Press)
- Meehl, P.E. (1962) Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838
- Meehl, P.E. (1972) A critical afterword (S. 367-415). In: Gottesman, J.J., Shields, J. (Hrsg.) *Schizophrenia and genetics*. New York: Academic Press
- Meehl, P.E. (1990) Toward and integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4 (1), 1-99
- Mentzos, S. (1997) Psychotherapiemethoden (S. 149-163). In: Böker, W., Brenner, D. (Hrsg.) *Behandlung schizophrener Psychosen*. Stuttgart: Enke
- Moreno, J.L. (1924) *Das Stehgreiftheater*. Potsdam: Kiepenheuer – Verlag. 2. Aufl.: Beacon 1970
- Moreno, J.L. (1959) *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*. Stuttgart: Thieme -Verlag

- Murphy, D., Cutting, J. (1990) Prosodic comprehension and expression in schizophrenia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 53, 727-730
- Ogden, Th.H. (1988) Misrecognition and the fear of not knowing. *Psychoanalytic Quarterly*, 47, 643 - 665
- Opoczyńska, M. (1996) *Możliwości osobowego rozwoju w schizofrenii*. Kraków: Collegium Medicum UJ
- Naber, D. (1995) A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables. *International Clinical Psychopharmacology*, 10 (3), 133- 138
- Naber, D., Moritz, S., Lambert, M., Rajonk, F. (2001) Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophrenia Research*, 50, 79-88
- Navratil, L. (1965) *Schizophrenie und Kunst. Ein Beitrag zur Psychologie des Gestaltens*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Norusis, M.J. (1990) *SPSS-PC+ Version 2.0*. Chicago: SPSS Inc.
- Nuechterlein, K.H. (1987) Vulnerability models for schizophrenia: State of the art (S. 297-316). In: Häfner, H., Gattaz, W.F., Janzarik, W. (eds.) *Search for the Causes of schizophrenia*. Berlin; Heidelberg; New York: Springer
- Olbrich, R. (1990) Expressed-Emotion-Konzept und Vulnerabilitätsmodell in ihrer Bedeutung für das Verständnis schizophrener Krankheitsgeschehens (S. 11-24). In: Olbrich, R. (Hrsg.) *Therapie der Schizophrenie*. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer
- Paul, G.L., Lentz, R.J. (1977) *Psychosocial treatment for chronic mental patients: milieu versus social-learning programs*. Cambridge, Md.: Harvard U. Press
- Perris, C., Skagerlind, L. (1994) Cognitive therapy with schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 382-, 65-70
- Petzold, H. (1978) *Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik und Theater*. Paderborn: Junfermann-Verlag
- Piaget, J. (1959) *Nachahmung, Spiel und Traum. Die Entwicklung der Symbolfunktionen des Kindes*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag
- Poljakov, J. (1973) *Schizophrenie und Erkenntnistätigkeit*. Stuttgart: Hippokrates
- Rapport, J. (1985) Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ an Stelle präventiver Ansätze. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17, S. 257-258
- Richter D., Eikermann B., Reker T. (1999) Das biopsychosoziale Modell psychischer Erkrankungen - Versuch einer Standortbestimmung. *Nervenheilkunde*, 18, 434-441
- Roder, V., Brenner, H.D. (1990) Spezifische Therapieinterventionen im kognitiven und sozialen Bereich mit schizophrenen Patienten (S. 100-119). In: Olbrich, R. (Hrsg.) *Therapie der Schizophrenie*. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer

- Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N., Hodel, B. (1992) Integriertes Psychologisches Trainingsprogramm für schizophrene Patienten. 2. Aufl., München; Weinheim: Psychologie Verlags-Union
- Roder, V., Zorn, P., Brenner, H.D. (1997) Verhaltenstherapeutische Ansätze zu sozialen Fertigkeiten und Problemlösefertigkeiten (S. 111-135). In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.) Behandlung schizophrener Psychosen. Stuttgart: Enke
- Rotter, J.B. (1969) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 80 (1), 1-28
- Rotter, J.B. (1975) Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 43, No 1, 56-67
- Rutter, D.R. (1985) Language in schizophrenia: the structure of monologues and conversation. *British Journal of Psychiatry*, 146, 399-404
- Sachs, L. (1993, a) Statistische Methoden. Planung und Auswertung. 7. überarb. Aufl. Berlin; Heidelberg; New York: Springer
- Sachs, L. (1993, b) Statistische Methoden 2. Planung und Auswertung. 7. überarb. Aufl. Berlin; Heidelberg; New York: Springer
- Sarwer-Foner, G.J. (1996) Das Menschsein des schizophrenen Patienten (S. 364-376). In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.) Integrative Therapie der Schizophrenie. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber Verlag
- Scharfetter, Ch. (1995) Schizophrene Menschen: Diagnostik, Psychopathologie, Forschungsansätze. 4. Aufl., Weinheim; Beltz: Psychologie Verlags - Union
- Schaub, A.K., Andres, H.D., Brenner, G. et al. (1996) Entwicklung einer bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophrene Patienten. In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.) Integrative Therapie der Schizophrenie. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber Verlag
- Schiepek, G. (1993) Nichtlineare Dynamik psychotischer Prozesse. Positionspapier zur Arbeitstagung „Systemische Modellvorstellungen zur Schizophrenie“ am 15. September 1993 in Bern
- Schore, A.N. (1994) Affect regulation and the origin of self. The neurobiology of emotional development. Hillsdale, New York: Erlbaum
- Schmidt, H. (1995) Kreativität und Selbstheilung (S. 65-72). In Ließem, H., Stähli, P. (Hrsg.): „Ans Licht geholt.“ Kunst in ver-rückter Zeit. Köln: Wienand - Verlag
- Schneider, K. (1959) *Clinical Psychopathology*, New York: Grune u. Stratton
- Schubart, C., Schwarz, R., Krumm, B., Biehl, H. (1986) Schizophrenie und soziale Anpassung. Berlin: Springer-Verlag
- Schulz, Nübling, Rüdell (1995) Kurzfragebogen zur Psychotherapiemotivation (KPM). Unveröffentlichtes Manuskript

- Schurian, W. (1986) Psychologie ästhetischer Wahrnehmungen. Selbstorganisation und Vielschichtigkeit von Empfindung, Verhalten und Verlangen. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Schurian, W. (1992) Kunst im Alltag. Psychologische Untersuchung zur Kunst zwischen Individuum und Umwelt. Göttingen; Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie
- Shenton, M.E., Solovay, M.R., Holzman, P.S., Coleman, M., Gale, H.J. (1989) Thought disorders in the relatives of psychotic patients. Archives of General Psychiatry, 46 (10), 897-901
- Searles, H.F. (1965) Collected papers on schizophrenia and related subjects. New York: International Universities Press
- Shallice, T. (1982) Specific impairment of planning. Philosophical Transactions of the Royal Society of London, 298, 199-209
- Shallice, T. (1988) From Neuropsychology to Mental Structure (S. 353-380). Cambridge: Cambridge University Press
- Seidman, L.J., Cassens, G.P., Kremen, W.S. (1992) Neuropsychology of schizophrenia (S. 381-444). In: White, R.F. (Hrsg.) Clinical Syndromes in Adult Neuropsychology: The Practitioner's Handbook. Elsevier Science Publishers B.V.
- Sippel, V., Goscinski, I., Dziasek, J., Polak, J. (2001) Dysexecutive syndrome and its clinical symptoms. World Journal of Biological Psychiatry, 2, 232S
- Sperry, R.W. (1950) Neural basis of the spontaneous optokinetic response produced by visual inversion. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 43, 482-489
- Spitzer, M. (1996) Geist im Netz: Modelle für Denken, Lernen und Handeln. Heidelberg; Berlin; Oxford: Spektrum, Akad. Verlag
- Spitzer, R.L., Gibbon, M., Endicott, J. (1978) Global Assessment Scale (GAS). Unveröffentl. Manuskript
- Stanislawski, K.S. (1961, a) Die Arbeit des Schauspielers an sich selbst. Teil 1: Die Arbeit an sich selbst im schöpferischen Prozess des Erlebens. Berlin: Henschel Verlag
- Stanislawski, K.S. (1961, b) Die Arbeit des Schauspielers an sich selbst. Teil 2: Die Arbeit an sich selbst im schöpferischen Prozess des Verkörperns. Berlin: Henschel Verlag
- Stanislawski, K.S. (1961, c) Die Arbeit des Schauspielers an der Rolle. Fragmente eines Buches. Berlin: Henschel Verlag
- Stark, F.-M. (1988) Verhaltenstherapie bei schizophrenen Patienten. Ein Training zum adäquaten Umgang mit Medikation in der Langzeitbehandlung (S. 132-146). In Burchard, J.M. (Hrsg.), Therapiefähigkeit durch psychopharmakologische Behandlung. München: Münchner Wissenschaftliche Publikationen
- Stark, F.-M. (2000) in eigener Mitteilung während eines Spazierganges in Krakau, 07.2000
- Stark, F.-M., Stutte, K.H. (1985) Selbstkontrolle als neuer Therapieansatz bei chronisch schizophrenen Patienten; Psycho, Akt. Forum, Supp. II, 5, 472-473
- Stark, F.-M., Cechnicki, A. (2000) Qualitätssicherung in der Tagesklinik. In Druck.

- Stolle, R., Stark, F.-M. (1994, 1) Die subjektiven Krankheitstheorien von schizophrenen Patienten und ihren Angehörigen im Vergleich. Eine explorative Studie. Part 1: Patients. *Psychiatrische Praxis*, 21(2), 74-78
- Stolle, R., Stark, F.-M. (1994, 2) Die subjektiven Krankheitstheorien von schizophrenen Patienten und ihren Angehörigen im Vergleich. Eine explorative Studie. Part 2: Patients. *Psychiatrische Praxis*, 21(3), 96-100
- Storms, L.H., Broen, W.E. (1969) A theory of schizophrena behavioral isorganisation. *Archives of General Psychiatry*, 20, 129-144
- Strassberg, D.S., Roback, H.B., Anchor, K.N. (1975) Self-disclosure in group therapy with schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1259-1261
- Strauss, A. (1991) *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen Forschung*. München: Fink
- Strauss, J.S. (1987) Processes of healing and chronicity in schizophrenia (S. 75-87). In Häfner, H. Gattaz, W.F., Janzarik, W. (Hrsg.) *Search for the causes of schizophrenia*. Berlin: Springer
- Strauss, J. S. (1989) Intermediäre Prozesse in der Schizophrenie: zu einer neuen dynamisch orientierten Psychiatrie. In: Böker, W., Brenner, H. D. (Hrsg.) *Schizophrenie als systemische Störung: die Bedeutung intermediärer Prozesse für Theorie und Therapie*. Bern; Stuttgart; Toronto: Huber
- Strauss, J.S. (1996) Der Heilungsprozess und das Wesen der Schizophrenie (S. 353-363). In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.) *Integrative Therapie der Schizophrenie*. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber Verlag
- Strauss, J.S., Carpenter, W.T. (1972) The prediction of outcome in schizophrenia I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 27, 739 - 764
- Strauss, J.S., Carpenter, W.T. (1977) The prediction of outcome in schizophrenia III. Five years outcome and its predictions.. *Archives of General Psychiatry*, 34, 159 - 163
- Strauss, J.S., Harding, C.M., Hafez, H., Lieberman, P. (1986) Die Rolle des Patienten bei der Genesung von einer Psychose (S. 168-175). In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.) *Bewältigung der Schizophrenie*. Bern; Stuttgart; Toronto: Huber Verlag
- Susslow, T., Arolt, V. (1998) Effektivität eines computergestützten Aufmerksamkeitstrainings bei schizophrenen Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 25; 105-110
- Susslow, T., Weber, A., Wellnitz, Ch., Arolt, A. (1998) Computergestütztes kognitives Training für schizophrene Patienten. *Ergotherapie u. Rehabilitation*, 4, 253-258
- Süllwold, L. (1985) Schwach ausgeprägte schizophrene Symptome. Wege zur Spezifität? (S. 75-78). In: Huber, G. (Hrsg.) *Basis-Stadien endogener Psychosen und das Borderline-Problem*. Stuttgart: Schattauer
- Süllwold, L. (1986) *Frankfurter Beschwerde-Fragebogen*. Heidelberg: Springer
- Süllwold, L. (1995) *Schizophrenie*. 3. überarb. und erw. Aufl., Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer



- Süllwold, L., Huber, G. (1986) Schizophrene Basisstörungen. Berlin; Heidelberg; New York; Tokyo: Springer
- Szasz, Th. (1978) Psychiatrie. Die verschleierte Macht. Frankfurt/M.: Fischer Verlag (Amerik. Originalausgabe: Ideology and Insanity. New York: Double Day, 1970)
- Szymusik, A., Zadecki, J., Cechnicki, A., Barbaro, A. Zawadzka, K. (1983) Das Therapiesystem für schizophren reagierende Patienten in der Psychiatrischen Klinik in Krakau. Dynamische Psychiatrie, 418-425
- Thurm-Mussgay, I., Häfner, H. (1990) Bewältigung der Krankheit Schizophrenie und ihre Folgen (S. 151-165). In: Olbrich, R. (Hrsg.) Therapie der Schizophrenie. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer
- Tschuschke, V. (1993) Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Prozeß, Ergebnis, Relationen. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Ullrich, R., DeMuynck, R. (2000) Aufbau sozialer Kompetenz: Selbstsicherheitstraining, Assertivness-Training (S. 103-110) In: Linden, M., Hautzinger, R. (Hrsg.) Verhaltenstherapiemanual. 4. Aufl., Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag
- Walker, E.F. (1994) Developmentally moderated expression of the neuropathology underlying schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 20, 453-480
- Wechsler, D. (1987) WMS-R: Wechsler Memory Scale- Revised. Manual. San Antonio: The Psychological Corporation
- Westphal (1871) Die Agoraphobie. Eine neuropathische Erscheinung. Archiv für Psychiatrie und Nervenheilkunde 3, 138-161
- Wiedl, K. H., Wienöbst, J. (1998) Interindividual differences in cognitive remediation research with schizophrenic patients - indicators of rehabilitational potential? International Journal of Rehabilitation Research 22, 55-59
- Wiedl K.H., Wienöbst J., Schottke H.H., Green M.F, Nuechterlein K.H. (2001) Attentional characteristics of schizophrenia patients differing in learning proficiency on the Wisconsin Card Sorting Test. Schizophr Bulletin, 27 (4), 687-695
- Wytgotzi, L.S. (1964) Denken und Sprechen. Berlin: Akademie-Verlag
- Wing, J.K., Cooper, J.E., Sartorius, N. (1974) Description and classification of psychiatric symptoms. London: Cambridge University Press
- Winnicott, D.W. (1971) Playing: Creative activity an the search for self. London: Travistock.
- Winnicott, D.W. (1979) Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta

- Yalom, I.D. (1985) The theory and praxis of group psychotherapy. 3rd ed., New York: Basic Books
- Zadecki, J., Cechnicki, A. (1983) Problematyka Wartości Schizofrenii. *Zdrowie Psychiczne*, Nr 1, Rok XXIV, 57-62
- Zubin, J. (1963) Behavioral concomitants of the mental disorders: A biometrical view. In: Wigdor, B. (Hrsg.) *Recent advances in the study of behavior change*. Montreal: McGill University
- Zubin, J. (1972) Scientific models for psychopathology in the 70`s. *Seminars in Psychiatry*, 4, 283-296
- Zubin, J. (1989) Die Anpassung therapeutischer Interventionen an die wissenschaftlichen Modelle der Ätiologie (S. 14-26). In: Böker, W., Brenner, H.D. (Hrsg.) *Schizophrenie als systemische Störung*. Bern: Huber Verlag
- Zubin, J., Steinhauer, S.R. (1981) How to break the logjam in schizophrenia: a look beyond genetics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 477-492
- Zubin, J., Magaziner, J., Steinhauer, S.R. (1983) The metamorphosis of schizophrenia: From chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571
- Zubin, J., Steinhauer, S.R., Day, R., v. Kammen, D. (1985) Schizophrenia at the crossroads: A blueprint of the 80`s. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 217-240
- Zubin, J., Spring, B. (1977) Vulnerability - a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126

## **X. Danksagung**

Für die Möglichkeit der Durchführung dieser Studie an ihrer Abteilung möchte ich an dieser Stelle Frau Dipl. Psych. Anna Bielańska und Herrn Dr. med. Andrej Cechnicki aus Krakau, Polen, danken sowie allen schizophrenen Menschen, die ich im Rahmen dieses Projektes kennen lernen konnte.

Für die freundliche und fachkundige Betreuung danke ich Herrn Prof. Dr. med. F.-M. Chirazi-Stark sowie für die hilfreichen Ratschläge Herrn Prof. Dr. med. J. Bomba; dem Ärztlichen Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik in Krakau, Polen.

Die Fertigstellung dieser Arbeit wurde mir ferner ermöglicht über ein Doktoratsstipendium, welches ich von April 1996 bis April 1998 durch die Universität Hamburg beziehen durfte; auch hierfür möchte ich mich an dieser Stelle ausdrücklich bedanken.

## XI. Lebenslauf

- geb. am 22.02.67 in Hamburg
- Schulbesuch in Hamburg-Farmsen, 1973-77 Grundschule, 1978-86 Gymnasium, 1986 Abitur als Jahrgangsdritter und Bohne-Preis der ev. Kirche für die zweitbeste Abschlussarbeit in Norddeutschland im Fach Religion
- 01.9.86-30.04.88 Zivildienst in Hamburg bei der Johanniter-Unfallhilfe
- 01.10.88 Aufnahme des Medizinstudiums in Hamburg, parallel dazu in den vorlesungsfreien Zeiten Künstlerische Ausbildung (Theater-Regie) und Assistenzen an den Schauspielhäusern Hamburg, Dortmund und Köln
- Ab 1993 verstärkte Einbindung in die sozial-psychiatrische universitäre Forschungsgruppe um Herrn Prof. Chirazi-Stark an der Universitätsklinik Hamburg; in Verbindung damit kurze Auslandsaufenthalte zu psychiatrischen Kongressen und aktive Mitarbeit an verschiedenen Veröffentlichungen zu sozialpsychiatrischen Themenstellungen, außerdem verstärkte Auseinandersetzung mit dem klinischen Nutzen künstlerischer Arbeit für langzeit-erkrankte Patienten im Rahmen von künstlerischen Werkstätten in psychiatrischen Einrichtungen
- 01.10.95-30.09.96 Medizinisches Praktisches Jahr (Innere Medizin, Chirurgie, Wahlfach: Psychiatrie) in Hamburg, im Zusammenhang mit dem Psychiatrie-Anteil zweimonatiger Forschungsaufenthalt an der Medizinischen Fakultät der Kopernikus-Akademie in Krakau, Polen;
- hier wurde, in Zusammenarbeit mit den polnischen Kollegen, ein Polnisch-Deutsches Forschungsprogramm zum Thema „Kunst und Psychiatrie“ geplant. Dieses Projekt soll auf Grundlage der internationalen psychiatrischen Zusammenarbeit der "Deutsch-Polnischen Gesellschaft für seelische Gesundheit e.V." verwirklicht werden. Unter Mithilfe von Herrn Prof. Bomba, von der medizinischen Fakultät der Kopernikus-Akademie in Krakau, und Herrn Prof. Chirazi-Stark, von der Universitätsklinik Hamburg, wurde es im Rahmen meiner medizinischen Dissertation wissenschaftlich ausgewertet
- Dezember 96 Ablegung des dritten Staatsexamens mit der Note „sehr gut“, bis März 97 intensives Sprachstudium der Polnischen Sprache, Absolvieren einer zweijährigen Facharztausbildung für Psychiatrie in Polen, unter Berücksichtigung der für die Deutsche AIP-Ausbildung erforderlichen Auflagen. Durchführung des Forschungsprojektes „Psychiatrie und Kunst“, ferner Absolvieren eines einjährigen neurologischen Praktikums an der Neurologischen Universitätsklinik in Krakau; hier Durchführung eines neuen Forschungsprojektes im Bereich vergleichender neuropsychologischer Untersuchungen zwischen psychiatrischen und schädel-hirnverletzten Patienten; Ergebnisse wurden anlässlich des Weltkongresses für biologische Psychiatrie (Berlin 2001) in einem Poster zusammengefasst
- Von Nov. 1999 – Juni 2000 Stationsarzt in der psychiatrischen Abteilung von Herrn Professor Chirazi-Stark in Hamburg – Rissen; hier Durchführung einer therapeutischen Ferienfreizeit mit schizophrenen Patienten und einem Deutsch-Polnisch gemischten Therapeutenteam; Publikation der Arbeitsergebnisse in der Polnischen Fachzeitschrift „Psychotherapia“; ferner Werkstätten anlässlich des Forums für psychosoziale Rehabilitation 2000 und 2001 (Hamburg) zum Thema „Theatertherapie mit schizophrenen Patienten“

- Seit Juni 2000 Wissenschaftlicher Assistent in der Psychiatrischen Abteilung von Herrn Professor Hohagen in Lübeck, hier Forschungsschwerpunkt in Affektforschung (Emotionslabor), Entwicklung eines verhaltenstherapeutischen Gruppenmanuals zur Affektmodulation bei suizidalen Menschen, zur Zeit Vorbereitung eines vergleichenden Forschungsprojektes zur Lebensqualität von schizophrenen Patienten und ihrer Angehörigen bezogen auf die Struktur ihrer medizinischen Versorgung (Fördermittel wurden über EU – Programme beantragt); ferner Wiederaufnahme der neuropsychologischen Untersuchungen über exekutive Funktionen bei schizophrenen Patienten i.R. eines interdisziplinären Studienprogramms zwischen den Psychiatrischen und Neurologischen Universitätskliniken in Lübeck

## **XII. Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite der benutzten Werke kenntlich gemacht habe, und dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

### **XIII. Anhang**

Die Literatur für die aus Übersichtgründen in den Anhang gestellten Textteile befindet sich ebenfalls im Literaturverzeichnis (S.195).

Übersetzungen ins Polnische wurden durch Rückübersetzungen durch einen vereidigten Dolmetscher gegen geprüft.

#### **I. Herleitung des Messinstrumentes für die „Zwischenziele“**

##### **I.1. Grundübung für die Theatergruppe**

Für die Erfassung des Zwischenzieles *„Fähigkeit, eine zuvor vom Leiter vorgespilte neue Szene wiederholen und mit persönlichem Ausdruck anreichern zu können“* wird vom künstlerischen Leiter eine witzige ca. 90 Sekunden andauernde Spielszene erotischen Inhaltes vorgeführt. Diese Szenen (sechs Wochen vor der gesamten Probenzeit, zu Beginn der gesamten Probenzeit, zum Abschluss der gesamten Probenzeit und sechs Wochen nach der gesamten Probenzeit) haben folgende Titel:

*„der heimliche Kauf eines Erotikmagazins“*,

*„der versteckte Seitensprung“*,

*„der Flirt im Cafe“* und

*„das erotische Telefongespräch“*.

Der erotische Kontext dieser Szenen ist als Etüde für die eigentliche Probe am Stück *„Lysistrata“* nach Aristophanes gedacht, welches während des von mir erfassten Beobachtungszeitraumes einstudiert werden sollte. Alle Szenen sollten für die evaluierten Kriterien einen vergleichbaren Schweregrad aufweisen. Die Szenen werden von allen Gruppenteilnehmern in Zufallsreihenfolge nachgespielt, wobei zu diesem Nachspielen die Gruppenteilnehmer einzeln hereingebeten werden, damit keine Verfälschungen des Anfangseindrucks eintreten kann.

Alle vier Szenen eines Teilnehmers werden für die Auswertungsphase in Zufallsreihenfolge zusammengeschnitten, wobei vor jeder Szene die nachzuspielende Originalszene des Leiters zu sehen ist.

Zwei externe Rater sollen dann das auf diese Weise präparierte Material in einem Konsensverfahren auf einer Goal Attainment Skala nach folgenden Kriterien einschätzen:

(1.) *Gleiche Anzahl der szenischen Element wie in der vom Leiter vorgespielten Originalszene*

(2.) *Logik und Flüssigkeit des Handlungsablaufes*

(3.) *Persönlicher Ausdruck*

Jedes dieser Kriterien wird mit 0 (nicht vorhanden) oder 1 (vorhanden) von beiden Ratern eingeschätzt. Bei Unstimmigkeiten, sollen die Szenen erneut begutachtet und ausdiskutiert werden. Sollten dennoch Unklarheiten bestehen, wird das Merkmal als „nicht vorhanden“ gewertet. Auf diese Weise werden für jede Spielszene Punktwerte zwischen 0 und 3 erreicht. Sollten beide Untersucher alle drei Merkmale ohne Diskussion als vorhanden werten, wird ein zusätzlicher Bewertungspunkt gegeben, so dass für eine Szene maximal 4 Punkte erreicht werden können.

Für das Abschlussergebnis werden nun die Punktwerte von Szene 2 - zum Beginn des Probenzeitraumes - und von Szene 4 - zum Abschluss des Probenzeitraumes - von einander abgezogen. Die Punktedifferenz (Szene 4 – Post - minus Szene 2 – Prä - ) soll als maßnahmenbezogene Verhaltensänderung bezüglich des Zwischenzieles *„Fähigkeit, eine zuvor vom Leiter vorgespilte neue Szene wiederholen und mit persönlichem Ausdruck anreichern zu können“* in die Auswertung eingehen.

*Es können in der abschließenden Auswertung damit Punktwerte zwischen - 4 und +4 erreicht werden*

## **I.2. Grundübung für die Gesprächsgruppe**

Zur Erfassung des Zwischenzieles

*„Fähigkeit zum nonverbalen und verbalen Ausdruck eigener Emotionen und zur nonverbalen Einfühlung in die Emotionen anderer Gruppenteilnehmer“* wird zu den vier Untersuchungszeitpunkten im ABA Design vor dem eigentlichen Sitzungsbeginn von jedem Teilnehmer in der Gruppe gebeten, ein kurzes „Blitzlicht“ über seine eigene augenblickliche Befindlichkeit abzugeben. Hierbei wird durch Naheinstellung der Kamera erfasst, welche mimischen und gestischen Elemente die Gefühlsäußerungen unterstützen. Auch wird mit mehreren Kameras parallel erfasst, wie der einzelne Teilnehmer mimisch oder gestisch auf die Gefühlsschilderungen der anderen Teilnehmer reagiert. Alle vier Sequenzen eines Teilnehmers, sowie zu jeder Sequenz drei Minuten „nach“ dem Gesprächsbeitrag des Teilnehmers, werden in Zufallsreihenfolge zusammengeschnitten und von zwei externen Ratern in einem Konsensverfahren nach folgenden Kriterien eingeschätzt:

*1. Direktes Ansprechen von Gefühlsinhalten*

*2. Mimische oder gestische Reaktionen, die die eigenen angesprochenen Gefühlsinhalte synthym bestärken*

*3. Mimische oder gestische Reaktionen, die die Gefühlsinhalte der anderen Teilnehmer synthym bestärken*

Jedes dieser Kriterien wird mit 0 (nicht vorhanden) oder 1 (vorhanden) von beiden Ratern eingeschätzt. Bei Unstimmigkeiten sollen die Sequenzen erneut begutachtet und ausdiskutiert werden. Sollte dennoch Unklarheit bestehen, wird das Merkmal als „nicht vorhanden“ gewertet. Für die Einschätzung des Merkmales 2 werden die Blitzlichtsequenzen eines Teilnehmer zunächst ohne Ton vorgespielt und die Rater haben den emotionalen Inhalt des Beitrages aus dem mimischen und gestischen Verhalten des Teilnehmers einzuschätzen. Nur, wenn bei dem nachfolgenden Vorspielen mit Ton die nonverbal interpretierten Gefühlsinhalte synthym die verbal ausgesprochenen Gefühlsinhalte unterstreichen, soll das Merkmal 2 als vorhanden gewertet werden. Sollten keine emotionalen Inhalte verbalisiert werden, sind diese aber trotzdem nonverbal klar benennbar, wird das Merkmal ebenfalls als vorhanden gewertet.

Für die Einschätzung des Merkmales 3 wird das Verfahren wiederholt, wobei zunächst ohne Ton und dann mit Ton mimische und gestische Reaktionen des Teilnehmers auf die Gesprächsbeiträge der anderen Teilnehmer bezogen werden.

Das Ratingverfahren erfolgt nun analog zur Theatergruppe (s.o.).

Die Punktedifferenz (Szene 4 -Post- minus Szene 2 -Prä-) soll als maßnahmenbezogene Verhaltensänderung bezüglich des Zwischenzieles *„Fähigkeit zum nonverbalen und verbalen Ausdruck eigener Emotionen und zur nonverbalen Einfühlung in die Emotionen anderer Gruppenteilnehmer“* in die Auswertung eingehen.

### **I.3. Grundübung für die Werkstattgruppe**

Für das Erfassen des Zwischenzieles ***„Ausnutzung des Ausgestaltungsraumes, Fähigkeit die einzelnen Elemente zunehmend zu einer sinnstiftenden künstlerischen Form zu verbinden, über die persönlicher Ausdruck sozial verständlich werden kann“*** werden für die einzelnen Untergruppen der Werkstattgruppe folgende Grundübungen gewählt:

#### Untergruppe Malen

Als Grundübung für das Erfassen des Zwischenzieles *„Ausgewogene Anzahl der Bildelemente, Integration in eine Komposition, Vermittlung eines persönlichen Ausdruckes“* wird wie bei den anderen Gruppen im ABA -Design insgesamt viermal ein Bild nach folgender Anweisung gemalt: *„Wähle eine Farbe, die Deiner Stimmung entspricht und male nur unter der zusätzlichen Verwendung von Mischfarben („Weiß“ und „Schwarz“) ein Bild Deiner Wahl.“*



Die Bilder werden dabei von allen Teilnehmern gleichzeitig auf einer großen Papprolle gemalt, auf der jedem Teilnehmer ein im Format identisches Teilstück zusteht. Sowohl das Entstehen der Bilder als auch das entstandene Gesamtbild soll dabei auf Video aufgezeichnet werden. Ferner sollen von jedem Einzelfragment Fotos gemacht werden, die aneinandergesetzt und mit den Namen der Gruppenteilnehmer beschriftet werden. Für die Auswertung sollen die einzelnen Fragmente eines Teilnehmers mit den dazugehörigen Videosequenzen in Zufallsreihenfolgen zwei externen Ratern vorgestellt werden. Diese schätzen das Material im Konsensverfahren nach folgenden Kriterien ein:

(1.) *Ausnutzung des Formates* (das heißt der gegebene Ausgestaltungsraum wird vollständig einbezogen und ökonomisch genutzt).

(2.) *Ausdruckskraft* (die einzelnen Fragmente des Bildaufbaues - Formen und Farben - werden hinsichtlich ihrer ökonomischen Verwendung zur Schaffung einer signifikanten Form beurteilt - in der signifikanten Form treffen sich persönlicher Ausdruck und soziale Verständlichkeit, (s. hierzu Einführung, II.2.3., S.49f)).

(3.) *Integration in ein Umfeld* (das Einzelfragment wird hinsichtlich der harmonischen Ergänzung zum gesamten Gruppenbild beurteilt. Ferner fließt ein, ob der Teilnehmer in der Lage ist, eine Bildgrenze des eigenen Bildes zu den anderen Bildern auszugestalten. Ein harmonisches Gleichgewicht zwischen Integration und Abgrenzung geht hier als positive Merkmalsausprägung in die Bewertung ein).

Das Sonderkriterium „Integration in ein Umfeld“ kann als eine „Handlungssteuerung unter Einbezug von Veränderungen im äußeren Umfeld“ kognitiv verstanden werden. Gleichzeitig fließt aber in die Fähigkeit zur „Abgrenzung von einem Umfeld“ auch ein psychodynamischer Aspekt mit ein. Winnicott (1971, 1979) legt diese Interpretation anhand der Abgrenzung der Figur von ihrem Hintergrund nahe, über dem Hinweis auf die individuelle Abgrenzung von der mütterlichen Symbiose gezogen werden könne.

### Untergruppe Bewegung

Für das Zwischenziel „*Ausgewogene Anzahl der Bewegungen, Integration in einen Bewegungsfluss, Vermittlung eines persönlichen Ausdruckes*“ wird als Grundübung in einem ABA -Design ein einminütiges Bewegungssolo ausgeführt, welches jeder Teilnehmer entsprechend seinen Bewegungswünschen frei ausgestaltet kann. Hierbei wird gefordert, dass der Teilnehmer während seines Solos Bewegungsstopps macht, die als „*Skulpturen bilden*“ bezeichnet werden. Wann und wie oft diese Stopps

erfolgen, ist jedem Teilnehmer freigestellt. Während das gesamte Solo auf Video aufgezeichnet wird, sollen während der „Stopps“ Fotos angefertigt werden.

Die Videosolos werden dann für einen einzelnen Teilnehmer in Zufallsreihenfolge zusammengeschnitten und zwei externen Ratern vorgelegt, welche das Material in einem Konsensverfahren nach folgenden Kriterien auswerten sollen:

(1.) *Ausgewogene Anzahl der Bewegungen* (sowohl Bewegungsarmut als Bewegungssturm - ohne den Einbau von „Stopps“ - werden hier als Nichtvorhandensein des Merkmales gewertet).

(2.) *Vermittlung eines persönlichen Ausdrucks* (hier soll nicht die Emotionalität der Mimik bewertet werden, sondern mehr die Qualität der Bewegungen. Diese sollte weder hölzern und marionettenhaft noch übertrieben schauspielerisch und künstlich erscheinen. Der persönliche Ausdruck lässt sich hier am ehesten mit dem von Scharfetter geprägten Begriff der „*Ich-Aktivität*“ erklären, welche anhand der Bewegungsqualität der Soli auf der Verhaltensebene bewertet werden soll. Die „*Ich Aktivität*“ wird dabei von Scharfetter als „*Gewissheit der Eigenbestimmung des Erlebens, Denkens und Handelns*“ definiert (1995, S.74).

(3.) Für das Kriterium „*Integration in einen Bewegungsfluss*“ ist entscheidend, wie weit der Teilnehmer einzelne Bewegungsimpulse in einem zusammenhängenden Bewegungsplan sinnvoll miteinander verbinden kann und die Ausführung dieses Bewegungsplanes ökonomisch steuert. Sowohl plötzliche Zustände von Abgelenktheit als auch ineffektive Kontrolle der im Augenblick ausgeführten Bewegungen können zu einem „Abriss“ des Bewegungsfadens führen. Ferner spielt für dieses Kriterium eine Rolle, wie die in den Fotos festgehaltenen „*Bewegungsstopps*“ dramaturgisch sinnvoll in den Gesamttablauf eingebaut werden.

### Untergruppe Musik

Für die Erfassung des Zwischenzieles „*Verwendung verschiedener Klänge, Integration in einen melodisch-rhythmischen Gesamttablauf und Vermittlung eines persönlichen Ausdrucks*“ wird eine Grundübung in einem ABA-Design vorgeschlagen, bei der die Teilnehmer ihren eigenen Vornamen als ein musikalisch ausgestaltetes Solo vortragen. Sowohl die Länge des Solos als auch die Form der Ausgestaltung bleibt dabei jedem Teilnehmer selbst überlassen. Die Solos aller Teilnehmer werden auf Video und auf Tonband aufgezeichnet und zum anschließenden Rating in Zufallsreihenfolge zwei externen Ratern vorgelegt. Das Rating erfolgt dabei für jedes Solo im Konsensverfahren nach folgenden Kriterien:

1. *Vielfalt der verwendeten stimmlichen Mittel* - wobei sowohl die Anzahl der Töne als auch unterschiedliche Formen ihrer Intonation als positive Merkmalsausprägung gewertet werden.

2. Für die *„Integration in einen melodisch-rhythmischen Gesamtablauf“* geht als ein Bewertungskriterium ein, ob die einzelnen stimmlichen Mittel zusammenhangslos nebeneinander stehen, oder sich zu einem bewusst gestalteten Spannungsbogen verbinden, der einen komponierten Anfang, eine dramaturgische Mitte und ein klares Ende aufweist.

3. *„Vermittlung eines persönlichen Ausdrucks“* meint, dass der Vortrag der Teilnehmer eine Stimmung zu wecken versteht, die von beiden Ratern gleichlautend benannt werden kann.

Für das abschließende Rating in allen Untergruppen der Werkstattgruppe gilt dasselbe Ratingschema wie für die Theatergruppe und die Gesprächsgruppe.

Es können in der abschließenden Auswertung damit Punktwerte zwischen - 4 und +4 erreicht werden.

## **II. Qualitative Beschreibung der Gesprächsgruppe**

### **II.1. Allgemeine Beschreibung**

Die Gesprächsgruppe wird im Krakauer Behandlungssystem als ein ambulantes Gruppenangebot für Patienten gesehen, die sowohl innerhalb des komplementären Versorgungssystems stehen als außerhalb von diesem versorgt werden.

In Bezugnahme auf Yalom (1985) finden in die Gruppe allgemeine Wirkfaktoren wie *„Interpersonelles Lernen“*, *„Kohäsion“* und *„Selbstöffnung“* Eingang.

Der ebenfalls von Yalom (1985) beschriebene Wirkfaktor *„Rekapitulation der primären Familiengruppe“* findet zwar in therapeutischen Nachbesprechungen Berücksichtigung, wird aber nicht spezifisch vertieft, da bei der Zusammenarbeit mit psychotisch gestörten Menschen aufgrund der kognitiven Defizite und der atypischen Übertragungsprozesse eher eine Fokussierung auf das tatsächlich gezeigte Verhalten in den konkreten Situationen und die Beziehungen im *„Hier und Jetzt“* indiziert erscheint.

Auf der Grundlage des von Frith (1992, S. 104 - 108) postulierten Verlusts des *„Wissens über die eigene Person“* sowie dem damit verbundenen *„Verlust des Wissens über das Wissen der anderen Personen“* sollte insbesondere der im interpersonellen Lernen implizierte Wirkfaktor *„Feedback“* besonders berücksichtigt werden. Durch Rückmeldungen

von Gruppe und Therapeuten im „*Hier und Jetzt*“ können psychotische Zuordnungen adäquat gegen geprüft werden. Langfristiges Ziel ist dabei, dass die Erkrankten, auch im Zusammenhang mit „*Lernen am Modell*“ (Bandura 1964) allmählich adäquatere Selbst- und Objektrepräsentanzen aufbauen können.

Eine starke „*Gruppenkohäsion*“ i.S. von Akzeptanz und Unterstützung durch die Gruppe (Bloch u. Crouch 1985) erscheint für diesen Prozess wichtig, da schizophren erkrankte Menschen aufgrund ihres häufig reduzierten Selbstwertes zur Antizipierung von sozialer Ablehnung und damit verbunden zum sozialen Rückzug neigen; hierdurch können dann, neben der Gruppenkohäsion, auch andere Wirkfaktoren nicht mehr zur Entfaltung kommen.

Abschließend gilt es hervorzuheben, dass sich der Therapeut in einer solchen Gruppe der Herausforderung stellen muss, in der Anleitung der Patienten sehr unterschiedliche Ausprägungen kognitiver Störungen mit zu berücksichtigen.

Dies darf weder zu einem didaktischen Belehrungsstil noch zu einem rücksichtslosen Verzicht auf nachdrücklichen Vertiefungen, Strukturierungen und Wiederholungen führen.

Wie so oft in der Schizophrenietherapie muss auch hier ein Ausgleich zwischen der Berücksichtigung real vorhandener Defizite und der ressourcenorientierten Verstärkung noch vorhandener Möglichkeiten und Potentiale versucht werden (u.a. Liberman u. Green 1992).

## **II.2. Technische Durchführung**

### **Setting**

Es sind in der Gruppe ein Therapeut und ein Co-Therapeut anwesend. Die Gruppe trifft sich über den Zeitraum eines Jahres einmal wöchentlich für ca. 90 Minuten.

Im Gegensatz zu den vorstrukturierten Gruppenprogrammen wie das „*IPT*“ (Roder et al. 1992) oder das „*Bewältigungsorientierte Gruppentraining*“ (Schaub et al. 1996) wird die Krakauer Gesprächsgruppe als ein einzelner Baustein innerhalb eines multimodularen Behandlungsprogramms aufgefasst. An dieser Stelle sollen aber die Behandlungsfaktoren in der Gesprächsgruppe isoliert betrachtet werden, und andere Behandlungselemente (z.B. neurokognitives Training, Psychoedukation) mit ihren zusätzlichen Effekten nicht beschrieben werden.

### **Sitzungsablauf**

Die Sitzungen sind meist so strukturiert, dass zu Beginn eine kurze Einführungsrunde durchgeführt wird, in der die Teilnehmer ihre augenblickliche Befindlichkeit kurz darstellen sollen und etwaige Themen vorschlagen, die sie gerne in der Gruppe besprechen möchten.

Nach Abschluss der Runde wird, falls es mehrere Themenvorschläge gibt, eine kurze Abstimmung über das für die meisten Teilnehmer in der Gruppe relevante Thema gemacht.

Wichtig ist, dass in dieser Phase die Therapeuten nicht wertend eingreifen, sondern die Patienten eigenständig festlegen können, welcher Gesprächsinhalt für sie Relevanz hat.

Hierdurch kann eine Palette sehr unterschiedlicher Themen mit konkret krankheitsbezogenen Inhalten wie „*Umgang mit Depression und Antriebslosigkeit*“ oder „*Umgang mit Nebenwirkungen von Neuroleptika*“ bis hin zu tages- und alltagsbezogenen Themen wie „*Besuch des Papstes in Polen*“ oder, „*Welche Freizeitaktivitäten kann man mit wenig Geld machen*“ beobachtet werden.

Durch dieses nicht wertende Aufgreifen von aktuellen Themen und Inhalten soll eine patientenbezogene Sicht auf die schizophrene Erkrankung und die damit verbundenen Alltagsprobleme etabliert werden, da auch das Alltägliche, welches in der Psychose nicht mehr zugänglich oder verändert erscheint, in die therapeutische Arbeit eingeht.

Neben diesen aus der Runde kommenden aktuellen Themen, hat jeder Teilnehmer während des Jahres einmal die Aufgabe, den anderen Teilnehmer seine Biographie vorzustellen. Auch hier darf der Therapeut nicht forcierend einwirken, da sich eine zu große Selbstöffnung, bevor sich der Teilnehmer in der Gruppe sicher fühlt, therapeutisch eher negativ auswirken könnte (Strassberg et al. 1975).

Nach Festlegung des Themas wird die Technik zur Bearbeitung des Themas durch den Therapeuten bzw. den Co-Therapeuten vorgeschlagen.

Wenn es sich um ein Thema handelt, welches eher eine allgemeine z.B. krankheitsbezogene Problematik erfasst, steht die gesamte Gruppe im Zentrum der Arbeit und es werden in Form einer offenen Diskussion unterschiedliche Informationen und Stellungnahmen durch die einzelnen Teilnehmer eingeholt. Hier greift der Therapeut nur moderierend ein, indem er eher schüchterne und zurückhaltende Gruppenmitglieder persönlich anspricht und eher dominierende, wenig auf Rückmeldungen eingehende Teilnehmer eingrenzt.

Auch hier sollte der Therapeut darauf achten, dass er nicht mit seiner persönlichen Auffassung lenkend in die Diskussion eingreift; nur, wenn er von einem TN direkt auf eine fachliche Information oder seine persönliche Meinung angesprochen wird, sollte er diese äußern.

Wenn es sich um ein biographisches Thema von persönlicher Relevanz handelt, steht dagegen der einzelne TN im Mittelpunkt, mit dem der Therapeut vor der ganzen Gruppe arbeitet.

Die Arbeitstechnik ist dabei die therapeutische Exploration. Bei der Bearbeitung des Problems, versucht der Therapeut dann wieder die Gruppe co-therapeutisch hinzuzuziehen.

Wenn es sich beispielsweise um einen zwischenmenschlichen Konflikt handelt, werden von der gesamten Gruppe Lösungsvorschläge gesammelt und durch den Protagonisten bewertet.

Adäquate Lösungsvorschläge werden dann in Form eines Rollenspieles praktisch ausprobiert, wobei der Protagonist die Mitspieler aus der Gruppe auswählt.

Handelt es sich um die Vorstellung der Biographie eines Teilnehmers, versucht der Therapeut dahingegen, diesem die Möglichkeit zu geben, seinen Vortrag möglichst eigenständig gestalten zu können und dieses durch sein überwiegend non-verbal bekundetes Interesse positiv zu verstärken.

Nach dem Abschluss der Selbstvorstellung, hat jeder TN noch einmal die Möglichkeit, dem Protagonisten eine Frage bezüglich seiner vorgestellten Biographie zu stellen.

Nach Abschluss der Arbeitsphase endet die Sitzung mit einer Abschlussrunde, bei der jeder TN seine augenblickliche Befindlichkeit sowie seinen eigenen biographischen Bezug zu den in der Arbeitsphase besprochenen Inhalten äußern kann. Die Abschlussrunde gilt als Erfolgsmeldung für den Therapeuten, hilft aber auch dem Protagonisten noch einmal Rückmeldungen darüber zu erhalten, ob die dargestellten persönlichen Probleme auch für andere Teilnehmer in der Gruppe Relevanz hatten.

Sollte der TN für seine Arbeit wenig positive Rückmeldung erhalten, ist es wichtig, dass hier Therapeut und Co-Therapeut korrigierend eingreifen, indem sie noch einmal abschließend besondere in der Arbeit gezeigte Qualitäten des TN's positiv hervorheben.

### **II.3. Erfolgskriterien**

Ein wichtiges Erfolgskriterium ist die regelmäßige Teilnahme aller Patienten an der Gruppe. Dies spricht für ein hohes Ausmaß an Gruppenkohäsion, was als wichtige Voraussetzung für den therapeutischen Prozess zu betrachten ist.

Der persönliche Erfolg des einzelnen TN ist sicherlich u.a. vom Ausmaß positiver Rückmeldungen abhängig, die er erhalten hat, vom Hinzugewinnen krankheitsbezogener Strategien sowie vom Ausmaß, wie er gelernt hat eigene emotionale Zustände zu erfassen und sprachlich adäquat zu artikulieren. Während in einer ersten supportiven Gruppenphase vor allem Wirkfaktoren wie „Kohäsion“, „Katharsis“, „Einflößen von Hoffnung“ und „Universalität des Leidens“ von Bedeutung sind, können bei den TN, bei denen diese Faktoren zum Tragen gekommen sind, auch Wirkfaktoren wie „Einsicht“ und „interpersonelles Lernen“ stärker zur Entfaltung kommen und damit die Möglichkeit einer länger anhaltende Verhaltensmodifikation eröffnen.

Bei dem hohen Ausmaß des Störungsgrades der für die Gesprächsgruppe rekrutierten Patienten, kann es schon als ein großer Erfolg gewertet werden, wenn bei der Mehrzahl der Patienten Wirkfaktoren der frühen Gruppenkohäsion einsetzen – und darüber hinaus eine niedrige „Drop Out - Quote“ verzeichnet wird.

Bezogen auf das Vulnerabilitäts-Stressmodell sollen die Patienten über die Gesprächsgruppe ein funktionaleres Copingverhalten aufbauen und dazu motiviert werden, ihr soziales Netz weiter auszubauen. Dies würde indirekt eine Zunahme von Symptomen verhindern und auch das allgemeine soziale Funktionsniveau (GAS) verbessern.

### **III. Zwei praktische Beispiele aus der Werkstattarbeit**

Der Künstler sollte in den Werkstätten, ähnlich wie in der Theatergruppe, ein Modell dafür sein, wie man mit den in der künstlerischen Arbeit auftauchenden Schwierigkeiten kreativ umgehen kann. Hierbei musste er sich in seinem Interesse, in seiner Motivation und in seinem Handeln für die Patienten „lesbar“ machen. Gleichzeitig musste er künstlerische Formen, Techniken und Tricks vermitteln und diese auch aktiv in schwierigen Situationen den Patienten anbieten. Wichtig ist auch hier das direkte Handeln im „Vor-Machen“, über das der Patient, unter Umgehung von kognitiven oder emotionalen Barrieren, physische Aktionen direkt in die eigenen Handlungsabläufe aufnehmen kann (Strukturinfusion, s. Einleitung I.2., S.12).

Der Patient sollte sich dabei durch den Künstler zu keinem Zeitpunkt künstlerisch oder persönlich „allein gelassen“ fühlen, wobei hier sicher auch die Brückenfunktion der teilnehmenden Therapeuten zusätzlich hilfreich wirkte.

Die Erfahrung der Werkstatt zeigt dabei, dass sich fast alle therapeutische Problem über das künstlerische Material abbilden und unter Zuhilfenahme von künstlerischen Techniken bearbeiten lassen.

Die Art, wie sich die therapeutischen Probleme dabei anhand der unterschiedlichen künstlerischen Techniken darstellen, soll nun anhand von zwei Fallvignetten gezeigt werden:

#### Die Berücksichtigung des Materials

Ein Patient in der Malwerkstatt, der ohne Medikation war und eher einen atypischen schizophrenen Verlauf zeigte, machte sein ambivalentes Verhältnis zum Leiter und der Gruppe dadurch deutlich, dass er in seinen Arbeiten nicht die vorgeschlagenen künstlerischen Themen aufnahm und sich auch nicht an den künstlerischen Gemeinschaftsarbeiten beteiligte. Trotzdem nahm er an allen Sitzungen teil und beteiligte sich auch

kritisch und konstruktiv an der Besprechung der Arbeiten anderer Patienten. Manchmal kam von der beteiligten Therapeutin der Wunsch auf, den Patienten aktiv zurecht zu weisen, wovon sie dann aber absah.

Ungefähr am Ende des ersten Drittels der Werkstattarbeit spiegelte sich das spannungsgeladene Verhältnis des Patienten zur Gruppe darin wieder, dass er immer wieder mit weit ausholenden Bewegungen explosive Farbkleckse auf die als Format dienende Pappe warf, welche sich unter der Feuchtigkeit der Farben zunehmend aufzulösen begann.

Der Künstler nutzte diesen Augenblick dazu, den Patienten darauf aufmerksam zu machen, dass er erst warten müsse, bis eine Farbschicht getrocknet sei, bis er eine neue auftrug, wenn er nicht wolle, dass die Pappe kaputt reiße.

Der Patient war von dieser Intervention sehr überrascht. Es war deutlich, dass er eher eine disziplinarische Verwarnung erwartet hatte; statt dessen trat der Künstler aber als Anwalt des Bildes auf, welches nicht zu Stande käme, wenn der Patient nicht bestimmte Realitätsanforderungen berücksichtigte.

Der Patient, der den Ratschlag des Therapeuten aufnahm, änderte von diesem Zeitpunkt an sein Verhältnis zur Gruppe, indem er zwar weiter eigenständige Themen bearbeitete, sich dabei aber zunehmend bei dem Künstler und der Gruppe rückversicherte, wie diese persönlichen Bearbeitungsversuche sozial aufgenommen wurden.

### Bessere Abgrenzung nach Außen

Ein anderes Beispiel, wie therapeutische Probleme sich künstlerisch abbilden und über künstlerisch-technische Lösungen auch therapeutisch bearbeitet werden können, soll hier noch für die Bewegungswerkstatt dargestellt werden:

Ein Patient mit einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie, der trotz guter medikamentöser Einstellung weiter ausgeprägte Ich-Störungen aufwies, bemerkte bei einer Übung, bei der ein Teilnehmer Bewegungsabläufe vorführen musste, die von den anderen Teilnehmern simultan imitiert werden sollten, dass er das Gefühl habe, nicht zwischen seinen eigenen Bewegungen und denen des künstlerischen Leiters sicher unterscheiden zu können.

Innerhalb eines verbal ausgerichteten therapeutischen Settings, wäre diese Äußerung vermutlich als Hinweis für eine ausgeprägte Ich-Störung besorgt zu Kenntnis genommen worden, ohne sich aber über eine verbale Intervention direkt auf die Störung beziehen zu können. Auf der direkten Handlungsebene der Werkstatt, war es aber möglich dem Patienten für diesen Vorgang, der sprachlich kaum zu fassen wäre, eine korrigierende Erfahrung auf der gleichen vorsprachlichen Ebene anzubieten.



Der Künstler schlug hierfür dem Patienten vor, sich mit ihm gemeinsam und vor der Gruppe frei zu bewegen. Er hatte hierbei die Aufgabe, immer dann, wenn er seine eigenen Bewegungen von denen des Leiters unterscheiden konnte, das Wort „Teraż“ (auf poln. „Jetzt“) auszusprechen. Innerhalb von 10 Minuten wurden mit dieser primär technischen Anweisung die Momente, in denen der Patient sich durch den Künstler beeinflusst fühlte, fast zum Verschwinden gebracht. Es war hierfür nicht erforderlich, dass der Therapeut oder der Künstler dem Patienten explizit ein Konzept für die beobachtete Störung vermitteln musste.

Parallel dazu meldete die Individualtherapeutin des Patienten am nächsten Tag den Therapeuten in der Gruppe zurück, dass ihr Patient erstmalig seit mehreren Jahren über seine Wünsche gesprochen habe, eine sexuelle Partnerin finden zu können, um unabhängig von seinen Eltern in einer eigenen Familie zu leben.

Es sollte hier natürlich kein direkter kausaler Zusammenhang zu der künstlerischen Intervention hergestellt werden. Es kann aber aufgezeigt werden, dass über die künstlerischen Interventionsstrategien neue soziale und körperbezogen-emotionale Erfahrungen beim Patienten möglich sind, die als systemische Impulse, wenn sie individualtherapeutisch aufgegriffen werden, eine wichtige therapeutische Schaltfunktion haben können.

## IV. Verwendete Fragebögen:

### IV.1. Kurzfragebogen zur Psychotherapiemotivation

Fragebogen Psychotherapiemotivation (Schulz/Nübling/Rüddel)

	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt
1. Hinsichtlich der Besserung meiner Beschwerden bin ich optimistisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich bin mir unsicher, ob einem hier geholfen werden kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Trotz meiner Beschwerden bin ich alles in allem mit meinem Leben zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ich glaube kaum, dass man hier etwas für mich tun kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mit seelischen Belastungen nicht fertig zu werden, ist ein deutliches Zeichen von Schwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich habe mich selbst darum bemüht, eine Behandlung hier zu erhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich finde, man sollte stark genug sein, um ohne fremde Hilfe zurechtzukommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. jeder erwachsene Mensch sollte versuchen, mit seinen Problemen alleine fertig zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Wenn ich meine Beschwerden habe, erlauben mir andere (Partner, Kollegen etc.) eher als sonst, dass ich mich schone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Es gäbe sicherlich weit weniger seelische Krankheiten, wenn sich die Menschen mehr unter Kontrolle hätten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich habe wenig Zuversicht, dass sich an meinen Beschwerden etwas verändert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich fühle mich oft niedergeschlagen und bedrückt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich war schon einmal in psychologischer/psychotherapeutischer Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Wenn ich meine Beschwerden habe, kommt es häufiger vor als sonst, dass sich jemand um mich kümmert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Es war nicht meine eigene Entscheidung, hierher zu kommen: andere (z. B. Ärzte, Bekannte) haben mir dazu geraten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Über die Behandlung hier habe ich mich vorab ausführlich informiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich werde mit meinen Problemen nicht mehr allein fertig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich habe keine seelischen Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich habe alle Hebel in Bewegung gesetzt, um hierher kommen zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Es gibt zu viele Dinge, die mir Sorgen bereiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ich fühle mich seelisch angegriffen und belastet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Dass ich hier bin, ist auf mein eigenes Bemühen zurückzuführen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ich habe Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mit meine Mitmenschen (Angehörige, Kollegen usw.) verständnisvoller als sonst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ich habe das Gefühl, dass man einem hier nicht helfen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. <sup>1</sup> Es hat meines Erachtens wenig Sinn, viel über sich nachzudenken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Wenn ich krank bin, habe ich eher jemanden, der für mich da ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Menschen, die Charakter haben, werden mit ihren Schwierigkeiten auch alleine, ohne fremde Hilfe fertig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Wenn es mir schlecht geht, nimmt meine Umwelt (Partner, Familie, Kollegen usw.) mehr Rücksicht auf mich als sonst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 30. Es bereitet mir oft Kopfzerbrechen, wie es mit mir weitergehen soll  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Meine Angehörigen verhalten sich, wenn ich meine Beschwerden/Krankheit habe, mir gegenüber verständnisvoller als sonst | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Ich habe das deutliche Gefühl, dass einem hier geholfen werden kann  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. Den meisten Menschen mit seelischen Problemen fehlt es eigentlich nur an Willenskraft und festen Prinzipien            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Man sollte sich nicht durch das Besprechen seiner Probleme mit anderen eine Blöße geben                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Ich habe mich durch Bücher informiert, was eine psychotherapeutische Behandlung ist                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. Ich leide stark unter seelischen Problemen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. Ich weiß wenig über Psychotherapie   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. In bezug auf die Besserung meiner Beschwerden habe ich nur geringe Hoffnungen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. Ich habe Probleme, mit denen ich allein nicht fertig werde   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. Ich habe Angst vor der Zukunft   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

<sup>1</sup> Dieses Item wird in künftigen Untersuchungen nicht mehr verwendet

## IV.2. Fragebogen zu den Basisstörungen

Name:

Datum:

Interviewer:

Ich stelle Ihnen jetzt ein paar Fragen, wie es Ihnen in der letzten Zeit gegangen ist. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, wiederhole ich sie gern. Wahrscheinlich sind wir in etwa 10 Minuten damit fertig.

	ja	?	nein
1. Haben Sie den Eindruck, dass Sie in letzter Zeit vergesslicher geworden sind?	_____	_____	_____
2. Ist es für Sie schwierig, die Aufmerksamkeit längere Zeit anzuspinnen?	_____	_____	_____
3. Können Sie sich schlecht konzentrieren?	_____	_____	_____
4. Hat Ihr Wille nachgelassen oder Ihre Energie?	_____	_____	_____
5. Können Sie Dinge schlecht aus dem Gedächtnis holen, obwohl Sie den Eindruck haben, dass Sie sie eigentlich wissen?	_____	_____	_____
6. Sind sie leicht erschöpft oder nicht mehr so leistungsfähig?	_____	_____	_____
7. Fehlt es Ihnen an Geduld und Ausdauer?	_____	_____	_____
8. Macht Ihnen das Denken Mühe, weil die Gedanken z.B. abschweifen oder weil sich Gedanken dazwischenschieben, die nicht dazugehören?	_____	_____	_____
9. Ist Ihr Denken manchmal regelrecht geblockt?	_____	_____	_____
10. Müssen Sie manchmal immer wieder dasselbe denken, ohne dass es eigentlich Sinn macht?	_____	_____	_____
11. Haben Sie Schwierigkeiten, Gesagtes oder Geschriebenes, wenn es ein bisschen länger ist, zu verstehen?	_____	_____	_____
12. Gehen manchmal Gespräche an Ihnen vorbei, als ob Sie gar nicht wirklich beteiligt wären?	_____	_____	_____
13. Sagen Sie manchmal Dinge so, wie Sie sie im Grunde gar nicht sagen möchten?	_____	_____	_____
14. Schleichen sich in das, was Sie sagen, ab und zu verkehrte Ausdrücke ein?	_____	_____	_____
15. Sind Sie oft unsicher, was die Verhaltensweisen anderer oder eine Situation bedeuten soll?	_____	_____	_____
16. Glauben Sie, dass viele Dinge um Sie herum nur Ihretwegen geschehen?	_____	_____	_____
17. Ziehen Sie sich mehr als früher zurück? Macht Ihnen z.B. der Gedanke an Geselligkeit oder Einladungen Angst oder ein unbehagliches Gefühl?	_____	_____	_____
18. Haben Sie öfters den Eindruck, dass fremde Menschen Ihnen Zeichen geben?	_____	_____	_____
19. Leben Sie vielleicht nicht mehr so selbstverständlich wie früher, weil auch ganz einfache Dinge wie Anziehen, Essen oder Reden schwierig sind?	_____	_____	_____
20. Haben Sie öfters das Gefühl, als würde gleich was Ungeheures passieren?	_____	_____	_____
21. Fällt es Ihnen gegenüber früher schwer, Pläne zu machen oder in die Tat umzusetzen?	_____	_____	_____
22. Schwankt Ihre Stimmung aus für Sie unerfindlichen Gründen hin und her?	_____	_____	_____

- |  |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|
| 23. Reagieren Sie manchmal bei eigentlich harmlosen Anlässen zu gereizt, zornig oder bedrückt?   | _____ | _____ | _____ |
| 24. Denken Sie manchmal, gleich müssten Sie lachen, obwohl dazu überhaupt kein Grund besteht?  | _____ | _____ | _____ |
| 25. Wenn Sie aufgeregt sind: fällt es Ihnen dann schwer, Ihr Gleichgewicht wiederzufinden und sich zu beruhigen?   | _____ | _____ | _____ |
| 26. Haben Sie öfters das Gefühl innerer Leere?   | _____ | _____ | _____ |
| 27. Ist Ihnen manchmal schwindlig, oder haben Sie hin und wieder das Gefühl, kurz davor zu sein, dass sich alles dreht?                                    | _____ | _____ | _____ |
| 28. Haben Sie ein erhöhtes Schlafbedürfnis?  | _____ | _____ | _____ |
| 29. Wachen Sie häufiger vor der Zeit plötzlich auf und sind dann hellwach?   | _____ | _____ | _____ |
| 30. Leiden Sie unter aus freiem Himmel kommenden Anfällen von Herzklopfen oder Herzstolpern?   | _____ | _____ | _____ |
| 31. Haben Sie manchmal überhaupt keinen Appetit, obwohl Sie lange Zeit nichts gegessen haben?  | _____ | _____ | _____ |
| 32. Kennen Sie Anfälle von regelrechtem Heißhunger, obwohl Essen eigentlich gar nicht an der Zeit ist?   | _____ | _____ | _____ |
| 33. Schwankt Ihr sexuelles Bedürfnis oder Ihre sexuelle Kraft so, dass Sie sich manchmal wundern?  | _____ | _____ | _____ |
| 34. Ist manchmal das Gehen unsicher, als ob der Boden weich oder wellig wäre?  | _____ | _____ | _____ |
| 35. Sind Körperteile von Ihnen manchmal wie steif oder so, als ob sie gar nicht vorhanden wären?   | _____ | _____ | _____ |
| 36. Wundern Sie sich ab und zu über ein fehlendes Völlegefühl im Magen oder in der Blase?  | _____ | _____ | _____ |
| 37. Können Sie manchmal Ihre Gliedmaßen nicht richtig bewegen, als ob dort das Kommando dazu nicht richtig ankommt oder so?                                | _____ | _____ | _____ |
| 38. Haben Sie manchmal im Körper ziehende, bohrende oder sonst wie seltsame Beschwerden, die an Stärke zunehmen und dann wieder abnehmen?                  | _____ | _____ | _____ |
| 39. Wandern in Ihrem Körper manchmal merkwürdige Empfindungen herum?   | _____ | _____ | _____ |
| 40. Kennen Sie das Gefühl, als ob Körperteile auf einmal vibrierten oder unter Strom stünden oder auch plötzlich heiß oder kalt wären?                     | _____ | _____ | _____ |
| 41. Ist es manchmal so, als ob Teile Ihres Körpers gedrückt, gezogen oder eingeschnürt würden?   | _____ | _____ | _____ |
| 42. Haben Sie schon mal das Gefühl gehabt, als ob sich Körperteile ausdehnten oder schrumpften?  | _____ | _____ | _____ |
| 43. Kennen Sie die Empfindung, als ob Ihre Körperteile nicht so zusammenarbeiteten oder zusammenpassten, wie es eigentlich selbstverständlich sein müsste? | _____ | _____ | _____ |
| 44. Haben Sie öfters den Eindruck einer Gefühllosigkeit oder Unempfindlichkeit in bestimmten Körperabschnitten?  | _____ | _____ | _____ |

Bemerkungen:

### IV.3. Fragebogen zu den Kontrollüberzeugungen IPC-Fragebogen

	Diese Aussage ist:					
	sehr falsch			sehr richtig		
1. Es hängt hauptsächlich von mir und von meinen Fähigkeiten ab, ob ich in einer Gruppe eine Führungsposition inne habe oder nicht.	---	--	-	+	++	+++
2. Zufällige Geschehnisse bestimmen zum großen Teil mein Leben.	---	--	-	+	++	+++
3. Ich habe das Gefühl, dass das meiste, was in meinem Leben passiert, von anderen Leuten abhängt.	---	--	-	+	++	+++
4. Ob ich mit dem Auto einen Unfall habe oder nicht, hängt vor allem von meinem fahrerischen Können ab.	---	--	-	+	++	+++
5. Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, dass das Geplante auch Wirklichkeit wird.	---	--	-	+	++	+++
6. Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen.	---	--	-	+	++	+++
7. Wenn ich bekomme, was ich will, so geschieht das meistens durch Glück.	---	--	-	+	++	+++
8. Obwohl ich dazu fähig bin, bekomme ich nur selten Führungsaufgaben übertragen.	---	--	-	+	++	+++
9. Die Zahl meiner Freunde hängt vor allem von mir und meinem Verhalten ab.	---	--	-	+	++	+++
10. Ich habe schon oft festgestellt, dass das, was passieren soll, auch eintritt.	---	--	-	+	++	+++
11. Mein Leben wird hauptsächlich von mächtigeren Leuten kontrolliert.	---	--	-	+	++	+++
12. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.	---	--	-	+	++	+++
13. Menschen wie ich haben nur geringe Möglichkeiten, ihre Interessen gegen andere durchzusetzen.	---	--	-	+	++	+++
14. Es ist für mich nicht gut, weit im voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.	---	--	-	+	++	+++
15. Um das zu bekommen, was ich gerne hätte, muss ich zu anderen freundlich sein.	---	--	-	+	++	+++

16. Ob ich Gruppenleiter werde oder nicht, hängt vor allem davon ab, dass ich zur rechten Zeit an der richtigen Stelle bin.	---	--	-	+	++	+++
17. Ich würde bestimmt nicht viele Freunde finden, wenn mich wichtige Leute nicht sympathisch finden würden.	---	--	-	+	++	+++
18. Ich kann ziemlich viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	---	--	-	+	++	+++
19. Gewöhnlich kann ich meine eigenen Interessen selbst vertreten.	---	--	-	+	++	+++
20. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, hängt vor allem von den anderen Autofahrern ab.	---	--	-	+	++	+++
21. Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das meistens das Ergebnis harter Arbeit.	---	--	-	+	++	+++
22. Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen auch nach den Wünschen wichtiger Leute.	---	--	-	+	++	+++
23. Mein Leben wird von meinem Verhalten bestimmt.	---	--	-	+	++	+++
24. Es ist eine Frage des Schicksals, ob ich wenige oder viele Freunde habe.	---	--	-	+	++	+++

#### **IV.4. Fragebogen zu den Zielerwartungen (TGS) -für die Werkstattgruppe (Patient versus Therapeut und Künstler) -für die Theatergruppe (Patient versus Therapeut und Künstler)**

##### **Prä-Fragebogen für Workshops für Therapeuten und Leiter**

Prä-Workshops

Fragebogen für Therapeuten und Leiter

Berwerter/in:

Datum:

1. Welche künstlerischen/therapeutischen Möglichkeiten beinhaltet für Sie in dieser Gruppe die Durchführung dieser Arbeit?  
(Nennen Sie mind. 3)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Geben Sie hinter Ihren Antworten der Frage Nr. 1 an, wie weit die Gruppe, die von Ihnen formulierten Möglichkeiten schon verwirklicht hat.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_ →

3. Welche Möglichkeiten sehen Sie in der Form der Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Patienten über einen von außen kommenden künstlerischen Leiter?  
(Nennen Sie mind. 3)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



4. Welche Gefahren sehen Sie in dieser Form der Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Patienten über einen von außen kommenden künstlerischen Leiter?  
(Nennen Sie mind. 3)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Welche Möglichkeiten sehen Sie für sich selbst in dieser Arbeit?  
(Nennen Sie einzelne)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aufzählung der an diesem Workshop beteiligten Patienten und Therapeuten mit Nummer:

6. Welche künstlerischen/therapeutischen Möglichkeiten sind Ihrer Meinung nach für diesen Patienten mit dieser Arbeit verbunden?  
(Nennen Sie einzelne)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

7. Geben Sie hinter Ihren Antworten der Frage Nr. 6 an, wie weit der Patient die von Ihnen formulierten Möglichkeiten schon verwirklicht hat.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7



8. Welche Gefahren könnten für den Patienten mit dieser Arbeit verbunden sein?  
(Nennen Sie einzelne)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

9. Was glauben Sie, wie gut der Patient mit der Form zurechtkommen wird, in der der Workshop durchgeführt werden wird?

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7



## Prä-Fragebogen für Workshops für Patienten

Prä-Workshops

Fragebogen für Patienten

Bewerter/in

Datum

1. Was, glauben Sie, kann die Gruppe von dieser Arbeit lernen?  
(Nennen Sie einzelne Punkte)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Geben Sie hinter Ihren Antworten der Frage Nr. 1 an, wie weit die Gruppe das, was sie Ihrer Meinung nach aus der Arbeit lernen kann, im Moment schon beherrscht?

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_ →

3. Was, glauben Sie, können Sie persönlich aus dieser Arbeit lernen?  
(Nennen Sie einzelne Punkte)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Geben Sie hinter Ihren Antworten auf Frage Nr. 3 an, wie gut Sie das, was Sie aus dieser Arbeit lernen können, im Moment schon beherrschen?

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_ →

5. Haben Sie schon irgendwelche Vorerfahrungen mit der Kunstform gemacht, in der der Workshop stattfindet?

Ja.....

Nein.....

6. Wenn ja, welche?

---

---

7. Gibt es irgendetwas, was Ihnen bei dieser Arbeit Angst macht?

Ja.....

Nein.....

8. Wenn ja, was?

(Nennen Sie einzelne Punkte)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

---

---

9. Nehmen Sie im Augenblick auch an anderen Formen therapeutischer Arbeit in Gruppen teil?

Ja.....

Nein.....

10. Wenn ja, an welchen?

## Prä-Fragebogen für Dramentherapie für Therapeuten und Leiter

Prä-Dramentherapie

Bogen für Therapeuten und Leiter

Bewerter/in:

Datum:

1. Welche künstlerischen/therapeutischen Ziele beinhaltet für Sie in dieser Gruppe die Anwendung der Dramentherapie?  
(Nennen Sie mind. 3)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Geben Sie hinter Ihren Antworten der Fragen Nr. 1 an, wieweit die Gruppe, die von Ihnen formulierten Ziele schon verwirklicht hat.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_ →

3. Was kann die Gruppe Ihrer Meinung nach gerade an diesem Drama lernen?

(Nennen Sie mind. 3)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Geben Sie bitte hinter Ihren Antworten in Frage Nr. 3 an, wieweit die Gruppe die Ziele gerade in diesem Drama schon verwirklicht hat.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

Aufzählung der Patienten und Ihrer Rollen mit Buchstaben:

Zu Patient/Rolle Nr. ....

5. Geben Sie an, in welchem Maße Ihrer Meinung nach der Patient für die Zuteilung seiner Rolle selbst verantwortlich gewesen ist:

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

6. Geben Sie an, in welchem Maße Ihrer Meinung nach die Therapeuten für die Zuteilung seiner Rolle verantwortlich gewesen sind:

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

7. Geben Sie an, in welchem Maße Ihrer Meinung nach der künstlerische Leiter für die Zuteilung der Rolle verantwortlich gewesen ist:

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

8. Geben Sie bitte an, inwieweit Ihrer Meinung nach die Rolle, die der Patient spielt, bedeutsam für das gesamte Stück ist.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

9. Geben Sie an, in welchem Maße Sie glauben, dass der Patient mit seiner Rolle zufrieden ist.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

10. Welche Eigenschaften sind Ihrer Meinung nach an die Rolle gebunden, die der Patient spielen soll?

(Nennen Sie mind. 3)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Geben Sie bitte hinter Ihren Antworten der Frage Nr. 10 an, wie sehr Sie glauben, dass der Patient diese Eigenschaften in seinem persönlichen Leben schon aufweist.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

12. Beziehen Sie sich bitte für die folgende Frage auf die von Ihnen gegebene Antwort auf Frage Nr. 10. Geben Sie bitte an, wie sehr es Ihrer Meinung nach dem Patienten gelingt, diese Eigenschaften auf der Bühne glaubhaft darzustellen.

12.1. (s. 10.1.)

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7


\_\_\_\_\_→

12.2. (s. 10.2.)

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

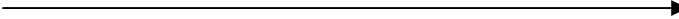


12.3. (s. 10.3)

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

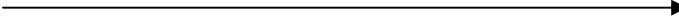


Außerdem (s. 10. Außerdem)

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7





## Prä-Fragebogen für Dramentherapie für Patienten

Prä-Dramentherapie

Bogen für Patienten

Bewerter/in:

Datum:

1. Was kann Ihrer Meinung nach die Gruppe als Ganzes von der Arbeit der Dramentherapie lernen?

(Nennen Sie einzelne Ziele, die Ihnen einfallen.)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Geben Sie bitte hinter Ihren Antworten der Frage Nr. 1 an, inwieweit die Gruppe das, was sie Ihrer Meinung nach lernen kann, im Augenblick schon beherrscht.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht

7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_ →

3. Was kann Ihrer Meinung nach die Gruppe gerade an diesem Stück (Lysistrata) lernen?  
(Nennen Sie einzelne Ziele, die Ihnen einfallen.)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Geben Sie bitte hinter Ihren Antworten der Frage Nr. 3 an, inwieweit die Gruppe als Ganzes Ihrer Meinung nach das, was sie an diesem Stück lernen kann, im Augenblick beherrscht.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

5. Was glauben Sie persönlich von der Arbeit gerade an diesem Stück (Lysistrata) lernen zu können?

(Nennen Sie einzelne Ziele, die Ihnen einfallen.)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Geben Sie bitte hinter Ihren Antworten der Frage Nr. 5 an, inwieweit Sie Ihrer Meinung nach das, was Sie an diesem Stück lernen können, im Augenblick beherrschen.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

7. Geben Sie bitte an, welche Rolle Sie in diesem Stück spielen:

\_\_\_\_\_

8. Geben Sie bitte an, in welchem Maße Sie Ihrer Meinung nach für die Zuteilung der Rolle selbst verantwortlich gewesen sind.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

9. Geben Sie bitte an, in welchem Maße Ihrer Meinung nach der künstlerische Leiter für die Zuteilung der Rolle verantwortlich gewesen ist.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

10. Geben Sie bitte an, wie sehr Ihrer Meinung nach die Therapeuten für die Zuteilung der Rolle verantwortlich gewesen sind.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

11. Geben Sie bitte an, inwieweit Ihrer Meinung nach die Rolle, die Sie in dem Stück spielen, bedeutsam für das gesamte Stück ist.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

12. Geben Sie bitte an, wie Sie im Augenblick damit zufrieden sind, gerade diese Rolle zu spielen.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7

\_\_\_\_\_→

13. Geben Sie bitte an, welche Eigenschaften Sie mit der Rolle verbinden, die Sie im Stück spielen werden.

(Nennen Sie einzelne, die Ihnen einfallen.)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Außerdem:

\_\_\_\_\_


\_\_\_\_\_

14. Geben Sie bitte hinter Ihren Antworten der Frage Nr. 13 an, wie sehr Sie glauben, die von Ihnen genannten Eigenschaften in Ihrem persönlichen Leben an sich selbst schon zu kennen.

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7




15. Geben Sie bitte im zweiten System hinter den von Ihnen in Frage 13 genannten Eigenschaften an, wie sehr es Ihnen Ihrer Meinung nach gelingt, diese Eigenschaften auf der Bühne glaubhaft darzustellen

15.1. (s. 13.1.)

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7




15.2. (s. 13.2.)

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7




15.3. (s. 13.3.)

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7




Außerdem (s. 13. Außerdem)

Wählen Sie jeweils mit einem Kreuz auf dem Pfeil zwischen

0 = gar nicht  
7 = vollkommen

0    1    2    3    4    5    6    7



16. Haben Sie schon irgendwelche Vorerfahrungen mit dem Theaterspielen gemacht, oder waren Sie schon einmal anders künstlerisch tätig?

Ja.....

Nein.....

17. Wenn ja, was haben Sie gemacht und was war das?

---

18. Nehmen Sie im Augenblick auch an anderen therapeutischen Gruppenangeboten teil?

Ja.....

Nein.....

19. Wenn ja, an welchen?

---

---

---

## IV.5. Ratingskala für das Globale Funktionsniveau (DSM III, Achse V)

- 100 Beste Anpassung (Adäquatheit) in einem großen Bereich von Aktivitäten. Die Lebensprobleme scheinen niemals außer Kontrolle geraten zu können, der/die Patient/in wird von anderen aufgesucht wegen seiner/ihrer Wärme 91 und Integrität.
- 91 Keine Symptome.
- 90 Gute Angepasstheit in allen Bereichen, viele Interessen, sozial effektiv, grundsätzlich zufrieden mit dem Leben. Es mögen vorübergehend Symptome auftreten oder nicht sowie "alltägliche" Schwierigkeiten und Probleme, die nur gelegentlich außer Kontrolle geraten.
- 81
- 80 Nicht mehr als nur geringe Beeinträchtigung in der Anpassung, variierendes Ausmaß von "alltäglichen" Schwierigkeiten und Problemen, die manchmal außer Kontrolle geraten. Minimale Symptome können auftreten oder auch nicht.
- 71
- 70 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Gestimmtheit oder leichte Schlafstörung) ODER einige Schwierigkeiten in verschiedenen Funktionsbereichen, aber generell recht gut angepasst; besitzt einige wichtige Beziehungen zu anderen und die meisten Nicht-Fachleute würden die Person nicht als "krank" bezeichnen.
- 61
- 60 Mäßige Symptome ODER Anpassung generell mit einigen Schwierigkeiten (z.B. wenig Freunde und abgeflachter Affekt, depressive Stimmung und pathologische Selbstzweifel, euphorische Stimmung und Sprechdrang, mäßig ernstes antisoziales Verhalten).
- 51
- 50 Jede ernste Symptomatik oder Beeinträchtigung bezüglich der Angepasstheit des Verhaltens, von der die meisten Kliniker annehmen würden, dass offensichtlich eine Behandlung erforderlich ist (z.B. suizidale Tendenz oder Hinweise, ernste zwanghafte Rituale, häufige Angst-Attacken, ernstes antisoziales Verhalten, zwanghaftes Trinken, leichte, aber definitiv manische Syndrome).
- 41
- 40 Ernste Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen wie z.B. Arbeit, Familien-Bezügen. Urteilsvermögen, Denken oder Gestimmtheit (z.B. depressive Frau, vermeidet Freunde, vernachlässigt Familie, unfähig, Hausarbeiten durchzuführen) ODER einige Beeinträchtigungen in der Realitätsprüfung oder Kommunikation (z.B. Sprache ist zuweilen obskur, unlogisch oder irrelevant) ODER Selbstmordversuch.
- 31
- 30 Unfähig zu funktionieren in nahezu allen Bereichen (z.B. bleibt der/die Patient/in den ganzen Tag im Bett) ODER das Verhalten ist erheblich beeinflusst entweder durch Wahnvorstellungen oder Halluzinationen ODER ernste Beeinträchtigung in der Kommunikation (z.B. manchmal uneinheitlich oder nicht antwortend) bzw. im Urteilsvermögen (z.B. verhält sich/urteilt grob unangebracht).
- 21
- 20 Benötigt einige Beaufsichtigung, um andere oder sich selbst zu schützen bzw. um eine minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. wiederholte Suizid-Versuche, häufig gewalttätig, manische Gestimmtheit, verschmiert Kot) ODER grobe Beeinträchtigung in der Kommunikation (z.B. weitestgehend inkohärent oder stumm).
- 11
- 10 Braucht ständige Beaufsichtigung für mehrere Tage, um sich oder andere zu schützen (z.B. benötigt eine intensive Pflege mit spezieller Beobachtung durch das Pflegepersonal). Der/die Patient/in unternimmt keinen Versuch, eine minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernste suizidale Handlung mit klarer Intention und Erwartung des Todes.
- 1

## IV.6. Fragebogen für das Interesse an Kunst

### Interesse an Kunst

1. Wie bedeutsam ist für ihr Leben die Beschäftigung mit Kunst (Malerei, Musik, Tanz, Theater...)
  - sehr bedeutsam
  - ziemlich bedeutsam
  - unterschiedlich
  - eher wenig bedeutsam
  - nicht bedeutsam
  
2. Wie häufig beschäftigen sie sich in ihrer Freizeit mit Kunst (Malerei, Musik, Tanz, Theater...)
  - gar nicht
  - ziemlich wenig
  - unterschiedlich
  - ziemlich viel
  - immer
  
3. Sind Sie manchmal selbst künstlerisch tätig (Malerei, Musik, Tanz, Theater...)
  - gar nicht
  - ziemlich selten
  - unterschiedlich
  - ziemlich häufig
  - sehr häufig
  
4. Können Sie sich Ihr Leben ohne Kunst (Malerei, Musik, Tanz, Theater...) vorstellen
  - nein
  - eher nicht
  - unterschiedlich
  - eher schon
  - ja
  
5. Wieviel von dem Geld, welches Ihnen für die Freizeit zur Verfügung steht, geben Sie für Kunst aus (Konzerte, Tonträger, Aufführungen, Ausstellungen...)
  - alles
  - ziemlich viel
  - unterschiedlich
  - eher wenig
  - gar nichts