

MSH Medical School Hamburg
University of Applied Sciences and Medical University

Fakultät Art, Health, and Social Science

Masterstudiengang Intermediale Kunsttherapie

Masterarbeit

Im Spiegel des Geistes

**Eine Pilotstudie zur Analyse des künstlerischen Ausdrucks bei
Menschen mit Schizophrenie- und Abhängigkeitserfahrung.**

Vorgelegt von: Lea Pusedrowski

Matrikelnummer: 221707011

Vorgelegt am: 09.08.2025

Modulbezeichnung: Masterarbeit

Erstgutachter*in: Prof. Dr. Kerstin Schoch

Zweitgutachter*in: Prof. Dr. Lars Tischler

[...]

madness is rain that refuses to stop
voice calling you over and over in a deluge
to run the open roads as flood
where wraiths and debris are company
leaving behind you broken pieces of normalcy
and what your mind once was

but some riddles cannot be untied
so, you beat about the bush — all bushes
searching for answers
to questions someone said they never asked you

who asked you?

sometimes, you do not know
you become a mask of vacant expressions
something covered in red dust as some forgotten relic
buried in time with ancient worth

aren't you forgotten?
everything you hold tells you no one should walk the earth alone
they tell you many things like the rain
but all you have is a pile of rubbish and memories
buried deep in the denial of men
all you have become is a story of how fate works
how life loosens its thread and you become tangled and lost
so you are only thought of in rumors, hands on waist and clapped palms
how everything forgets you
except the voices that walk with you
except the road which is now home

(Olaoye, 2020, S.18)

Danksagung

Die vorliegende Masterarbeit wäre ohne die Unterstützung einiger wichtiger Personen nicht zustande gekommen. Ich möchte mich vielmals bei der Einrichtungsleitung der Ameos Eingliederungshilfe bedanken, die mir die Möglichkeit und das Vertrauen geschenkt hat, die vorliegende Arbeit am Standort Heiligenhafen praktisch durchzuführen. Ebenfalls möchte ich Kathrin für das entgegen gebrachte Vertrauen in meine Kompetenz für dieses Projekt danken. Levke, ohne dich wären viele organisatorische Dinge während der Planung und Durchführung des Projektes nicht möglich gewesen. Auch deine emotionale Unterstützung habe ich sehr geschätzt. Mein besonderer Dank gilt Kerstin für die engagierte Betreuung der vorliegenden Arbeit. Durch deine Ratschläge konnte ich meine Arbeit inhaltlich wie auch methodisch vertiefen. Johanna und Antonia, ich danke euch, dass wir uns in dieser intensiven Abschlussphase regelmäßig austauschen konnten. Danke auch an Jan, meinen Bruder. Du hast mich methodisch stets kompetent und kritisch beraten und damit konstruktiv zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen. Mein besonderer Dank gilt Felix, du hast mich in der gesamten Arbeitszeit mit deinem Verständnis und Rückhalt sehr gestärkt – ohne dich wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Zuletzt möchte ich noch meinen Eltern danken. Eure geduldige Unterstützung und euren Glauben an mich hat nicht nur während dieser Arbeit, sondern über all die vergangenen Jahre hinweg sehr gestärkt.

Zusammenfassung

Gegenstand der vorliegenden Masterarbeit ist eine quantitative Untersuchung des künstlerischen Ausdrucks bei Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung und komorbider Abhängigkeitserkrankung. Im Rahmen einer Pilotstudie in der Aneos Eingliederungshilfe Heiligenhafen, wurden 202 Kunstwerke von insgesamt 13 schizophrenie-erfahrenen Autodidakt*innen mit komorbider Abhängigkeitserkrankung erhoben. Das erhobene Bildmaterial wurde mittels des RizbA-Fragebogens (Schoch, 2018) von Expert*innen des künstlerischen Feldes bewertet. Zum Vergleich wurde ebenfalls Bildmaterial aus einer vorangegangenen Studie (Schoch & Ostermann, 2023) von gesunden Autodidakt*innen herangezogen und mit dem Bildmaterial der schizophrenie-erfahrenen Gruppe verglichen ($n = 496$). Ziel der Arbeit war es, signifikante Unterschiede zwischen den Werken hinsichtlich Farb- und Kontrastnutzung, geometrischer Formgebung, Perspektive, gestalterischer Präzision und Anzeichen unruhiger Kompositionen zu identifizieren. Die statistische Auswertung erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalyse. Dabei zeigten sich in nahezu allen analysierten Fragebogenitems signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Besonders hervorzuheben ist hier die Nutzung geometrischer Formen, in der die schizophrenie-erfahrene Gruppe ($M = 2.40$, $SD = 1.48$) signifikant höhere Ergebnisse als die Kontrollgruppe ($M = 1.88$, $SD = 1.20$; $p < .001$, $\eta^2 = .03$) aufweist. Ebenso lässt sich festhalten, dass die Bilder der schizophrenie-erfahrenen Gruppe innerhalb dieser Erhebung präziser wirken ($M = 2.88$, $SD = 1.10$), als jene Bilder der Kontrollgruppe ($M = 2.25$, $SD = .99$; $p < .001$, $\eta^2 = .08$). Diese Ergebnisse könnten somit Rückschlüsse auf die in dieser Arbeit hypothetisierte Annahme liefern, dass veränderte visuelle Wahrnehmungsprozesse möglicherweise mittels einer strukturierenden Gestaltungsstrategie kompensiert werden könnten.

Abstract

This master's thesis presents a quantitative analysis of artistic expression among individuals with schizophrenia and comorbid substance abuse. Conducted as part of a pilot study at Ameos Medical Center Heiligenhafen, the research involved the collection of 202 artworks by self-taught artists meeting the diagnostic criteria. The collected images were evaluated by experts in the field of arts using the RizbA questionnaire (Schoch, 2018). For comparison, images from a previous study (Schoch & Ostermann, 2023) of healthy self-taught artists were used and compared with the images of the group with schizophrenia ($n = 496$). The aim of the study was to identify significant differences between the works in terms of colour and contrast use, geometric design, perspective, design precision and signs of restless compositions. Statistical analysis was performed using one-way analysis of variance. Significant differences between the two groups were found in almost all questionnaire items analysed. Particularly noteworthy is the use of geometric shapes, in which the schizophrenia-experienced group ($M = 2.40$, $SD = 1.48$) scored significantly higher than the control group ($M = 1.88$, $SD = 1.20$; $p = < .001$, $\eta^2 = .03$). It can also be noted that the images of the schizophrenia-experienced group appear more precise within this survey ($M = 2.88$, $SD = 1.10$) than those of the control group ($M = 2.25$, $SD = .99$; $p = < .001$, $\eta^2 = .08$). These results could thus provide conclusions about the hypothesis posited in this study that altered visual perception processes could possibly be compensated for by means of a structuring design strategy.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	11
Geschichte der Kunsttherapie, Psychiatrie und die Behandlung von Menschen mit psychischer Erkrankung	12
Gegenwärtige kunsttherapeutische Behandlung von Menschen mit Schizophrenie- und Abhängigkeitserkrankung	16
Künstlerischer Ausdruck bei Schizophrenie-Erfahrung	21
Historische Perspektiven auf künstlerischen Ausdruck bei Schizophrenie-Erfahrung	21
Kritik historischer Perspektiven	25
Zeitgenössische Perspektiven auf künstlerischen Ausdruck und Schizophrenie-Erfahrung	27
Kritik zeitgenössischer Perspektiven	30
Fazit.....	31
Ableismus, Psychismus und Intersektionalität.....	32
Die Eingliederungshilfe als kunsttherapeutisches Praxisfeld	37
Der Begriff der Eingliederungshilfe	37
Ziele und Prinzipien der Eingliederungshilfe	38
Besonderheiten der Eingliederungshilfe als kunsttherapeutisches Praxisfeld ...	38
Fazit.....	40
Schizophrenie, das Krankheitsbild	40
Entstehung und Definition des Krankheitsbegriffes	41
Die Symptome der Erkrankung	42
Die klinischen Erscheinungsformen der Schizophrenie und weitere psychotische Erkrankungen.....	43
Ätiologie	44
Behandlungskonzept nach S3-Leitlinien.....	45
Fazit.....	46
Abhängigkeitserkrankung, das Krankheitsbild.....	47
Definition des Krankheitsbegriffes	47
Ätiologie	48
Symptome der Erkrankung	49

Die klinischen Erscheinungsformen der Abhängigkeitserkrankung	49
Behandlungskonzept nach S3-Leitlinien.....	50
Fazit.....	51
Forschungsfrage und Hypothesen.....	51
Methode.....	54
Untersuchungsdesign	54
Erhebung des Bildmaterials.....	55
Bildmaterial der Schizophrenie-Erfahrenen Gruppe.....	55
Bildmaterial der Kontrollgruppe	56
Endgültige Bildstichprobe	57
Messinstrument	57
Statistische Analysen	58
Pretest	58
Fallzahlkalkulation	59
Datenauswertung	59
Ergebnisse	59
Stichprobe	59
Einfaktorielle ANOVA	60
Diskussion	65
Schlussfolgerungen	65
Hypothese 1	65
Hypothese 2	66
Hypothese 3.....	66
Hypothese 4	66
Hypothese 5.....	67
Weitere Betrachtungen.....	67
Limitationen	69
Implikationen	71
Zukünftige Forschung	71
Fazit	72
Literaturverzeichnis	X

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Einfaktorielle Varianzanalyse
APA	Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BSP-Modell	Biopsychosoziales Modell
BTHG	Bundesteilhabegesetz
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Ausgabe
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision
ICD-11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11. Revision
KG	Kontrollgruppe
KPP	Klinischen Praxisempfehlung
RizbA	Ratinginstrument für zweidimensionale bildnerische Arbeiten
SG	Schizophrenie-Erfahrene Gruppe
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Anhangsverzeichnis

Begleitende Dokumente und Repositorium

Anhang A	Online-Repositorium	XVIII
Anhang B	Nachweis Ethikvotum	XIX
Anhang C	Vollständiger RizbA-Fragebogen	XXI
Anhang D	Datenschutzerklärung für Proband*innen	XXIII
Anhang E	Flyer Proband*innen Akquise	XXXI

Thematische Vertiefung und Zusätze

Anhang F	Allgemeine Wirkfaktoren künstlerischer Therapien (de Witte et al., 2021)	XXX
----------	--	-----

Eigenständigkeit

Anhang G	Eigenständigkeitserklärung	XXXVII
Anhang H	KI-Verzeichnis	XXXIX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Empfehlungsgrad Künstlerische Therapien Schizophrenie (DGPPN, 2019, S. 151).	19
Abbildung 2 Empfehlungsgrad künstlerische Therapien Alkoholabhängigkeit (DGPPN, 2020, S. 329).	19
Abbildung 3 Empfehlungsgrad künstlerische Therapien schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN, 2018, S. 270)	20
Abbildung 4 Rad der Intersektionalität (Simpson, 2009).	36
Abbildung 5 RizbA Item 6	61
Abbildung 6 RizbA Item 7	61
Abbildung 7 RizbA Item 8	61
Abbildung 8 RizbA Item 9	62
Abbildung 9 RizbA Item 11	62
Abbildung 10 RizbA Item 14	62
Abbildung 11 RizbA Item 17	63
Abbildung 12 RizbA Item 18	63
Abbildung 13 RizbA Item 24	64
Abbildung 14 RizbA Item 25	64
Abbildung 15 Flyer Proband*innen Akquise (1)	XXXI
Abbildung 16 Flyer Proband*innen Akquise (2)	XXXI

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Allgemeine Wirkfaktoren (Witte et al., 2021).	17
Tabelle 2 Symptome der Erkrankungen aus dem Schizophrenen Formenkreis (APA, 2013; Tölle, 2014).	42
Tabelle 3 Symptome der Abhängigkeitserkrankungen (APA, 2013).	49
Tabelle 4 Ratinginstrument für zweidimensionale bildnerische Arbeiten (RizbA) (Schoch, 2020).	57
Tabelle 5 ANOVA: RizbA Gruppenvergleiche	60
Tabelle 6 Allgemeine Wirkfaktoren künstlerischer Therapien. Erweiterung (de Witte et al., 2021)	XXXII

Einleitung

Der Umgang mit Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung hat sich im Lauf der Geschichte erheblich verändert. Von hölzernen Narrenkäfigen und Tollkästen in den Städten Hamburg (1386) und Lübeck (1471), hin zu den Anfängen einer humaneren Behandlung von psychiatrisch Erkrankten, als Philippe Pinel im 18. Jahrhundert begann, Patient*innen von ihren Ketten am Hôpital Salpêtrière in Paris zu befreien (Jetter, 1981). Einen historischen Tiefpunkt markieren die Euthanasieprogramme in den Jahren 1939 – 1945, bei welchen schätzungsweise 275.000 bis 300.000 Menschen zwangssterilisiert oder ermordet wurden (Hohendorf et al., 2003). Mit der Einführung von Neuroleptika in den 1950-Jahren verbesserte sich die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung erheblich. Durch eine darauffolgende Deinstitutionalisierung blieben einige Betroffene allerdings ohne ausreichende soziale Unterstützung, was zu Mehrfachmarginalisierungen führte (Kirkby, 2005).

Auch das Gedicht (S. II) verhandelt die psychischen Folgen gesellschaftlicher Ausgrenzung. Es zeigt, wie Machtmechanismen besonders Menschen mit mehrfachmarginalisierten Identitäten betreffen. Aus einer erfahrungsnahen Perspektive wird sichtbar gemacht, wie strukturelle Gewalt – etwa in Form von Psychismus, also der systematischen Abwertung und Pathologisierung psychischer Differenz – tief in das individuelle Erleben eingreift. Dabei verweist der Text nicht nur auf die soziale Isolation von Menschen mit psychischen Belastungen, sondern legt auch offen, wie sich intersektionale Diskriminierungen überlagern und verstärken. Das Gedicht fungiert somit als literarische Kritik an einer Gesellschaft, die Differenz nicht schützt, sondern durch Unsichtbarmachung, Stigmatisierung und Schweigen reguliert.

Die Relevanz der vorliegenden Masterarbeit ergibt sich aus dem Zusammenspiel historischer Entwicklungen und gesellschaftlicher Diskurse im Umgang mit Schizophrenie. Aufbauend darauf widmet sich die Arbeit der zentralen Fragestellung, inwieweit sich prävalente Bildelemente in den Malereien und Zeichnungen von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung und komorbider Abhängigkeitserkrankung identifizieren lassen. Die vorliegende Masterarbeit verfolgt das Ziel, den historischen und aktuellen Forschungsstand zum künstlerischen Ausdruck und zur kunsttherapeutischen Behandlung von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung differenziert darzustellen. Um die im Rahmen des quantitativen Forschungsprojekts

generierten Erkenntnisse angemessen einzuordnen, wird im Zuge der Literaturrecherche ebenfalls ein besonderer Fokus auf die Konzepte der Intersektionalität, des Psychismus und des Ableismus gelegt.

Geschichte der Kunsttherapie, Psychiatrie und die Behandlung von Menschen mit psychischer Erkrankung

In diesem Kapitel wird die Geschichte der Psychiatrie und die Behandlung von Menschen mit psychischer Erkrankung betrachtet. Es folgt ebenfalls eine Einordnung der Geschichte der Kunsttherapie. Hierbei handelt es sich nicht um eine erschöpfende Darstellung der Geschichte der Psychiatrie und der Kunsttherapie, sondern um eine grundlegende Skizze, um den Rahmen der vorliegenden Masterarbeit weitestgehend zu illustrieren.

Die Geschichte der Psychiatrie lässt sich laut Shorter (2005, S. 3–4) in drei wesentliche Entwicklungsphasen unterteilen. Die sogenannte *Asylära* (ca. 1770 – 1870) beschreibt den Anfang der institutionalisierten Psychiatrie. Die damaligen Einrichtungen hatten lediglich der Verwahrung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ohne therapeutischen Anspruch zum Ziel. Ein wesentlicher Aspekt dieser Zeit ist ein primär biologisches Erklärungsparadigma für psychiatrische Erkrankungen, die besonders durch den Psychiater Wilhelm Griesinger (1817 – 1868) geprägt wurden, welcher in seinem Hauptwerk *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (1845) Geisteskrankheiten sinngemäß als Erkrankungen des Gehirns bezeichnete. Eine Haltung, die besonders das reduktionistische, deterministische Verständnis der Zeit widerspiegelt (vgl. Hoff & Hippus, 2001). Einen Wendepunkt der Geschichte markierte die Idee, Patient*innen nicht nur vor der Gesellschaft zu verwahren, sondern gezielt zu behandeln. Psychiater*innen wie Philippe Pinel plädierten für einen humaneren Umgang (*moral treatment*) und die Abschaffung von Zwangsmaßnahmen. In der zweiten Entwicklungsphase der *Psychotherapieära* (ca. 1870 – 1970), die vor allem durch die Zunahme psychoanalytischer Erklärungsmodelle geprägt war, kam es infolge urbaner Verdichtung und einer wachsenden gesellschaftlichen Sensibilität und medizinischer Entwicklungen zu einem rasanten Anstieg psychiatrischer Einrichtungen. Letztlich beschreibt Shorter (2005, S. 4) die dritte Entwicklungsphase der Psychiatrie als die *zweite biologische Psychiatrie* (ab 1970), in der sich neurologische Ansätze und pharmakologische Behandlungen weitestgehend durchsetzen. Obwohl eine solche Gliederung der Geschichte der Psychiatrie die

Komplexität historischer Entwicklungen vereinfacht, lässt sich nach Shorter (2005, S.3) dennoch festhalten, dass „*grosso modo* the image of the pendulum swinging from biology to psychogenesis and then back to biology does capture the main trend.“

Bereits in der Antike kamen pflanzliche Mittel zur Behandlung psychischer Leiden zum Einsatz. Dennoch stellt die Einführung von Chlorpromazin im Jahr 1952 einen Umbruch in der medikamentösen Behandlung von psychotischem Erleben dar, da es so möglich wurde Patient*innen ohne starke Sedierung therapeutisch zu behandeln (Shorter, 2005, S. 6ff). Parallel dazu etablierte sich ein neues, operationalisiertes Diagnosesystem (DSM-III, 1980), welches die bis dahin dominierende psychoanalytische Orientierung ablöste und sich an Emil Kraepelins (1856–1926) Konzept der Nosologie orientierte (ebd., S. 8).

Einige Vertreter*innen der so genannten Anti-psychiatrie kritisierten diese Entwicklungen grundlegend. Thomas Szasz (1960) vertrat die These, dass psychische Erkrankungen keine echten medizinischen Krankheiten seien, da ihnen meist keine nachweisbaren physischen Defekte zugrunde lägen (Szasz, 1960, S. 113). Vielmehr handele es sich um metaphorische Zuschreibungen für normabweichendes Verhalten, das durch psychiatrische Kategorien entpolitisiert und unter soziale Kontrolle gestellt werde (ebd., S. 114–115). Insbesondere Zwangsbehandlungen von Menschen, die sich in einem psychischen Ausnahmezustand befinden, deutet Szasz als moralisch oder rechtlich motivierte Machtausübung und nicht als medizinisch begründete Therapie. Statt einer Pathologisierung fordern Vertreter*innen eine klare Unterscheidung zwischen echten Krankheiten und gesellschaftlichen oder ethischen Herausforderungen (ebd., S. 116f). Diese Sichtweise greift aus der Perspektive des Biopsychosozialen-Modells (BPS-Modell, Engel, 1977) zu kurz, da es die empirisch nachgewiesenen neurologischen Korrelate vieler psychischer Störungen, wie etwa der Schizophrenie verkennt. Auch psychologische und soziale Dimensionen, wie Traumata, Bindungserfahrungen oder Stress lassen sich im Rahmen des BPS-Modells nicht als bloße Zuschreibungen relativieren, sondern stellen evidenzbasierte, behandlungsrelevante Einflussgrößen dar (vgl. Egger, 2015, S.53ff).

In diesem Spannungsfeld zwischen Kritik an der traditionellen Psychiatrie und dem Bedarf an reformierten Versorgungsstrukturen markiert die Psychiatrie-Enquête (1975) einen entscheidenden Impuls für eine grundlegende Neuorientierung der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Der Abschlussbericht

der Enquête konstatierte gravierende Mängel in der Versorgung und forderte eine umfassende Reform hin zu einer gemeindenahen, multiprofessionellen und patientenorientierten Psychiatrie (Deutscher Bundestag, 1975). Die Reform traf damit zentrale Anliegen der Antipsychiatriebewegung als auch Konzepte des biopsychosozialen Modells, allerdings mit dem Ziel die Reform innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems umzusetzen.

Mit dem folgenden Abschnitt beginnt die Auseinandersetzung mit der Kunsttherapie, deren Entwicklung in vielfacher Hinsicht mit der Geschichte der Psychiatrie verwoben ist und daher keineswegs isoliert betrachtet werden kann. Für ein vertieftes Verständnis ihrer historischen Entstehungsbedingungen erscheint es dabei unerlässlich, den Blick zunächst auf den Umgang mit dem Körper in der eugenischen Bewegung des 19. und 20. Jahrhunderts zu richten. Es handelte sich hierbei um eine wissenschaftliche Bewegung, die es sich zum Ziel machte, die Verbesserung der menschlichen Rasse voranzutreiben. Die Bewegung bediente sich gezielt fotografischer Mittel, um ihre vermeintlich wissenschaftlichen Befunde visuell zu untermauern und öffentlich zu verbreiten. Doch diese Ergebnisse förderten das rassistische Regime der nationalsozialistischen Bewegung, was einen nachhaltigen Einfluss auf die Repräsentation von Minderheiten, Menschen mit seelischer oder körperlicher Behinderung, der LGBTQ+ Gemeinschaft, wie auch dem Bildungssystem und dem Justizsystem hatte (Talwar, 2019, S. 19). Wissenschaftler*innen, wie Cesare Lombroso (1835 – 1909) entwickelten Theorien über den genialen und verrückten Geist. Hierbei war er besonders interessiert an der Verbindung zwischen mentalen und physischen Prozessen und nutzte systematische Forschungsansätze, um physische Charakteristika, wie Kiefer und Gehirngröße in Verbindung mit Kriminalität oder soziopathischen Verhaltensweisen zu bringen. Um seine Thesen zu stützen nutzte Lombroso eine Sammlung von Zeichnungen und Malereien von psychisch Kranken Proband*innen, um vermeintliche visuelle Beweise für die psychologische Pathologie der Untersuchten zu liefern (MacGregor, 1989, S. 93).

Auch wenn die Kunsttherapie sich deutlich von eugenischen Zielsetzungen distanziert, lässt sich festhalten, dass auch hier das Identifizieren von devianten und pathologischen Körpern im 20. Jahrhundert Einfluss auf die Ziele kunsttherapeutischer Ansätze nahm. So stand das Sichtbarmachen eines kranken Geistes im Zentrum der Kunsttherapie der damaligen Zeit, da die Gestaltungen psychisch kranker Personen

als Repräsentationen des inneren Zustandes gesehen wurden (Junge & Asawa, 1994, S.7). Viele Kunsttherapeut*innen dieser Zeit arbeiteten mit psychoanalytischen Ansätzen, um ihr Feld zu etablieren. Hierzu entwickelten sie standardisierte Zeichentests und Studien zur künstlerischen Entwicklung des Menschen, um ihren Fachbereich innerhalb der Psychiatrie zu legitimieren. Die meisten dieser frühen Ideen zeigten keine bis kaum Validität in inter-kulturellen Untersuchungen, womit die Idee, dass Zeichnungen die Erkrankungen des Individuums sichtbar machen, ein sozial konstruiertes Konzept bleibt (Talwar, 2019, S. 32). Zwei Personen, die in den USA besonders prägende Akteurinnen der Kunsttherapie waren, sind zum einen Magret Naumburg, die als Begründerin der *dynamisch orientierten Kunsttherapie* gilt. Sie stützte sich auf psychoanalytische Grundlagen und war besonders stark an der symbolischen Bildsprache interessiert. Eine weitere Akteurin war Edith Kramer, dessen Konzept auf der heilenden Kraft des kreativen Prozesses basierte. Anders als Naumburg machte Kramer in ihren Theorien besonders von Freuds Sublimationsbegriff Gebrauch (Borowsky Junge, 2016, S. 13–14). Heute ist die Kunsttherapie ein international anerkanntes Fachgebiet mit verschiedenen Strömungen und Anwendungsfeldern. Aufgrund des limitierten Umfangs der vorliegenden Arbeit wird darauf verzichtet, die einzelnen Bereiche der Kunsttherapie noch weiter zu skizzieren. Es lässt sich jedoch festhalten, dass die Kunsttherapie trotz regionaler Unterschiede den bildnerischen Ausdruck mit psychotherapeutischen Zielsetzungen zum Gegenstand hat (ebd., S. 15). Dabei steht die kreative Auseinandersetzung mit den eigenen inneren Prozessen im Zentrum, welche in einem professionellen Verständnis von psychischer Gesundheit, ästhetischer Erfahrung und intersubjektiven Dialog eingebettet ist (ebd., S. 15).

Da sich die Kunsttherapie auch in Deutschland bereits in den 1920er-Jahren aus einer Vielzahl methodischer Ansätze und Fachverschiedener Strömungen entwickelte, bietet sich eine Illustration verschiedener künstlerischer, als auch philosophischer Perspektiven an, die maßgeblich zur Etablierung der Kunsttherapie beigetragen haben. Als ein wesentlicher Protagonist künstlerischer Praxis in sozialen Feldern, ist zunächst Joseph Beuys (1921 – 1986) zu nennen. Dieser entwickelte 1985 den *erweiterten Kunstbegriff*, in dem er die These vertrat, dass jeder Mensch ein Künstler sei, sobald er an der sozialen Plastik mitgestalte. Der Begriff der sozialen Plastik wird durch Beuys als das gesellschaftliche Zusammenleben definiert. Somit schrieb Beuys jedem Menschen eine schöpferische Fähigkeit zu (Seifert, 2023, S. 240). Ein weiterer

relevanter Akteur, der mit seinen theoretischen Erkenntnissen das Fach der Kunsttherapie prägte, war der Philosoph John Dewey (1859 – 1952). In seinem 1934 erschienenen Werk *Kunst als Erfahrung* postuliert Dewey, dass der „Ursprung der Kunst in der lebendigen Menschlichen Erfahrung liegt“ (Dewey, 1934, S. 50) und durch eine Interaktion zwischen Werk und Betrachter*in entsteht. Diese Perspektive lässt sich unmittelbar auf die kunsttherapeutische Triade übertragen, in der Klient*in, Therapeut*in und Werk miteinander agieren. Das Kunstwerk fungiert hier ähnlich wie bei Dewey als ein aktiver Dritter, der Interaktion ermöglicht. Die Kunst wird nicht nur als Ausdruck, sondern als lebendiger Austauschprozess verstanden, in dem Erfahrung entsteht und transformiert wird (vgl. Sinapius, 2017).

Gegenwärtige kunsttherapeutische Behandlung von Menschen mit Schizophrenie- und Abhängigkeitserkrankung

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Darstellung der gegenwärtigen kunsttherapeutischen Behandlungskonzeption für Menschen mit Schizophrenie- und Abhängigkeitserkrankung. Hierfür wird zunächst Bezug auf allgemeine Wirkfaktoren der Kunsttherapie und den gegenwärtigen wissenschaftlichen Konsens über die therapeutische Haltung innerhalb der Kunsttherapie genommen. Im Anschluss erfolgt eine Analyse der S3-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) zur kunsttherapeutischen Versorgung bei Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises und bei Abhängigkeitserkrankungen.

In einem umfassenden Scoping Review erfassen de Witte et al. (2021) die Wirkfaktoren der künstlerischen Therapien. Diese umfassen Kunst-, Tanz-/Bewegungs-, Theater-, Musik-, und Bibliothherapie. Im Folgenden wird eine Übersicht der Wirkfaktoren gegeben, die übergreifend in allen Therapieformen als förderlich für therapeutische Veränderungsprozesse identifiziert wurde (ebd., S.10 – 14). Hierfür lassen sich 19 gemeinsame Faktoren benennen:

Tabelle 1

Allgemeine Wirkfaktoren (Witte et al., 2021).

Allgemeine Wirkfaktoren (Witte et al., 2021)

1. Verkörperung (Embodiment)
 2. Vergegenständlichung (Konkretion /Concretization)
 3. Symbolik & Metaphern (Symbolism and Metaphors)
 4. Selbstwirksamkeit & Handlungskompetenz (Agency)
 5. Beziehungsgestaltung durch Kunst (Interaction through the Arts)
 6. Struktur (Structure)
 7. Entwicklung von Fähigkeiten (Developing Skills)
 8. Aktive Beteiligung (Active Engagement)
 9. Kreativität (Creativity)
 10. Künstlerisches Vergnügen (Artistic Pleasure)
 11. Zeit- und Raumwahrnehmung (Modulating Time and Space)
 12. Gruppenerleben (Group Processes)
 13. Nonverbaler Ausdruck (Non-verbal Expression)
 14. Verbindung zu sich selbst (Connection with Self)
 15. Erinnerungsarbeit (Remembering)
 16. Therapeutische Beziehung (Therapeutic Alliance and Bond)
 17. Emotionale Aktivierung & Verarbeitung (Emotional Elicitation and Processing)
 18. Verstehen & Einsicht (Understanding)
 19. Therapeutischer Raum / Umgebung (Environment)
-

Im Anhang E (S. XXXII) der vorliegenden Masterarbeit ist eine erweiterte Übersicht der 19 Wirkfaktoren zu finden. Auch in der Kunsttherapie wirken eine Vielzahl *allgemeiner psychotherapeutischer Faktoren* zusammen. Das Schaffen eines sicheren therapeutischen Rahmens wird als ein zentraler Faktor beschrieben (de Witte et al., 2021, S. 9). Nur in einer geschützten Umgebung kann eine stabile therapeutische Beziehung entstehen, welche Vertrauen und Offenheit begünstigt (ebd., S.9; Bosgraaf et al., 2020, S. 24 – 26). Diese Beziehung bildet die Grundlage für das Arbeiten im Hier und Jetzt, in der Klient*innen Gedanken und Gefühle visuell in Ausdruck bringen können (de Witte et al., 2021, S. 10; Haeyen et al., 2015). Darüber hinaus wird Kunsttherapie häufig als motivationsfördernd erlebt, da sie durch kreativer Gestaltungsräume die vertiefte Auseinandersetzung mit persönlichen Themen

ermöglicht. Dies wiederum unterstützt die Weiterentwicklung kognitiver wie auch emotionaler Kompetenzen (Haeyen et al., 2015).

Im Bereich der gemeinsamen Wirkfaktoren der *künstlerischen Therapien* bietet Kunsttherapie einen spielerischen, strukturierten Zugang zur Selbsterfahrung. Typisch ist ebenfalls die Veränderung der Zeit- und Raumwahrnehmung, wobei insbesondere Flow-Zustände und Entspannung eine Rolle spielen (de Witte et al., 2021, S.10). Ein weiterer zentraler Wirkfaktor beinhaltet die Symbolisierung und Externalisierung innerer, meist schwer verbalisierbarer Erfahrungen, sowie die Konkretisierung innerer Konflikte, die eine Reflexion und Perspektivwechsel ermöglichen. Durch diesen non-verbalen Ausdruck können Emotionen aktiviert und verarbeitet werden (Haeyen et al., 2015).

Wirkfaktoren, die besonders kennzeichnend für die Kunsttherapie sind, ist das sinnlich-körperliche Erleben von Material, welche unter dem Bereich der Verkörperung von Erfahrungen zusammengefasst sind. Die haptische Qualität verschiedener Materialien fördert die emotionale Regulation, etwa durch die Reduktion von Angst oder die Förderung des Selbstkonzeptes (ebd., 2015; Bosgraaf et al., 2020). Eng verknüpft damit ist der Wirkfaktor der Konkretion, bei welchem innere Bilder, aber auch Emotionen und Gedanken gestalterisch sichtbar gemacht werden können. Auch das künstlerische Produkt und das Erleben von Übertragung während des Gestaltungsprozesses werden durch de Witte et al. (2021, S. 9 – 11) als wirksam beschrieben, da sie durch Symbolismus und Metaphern als Projektionsfläche für innere Prozesse dienen.

Die Darstellung allgemeiner psychotherapeutischer sowie kunsttherapeutischer Wirkfaktoren verdeutlicht den wachsenden Forschungsstand und die zunehmende Evidenzbasierung kunsttherapeutischer Verfahren. Diese Entwicklung spiegelt sich nicht ausschließlich in wissenschaftlichen Reviews wie jenem von de Witte et al. (2021), sondern zunehmend auch auf institutioneller Ebene wider. In der aktuellen S3-Leitlinien Schizophrenie (DGPPN, 2019) werden künstlerische Therapien, darunter auch Kunsttherapie, explizit für die Behandlung von Schizophrenie empfohlen, um die Selbstwahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit zu stärken (ebd., 2019, S. 255). Begründet wird dies in einer, bei Betroffenen häufig einhergehenden, Kommunikationseinschränkung, wie auch sozialer Isolation. Explizit legt die gegenwärtige Evidenz nahe, dass Kunsttherapie einen günstigen Einfluss auf die

Negativsymptomatik bei Menschen mit Schizophrenie haben (DGPPN, 2019, S.259). Die DGPPN sieht daher eine viergliedrige Modulierung der spezifischen Therapieverfahren vor (ebd., S.49). Diese sind aus den folgenden Säulen zusammengesetzt: Pharmakotherapie, Psychotherapie und psychosoziale Interventionen, Behandlung unter besonderen Bedingungen und Rehabilitation (ebd., 2019, S.49). Zu den psychosozialen Therapien zählen auch die künstlerischen

Empfehlung 80	Empfehlungsgrad
<p>Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie sollten Menschen mit einer Schizophrenie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden.</p> <p>Adaptation AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen“ 2013/2018 (162).</p>	<p>B</p>

Abbildung 1

Empfehlungsgrad Künstlerische Therapien Schizophrenie (DGPPN, 2019, S. 151).

Therapien, welche laut S3-Leitlinie die Kunst-, Musik-, Tanz-, Poesie-, und Bewegungstherapie sowie Theater- und Dramatherapie umfassen (DGPPN, 2019, S. 151). Die Abbildung 1 stellt den aktuellen Empfehlungsgrad B für künstlerische Therapien dar.

Für die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung hat die DGPPN vier S3-Behandlungsleitlinien herausgebracht. Diese umfassen die Behandlung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit (2020), Methamphetamin-bezogene Störungen (2016), Medikamentenbezogene Störungen (inkl. Substitutionsbehandlung und Opiatabhängigkeit) (2020) und Tabakabhängigkeit (2020). Unter diesen Leitlinien enthält lediglich die Leitlinie zur Alkoholabhängigkeit eine Empfehlung zum Einsatz künstlerischer Therapien, und zwar in Form einer klinischen Praxisempfehlung (KPP) (DGPPN, 2020, S. 329). In den übrigen genannten Leitlinien finden künstlerische Therapien keine Erwähnung.

3.8.3.21 Künstlerische Therapien

Künstlerische Therapien wie die Kunst-, Musik-, Tanz- und Bewegungs-, Theater- und Dramatherapie können im Rahmen der Postakutbehandlung bei komorbiden Störungen angeboten werden.

Empfehlungsgrad: KKP, LoE: -
Gesamtabstimmung: 100%

Abbildung 2

Empfehlungsgrad künstlerische Therapien Alkoholabhängigkeit (DGPPN, 2020, S. 329).

Eine weitere Leitlinienpublikation des DGPPN (2018) widmet sich der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen. Diese übergeordnete Publikation beschreibt unter anderem die Versorgung von Menschen mit Schizophrenie und hebt in diesem Zusammenhang die Relevanz komorbider Suchterkrankungen bei schweren psychischen Erkrankungen hervor (DGPPN, 2018, S. 8). Da sich die vorliegende Arbeit ausschließlich mit Personen mit Schizophrenie-Erfahrung und komorbider Abhängigkeitserkrankung befasst, wird der in dieser Leitlinie formulierte Empfehlungsgrad ebenfalls berücksichtigt. Abbildung 3 stellt den gegenwärtigen Empfehlungsgrad B der künstlerischen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen dar.

Empfehlung 29 (NEU):

Künstlerische Therapien: Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie, sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden.

**Empfehlungsgrad B, Evidenzebene
Ia-Ib**

Ergebnis der Abstimmung: Konsens
(14.11.2016)

Abbildung 3

Empfehlungsgrad künstlerische Therapien schweren psychischen Erkrankungen (DGPPN, 2018, S. 270)

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Vielzahl der identifizierten Wirkfaktoren nicht lediglich das theoretische Wirkpotenzial kunsttherapeutischer Interventionen stützt, sondern ebenfalls durch empirische Evidenz untermauert wird. Die systematische Beschreibung dieser Mechanismen durch de Witte et al. (2021), sowie ihre Integration in aktuelle leitlinienbasierte Versorgungsempfehlungen der DGNNP (2019, 2020) verdeutlichen, dass Kunsttherapie als ein klinisch relevantes und wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur Behandlung schwerere psychischer Erkrankungen zunehmend Anerkennung findet. Vor diesem Hintergrund ist Kunsttherapie als integraler Bestandteil einer multimodalen, evidenzbasierten Patient*innenversorgung zu betrachten.

Künstlerischer Ausdruck bei Schizophrenie-Erfahrung

“Researchers agree that mental illness is neither necessary nor sufficient for creativity. But is there still a significant link between the two?” (Kaufmann & Paul, 2014)

Das Zitat wirft den Fokus auf die komplexe Beziehung zwischen psychischer Gesundheit und Kreativität. Das folgende Kapitel greift dies auf und beschäftigt sich konkret mit dem künstlerischen Ausdruck als Teilbereich der menschlichen Kreativität und sein Zusammenhang mit einer Schizophrenie-Erfahrung. Im Folgenden werden zwei historische Ansätze analysiert, die exemplarisch für frühe wissenschaftliche Bemühungen stehen, Erkenntnisse über die Wahrnehmungsprozesse von Personen mit Schizophrenie-Erfahrung zu erlangen. Daran anschließend wird ebenfalls eine Kritik der dargestellten historischen Ansätze vorgenommen. Zur Ergänzung der historischen Perspektive wird ein Ausblick auf gegenwärtige Forschungsansätze zum künstlerischen Ausdruck bei Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung gegeben. Abschließend folgt eine kritische Einordnung dieser Perspektiven gemäß dem bestehenden wissenschaftlichen Diskurs der vorliegenden Arbeit.

Historische Perspektiven auf künstlerischen Ausdruck bei Schizophrenie-Erfahrung

Bereits vor über hundert Jahren haben sich Psychiater*innen mit dem bildnerischen Ausdruck von Schizophrenie-Erfahrenen beschäftigt. Eine der einflussreichsten Arbeiten hierzu stammt von dem Heidelberger Psychiater Hans Prinzhorn (1922), welcher eine umfassende Sammlung von Werken psychisch erkrankter Autodidakt*innen in seiner Arbeit *Bildnerie der Geisteskranken* anlegte. Etwa 75% der analysierten Bildwerke stammten von Autodidakt*innen mit diagnostizierter Schizophrenie. Vor diesem Hintergrund richtete Prinzhorn den zentralen Fokus seiner Untersuchung auf die Analyse der gestalterischen Bildelemente in den Werken schizophoren erkrankter Patient*innen (Prinzhorn, 1922, S.61). Prinzhorns damalige Bemühungen zielten weniger darauf ab, eine Therapie für Menschen mit Schizophrenie Erfahrung anzubieten. Viel mehr ging es darum, den individuellen Ausdruck der Proband*innen zu fördern. Das Ziel der Erhebung war es, Aufschlüsse über die tatsächliche Wahrnehmung der Proband*innen und ihre Erfahrungen, wie auch kognitiven Zustand zu erhalten (Richard et al., 2023, S. 115). Nachfolgend werden die grundlegenden Bildelemente Prinzhorns (1922) dargestellt.

Objektfreie, ungeordnete Kritzeleien. Den Begriff der objektfreien, ungeordneten Kritzeleien operationalisiert Prinzhorn unter dem Terminus „gegenstandsloses Gekritzeln“ (Prinzhorn, 1922, S.66), welches primär durch „völlige Unordnung des Gestichels, Undurchsichtigkeit, ein Chaos von Stiftspuren“ (ebd., S.66) gekennzeichnet sei. Es wird beschrieben, dass die untersuchten Werke den Eindruck vermitteln, als seien die Zeichner*innen durch einen *horror vacui* getrieben worden, der es ihnen nicht ermögliche, das Werk mit einer freien Stelle für abgeschlossen zu befinden (ebd., S.69).

Zur Analyse dieses Phänomens, bedient sich Prinzhorn dreier Kriterien. So begreift er jede Form gestalterischer Tätigkeit, seien es auch scheinbar willkürliche Kritzeleien, als Ausdrucksbewegung. Diese seien als Niederschlag seelischer Vorgänge zu verstehen. Weiter konstatiert er ein grundlegendes Bedürfnis nach Ausdruck als primären Antrieb kreativer Handlungen. Diese Kriterien beruhen auf einem allgemeinen menschlichen Betätigungsdrang, den Prinzhorn als universelles Merkmal des Lebendigen charakterisiert und daher als eigenständiges analytisches Kriterium hervorhebt (Prinzhorn, 1922, S. 69).

Ornamentik und Dekoration. Die Termini Ornamentik und Dekoration führt Prinzhorn in dem Bereich der „spielerischen Zeichnungen mit vorwiegender Ordnungstendenz“ (Prinzhorn, 1922, S.72) zusammen. Ordnungstendenz beschreibt hierbei die Orientierung an abstrakten Strukturen oder formalen Regeln, wie geometrischen Mustern. Während Ornamentik sich primär auf Einzelformen bezieht, bezeichnet Dekoration die Gliederung und Aufteilung von Flächen. Beide halten, so Prinzhorn eine spielerische Konstanz rhythmischer Bewegtheit inne, die keine Berücksichtigung eines realen Objektes oder einer Ordnungsregel vermuten lassen (ebd., S.73). Gleichwohl seien sie durch einen ausgeprägten Sinn für Flächenteilung und Wiederholung charakterisiert (ebd., S.78).

Spielerische Zeichnungen mit vorwiegender Abbildungstendenz. In Abgrenzung zu der vorangegangenen Skizzierung der Ordnungstendenz erörtert Prinzhorn ebenfalls den Begriff der Abbildungstendenz, welcher durch die Darstellung von realen Objekten, wie Tieren oder Körperteilen gekennzeichnet ist (Prinzhorn, 1922, S. 81). Ferner wird betont, dass keine narrative Darstellung angestrebt werde. Vielmehr gehe es um ein visuelles Inventar, welches das serielle Auflisten und Gruppieren verschiedener Motive zum Ziel habe (ebd., S. 83).

Anschauliche Phantastik. Ein weiteres, durch Prinzhorn (1922, S.95) beschriebenes Ausdrucksmerkmal bezeichnet die anschauliche Phantastik, welche durch das Darstellen von märchenhaften oder traumartigen Szenen charakterisiert ist. Bei der Skizzierung dieses Bildelements wird deutlich, dass es sich nicht um eine objektive Wiedergabe der Realität handelt. Vielmehr hält dieses Bildelement die Darstellung subjektiver Erlebnisse, Gefühle und Gedanken inne. Weitere Merkmale dieses Ausdrucksmerkmals umfassen eine unklare Raumdarstellung oder fehlende Perspektive (ebd., S. 97) und eine progressive Auflösung von Form und Ornament (ebd., S.101).

Symbolik. Letztlich definiert Prinzhorn (1922, S.116) das Bildmerkmal der gesteigerten Bedeutsamkeit, welches durch ihn als Symbolik operationalisiert wird. Es wird erörtert, dass es sich bei diesem Merkmal um eine subjektive Bedeutungsaufladung des Bildes durch den/die Zeichner*in handelt. Relevant ist hier, dass Prinzhorn (ebd., S. 117) diese Bedeutungsaufladung als psychologisch bedingt definiert. Der Einsatz von Symbolik kann somit ohne eine subjektive Erlebnisgrundlage des Kunstschaffenden entstehen und somit bewusst, als auch unbewusst eingesetzt werden.

Auch der österreichische Psychiater Leo Navratil beschäftigte sich in seinem 1965 erschienenen Buch *Schizophrenie und Kunst* mit den prävalenten Bildelementen schizophrener Zeichner*innen. Im Folgenden wird eine Auswahl weiterer Bildelemente dargelegt, die Navratil ergänzend zu den Bildelementen Prinzhorns (1922) formuliert.

Grenze und Kontur. Navratil bezieht sich in der Beschreibung dieses Bildelementes auf entwicklungspsychologische Theorien, die davon ausgehen, dass Konturen oder Umrisslinien die ersten Gebilde menschlichen Zeichens darstellen. Hierbei erörtert er, dass es in diesem anfänglichen Versuchen nicht lediglich um visuelle Momente gehe, sondern ebenfalls um Körperbewegung, Umgang mit Material und affektivem Erleben. Darüber hinaus nimmt er an, dass auch spätere Zeichnungen noch stets aus diesem ursprünglich stammenden Erleben der Gefühlswelt entstehen. So führt er aus, dass „die Geschlossenheit der Konturen [...] der Abgrenzung von Gegenständen in der zunächst diffus-ganzheitlich, d.h. physiognomisch gegebenen Welt [dienen].“ (Navratil, 1965, S.74). So sei sowohl die Überbetonung von Konturen als auch die Vernachlässigung dieser für das Gestalten von Schizophrenie-Erfahrenen

Künstler*innen charakteristisch, was Navratil mit einer Störung der Integration des Ichs und in dem Verhältnis des Individuums zur Außenwelt begründet.

Geometrisierung. In seinen Ausführungen zur Geometrisierung bezieht sich Navratil auf den Menschen im Zeitalter der Technik und die moderne Kunst. Diese beziehe sich weniger auf eine lyrische, geschwungene Formengeometrie, sondern eher auf eine Geometrie der Angst. Das überbetonte streben nach Geometrisierung stelle die Entseelung der Welt als Antwort auf das erlebte Übergewicht des Irrationalen dar (Navratil, 1965, S. 85). Für weitere Ausführungen bezieht er sich auf Worringer (1912), welcher erörtert, dass der Mensch durch die Unsicherheit und Verworrenheit der Welt geängstigt sei und daher in der starken Geometrisierung der Kunstwerke Beruhigung und Befriedigung erfahre. So schlussfolgert Navratil, dass die Neigung zu geometrisierendem Gestalten das Ergebnis eines Restitutionsversuches der Schizophrenie-Erfahrenen darstelle (Navratil, 1965, S.91).

Deformation und Formalismus. Es wird beschrieben, dass die Gestaltung von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung entweder durch eine Überbetonung oder Verlust der formalen Kategorie gekennzeichnet sei. In seiner Erhebung sei diese Weise der Gestaltung häufig in akuten Stadien der Psychose aufgetreten und sei als Folge einer „Gegenregulation“ zu betrachten (Navratil, 1965, S.98 & S.101). Gekennzeichnet sei diese Art des Gestaltens beispielsweise durch das disproportionale Hervorheben oder eine Dislokation bestimmter Körperteile, wie auch eine besondere Vorliebe für Proportionsschemata.

Das Änigmatische. Das Bildmerkmal des Änigmatischen (vom griechischen ainigma = Rätsel) wird im Kontext der Gestaltung von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung durch Navratil (1965, S.114) als eine Atmosphäre des Rätselhaften beschrieben, in der es weniger um die Deutung einzelner Bildsymbole geht, sondern um die gesamte Stimmung des Bildes. Ferner beschreibt Navratil (1965, S.115) „Man muss das Rätselhafte als Anmutswert vom Rätsel als Gegenstand der Vernunft unterscheiden. Das Rätselhafte ist mit dem Gefühl der Ratlosigkeit verwandt.“ Hierdurch wird deutlich, dass es sich bei dem Bildmerkmal des Änigmatischen um ein unauflösbares, emotional rätselhaftes und logisch nicht entschlüsselbares Abstraktum handelt.

Spirale und Labyrinth. Der Gebrauch von Spiralen in Bildwerken lässt sich laut Navratil (1965, S.116) auf die frühesten menschlichen Entwicklungsstufen zurückführen, da es auf frühe motorische Bewegungsmuster zurückzuführen sei. In seiner symbolischen Deutungszuschreibung erörtert Navratil, dass die Spirale für Unbegrenztheit, Dynamik und das Unheimliche stehe. Es wird beschrieben, dass diese Bildelemente meist automatisiert und obsessiv gestaltet werden würden (ebd., S. 118). Das Labyrinth wird in seiner Verwendung als biografisches Symbol aufgefasst. Navratil beschreibt, dass dieses Symbol für das Ziellose, Aussichtslose und Unheimliche stehe (ebd., S. 119).

Das Auge. Es wird hervorgehoben, dass das Symbol der Augen meist eine besondere Hervorhebung oder eine grobe Vernachlässigung in den Werken Schizophrenie-Erfahrener erfährt (ebd., S.120). Navratil bemisst dem Symbol der Augen eine hochgradige Bedeutung und legt dar, dass das Auge als Spiegel innerer Zustände fungiert. So könne die Verwendung von Augen als Ausdrucksmerkmal symbolisch für Themen wie Beziehung, Intimität, Kontrolle und Bedrohung stehen (ebd., S.121).

Die beiden Perspektiven von Prinzhorn und Navratil markieren zentrale historische Bezugspunkte in der Auseinandersetzung mit dem bildnerischen Ausdruck Schizophrenie-Erfahrener. Während Prinzhorn den künstlerischen Ausdruck als Spiegel seelischer Prozesse betrachtet, interpretiert Navratil die gestalterischen Merkmale stärker im Licht psychodynamischer und entwicklungspsychologischer Theorien. Beide Autoren tragen maßgeblich zur Entstehung eines Verständnisses der Bildproduktion Schizophrenie-Erfahrener bei, wenngleich ihre Ansätze aus heutiger Perspektive, etwa im Hinblick auf Pathologisierung, kritisch zu reflektieren sind.

Kritik historischer Perspektiven

Die Arbeiten von Prinzhorn und Navratil gelten als wegweisend in der Auseinandersetzung mit bildnerischen Werken Schizophrenie-Erfahrener. Der folgende Abschnitt widmet sich der zentralen methodischen und inhaltlichen Problemstellung ihrer Ansätze.

Es lässt sich feststellen, dass Prinzhorn ein deutliches Interesse an den formalen Eigenschaften der Werke Schizophrenie-Erfahrener Autodidakt*innen hatte. Dennoch ließ es sich mit den wissenschaftlichen Möglichkeiten der Zeit nicht feststellen,

inwiefern die Abweichungen von der künstlerischen Norm wirklich auf die Erkrankung der Proband*innen zurückführen lässt oder eher auf die Tatsache, dass die meisten ihre Fähigkeiten durch ein Selbststudium erlangt haben. Zwar war sich Prinzhorn dessen bewusst, verfügte jedoch nicht über moderne Mittel der Wahrnehmungsforschung, wie beispielsweise funktioneller Magnetresonanztomografie oder Methoden zum Eye-Tracking (Richard et al., 2023, 117). Nichtsdestotrotz werden Menschen mit psychischer Erkrankung von zeitgenössischen Kunsthistoriker*innen häufig bestimmte bildnerische Merkmale zugeschrieben, die in einem direkten Zusammenhang mit ihrer Diagnose interpretiert werden. Dies umfasst beispielsweise Kreativität, ungewöhnliche Verknüpfungen oder geringere Hemmungen. Diese Einschätzungen basieren allerdings weniger auf wissenschaftlicher Erkenntnis, sondern basieren auf früheren Deutungen sogenannter *primitiver* Kunst. Hierbei spielen vielmehr kulturelle Vorurteile eine Rolle. Vorstellungen, wie jene von Emmanuel Kant (1724 – 1804), dass es so etwas wie *wahre* oder *höhere* Kunst gäbe tragen hierbei maßgeblich zur Entstehung dieser Vorurteile bei (Goldwater, 2013).

Auch Navratils Ausführungen zur Kunst Schizophrenie-Erfahrener ist aus heutiger Perspektive kritisch zu betrachten. Röske (2008) hat in seiner Analyse zentrale methodische und inhaltliche Schwächen Navratils Ansatzes herausgearbeitet. Ein wesentlicher Kritikpunkt betrifft die Reduktion des künstlerischen auf den pathologischen Befund. So ordnet Navratil die Werke der Künstler*innen ausschließlich ihrer Diagnose unter, wodurch ihre künstlerische Ausdrucksweise zu symptomatischen Manifestationen gemacht werden (ebd., S. 103–104). Somit werden individuelle, ästhetische Qualitäten vernachlässigt. Auch eine kunsthistorische Kontextualisierung erfolgt nicht. Dies hat zur Folge, dass die in Navratils Buch betrachteten Werke isoliert, außerhalb eines kunsthistorischen Referenzrahmens betrachtet werden, welcher künstlerische Strömungen, Epochen oder Vergleichswerke negiert (ebd., S. 104).

Darüber hinaus betätigen sich sowohl Navratil, als auch Prinzhorn der *Wesensschau*. Einem durch Prinzhorn definiertem Konzept, welches ein individuelles Einfühlen in die Werke Schizophrenie-Erfahrener voraussetzte (Kim, 2023, S. 23). Durch das Betrachten der Werke seien „objektive Ausdrucksniederschläge“ (Röske, 1997, S. 259) möglich, welche im Wesentlichen ein Nachvollziehen des „schizophrenen Weltgefühls“

(Prinzhorn, 1922, S. 338) ermöglichen sollten. So argumentiert Prinzhorn, dass Künstler*innen aufgrund der Einwirkung ihrer Schizophrenie-Erfahrung zu einer besonderen gestalterischen Fähigkeit gelangen, die ihnen sonst versagt wären (Kim, 2023, S. 24; Prinzhorn, 1922, S. 345). Es muss festgehalten werden, dass es sich bei der Wesensschau um eine nicht-systematische, introspektive Deutung der Werke handelt, die keiner objektiv nachvollziehbaren Methodologie folgt. Dieses Vorgehen ist mit zeitgenössischen wissenschaftlichen Herangehensweisen zusammenfassend nicht reliabel (Röske, 2008, S. 105 – 106).

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Romantisierung und Idealisierung des künstlerischen Ausdrucks Schizophrenie-Erfahrener. Navratil tendiert dazu, den bildnerischen Ausdruck als geniale Leistung zu betiteln. Hierbei tritt die durch die Erkrankung möglicherweise entstehende psychosoziale Belastung in den Hintergrund, wodurch eine problematische Verklärung psychischer Erkrankungen stattfindet (ebd., 2008, 106 – 107).

Die dargestellten Positionen verdeutlichen, dass sowohl Prinzorns als auch Navratils Deutungen durch ihre Zeit geprägt sind. Die romantisierende und pathologisierende Deutung des künstlerischen Ausdrucks von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung ist gemäß zeitgenössischer Wissenschaftsstandards und ethischer Überlegungen unzureichend.

Zeitgenössische Perspektiven auf künstlerischen Ausdruck und Schizophrenie-Erfahrung

Die künstlerische Praxis von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung ist ein vielschichtiges Forschungsfeld, das zunehmend interdisziplinär betrachtet wird. Ein zentraler Zugang besteht darin, Bildelemente von Kunstwerken Schizophrenie-Erfahrener zu analysieren, um Rückschlüsse auf Wahrnehmungsveränderungen im Rahmen der Erkrankung zu erhalten. Im Folgenden werden zentrale theoretische und empirische Ansätze dargestellt, um den aktuellen Forschungsstand zu skizzieren, der das theoretische Fundament der vorliegenden Masterarbeit bildet.

Häufig verfolgt Kunst den Anspruch Objekte, Szenen oder Erfahrungen des realen Lebens darzustellen oder in Form zu bringen. Sowohl Kunstwerke als auch natürliche Szenen unterliegen gewissen Einschränkungen der menschlichen visuellen Wahrnehmung. Ein Ansatz besteht darin, die mathematischen Beziehungen zwischen

Farben, räumlichen Strukturen und Helligkeit in der Realität und deren Umsetzung in Kunstwerken zu analysieren (Graham & Silverstein, 2023, S. 117). Grundlage dafür ist, dass sich diese biologischen Gegebenheiten auf die Kunstproduktion auswirken. So folgt Kunst, selbst wenn sie stark abstrahiert oder stilisiert ist, häufig ähnlichen Mustern wie natürliche Bilder, da sie dem menschlichen Sehsystem verständlich bleiben muss. Dennoch liegen zusätzliche Einschränkungen im Kunstschaffen vor, wie beispielsweise das Arbeiten auf einer zwei-dimensionalen Fläche und die begrenzte Darstellbarkeit von Helligkeit und Farben, wie in der Realität. Nichtsdestotrotz bestehen in Kunstwerken statistische Regelmäßigkeiten, wie die Verteilung von Formen und Kontrasten, die mit den natürlichen Verarbeitungsmechanismen des Gehirns zusammenhängen. Ihre Analyse bietet daher einen validen Zugang zur Untersuchung wahrnehmungsbezogener Veränderungen, wie sie etwa bei Schizophrenie-Erfahrungen häufig auftreten können (Graham & Silverstein, 2023, S. 117).

Zwar sind direkte Vergleiche zwischen einer natürlichen Szene und ihrer Darstellung gelegentlich möglich (Graham & Field, 2007, S. 19 – 27), im Falle von Kunstwerken von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung sind diese Herangehensweisen jedoch weniger geeignet, da ihre Werke meist stark von Abstraktionen gekennzeichnet sind, welche wenig Übereinstimmungen mit natürlichen Szenen der direkten Umgebung der/des Kunstschaffenden haben. Sofern jedoch die statistischen Eigenschaften von Bildern in der Gesamtheit einer Gruppe betrachtet werden, bietet dies Möglichkeiten des wissenschaftlichen Fortschrittes. So können allgemeine statistische Eigenschaften durch eine signifikante Anzahl von Kunstwerken, die durch Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung geschaffen wurden, mit verschiedenen Datensätzen der Kunstgeschichte verglichen werden (Graham & Silverstein, 2023, S.117).

Ein relevanter Aspekt dieser Diskussion ist dabei die Rolle von Veränderungen des visuellen Systems bei einer Schizophrenie und das Verhältnis zu affektiven und kognitiven Veränderungen, welche das Kunstschaffen maßgeblich beeinflussen können. So können beispielsweise verstärkte negative Affekte (Cho, et al., 2017), stärkere Perseveration (Crider, 1997), veränderte Assoziationen (Solovay, 1987) und intensivere Vorstellungskraft (Sack, et al., 2005) eine Rolle in der Gestaltung eines Werkes spielen. Daraus ergibt sich die Frage, ob es sich bei den beschriebenen Phänomenen um eine Wechselwirkung handelt oder ob bestimmte Merkmale als

Folgeerscheinung der Störungen zu verstehen sind – ein Bereich, der bisher nur unzureichend empirisch beleuchtet wurde (Graham & Silverstein, 2023, S. 118).

Einige Studien (Henemann et al., 2017) untersuchen sich wiederholende Muster im Zusammenhang mit Schizophrenie-Erfahrung. Die Literatur deutet darauf hin, dass sich dies durch neurologische Veränderungen, wie beispielsweise eine veränderte Dopaminaktivität erklären lässt. Ebenfalls weisen Henemann et al. (2017) auf Defizite der perzeptuellen Organisation, eine verzerrte Licht- und Farbwahrnehmung, instabile Raumdarstellung und verstärkte Tendenzen zur Abstraktion hin. Dies könnte dazu führen, dass Menschen mit Schizophrenie-Erfahrungen Schwierigkeiten dabei haben, kohärente Formen zusammenzuführen. Dies könnte sich im künstlerischen Prozess in einer Fragmentierung der Darstellung in Einzelelemente niederschlagen. Laut Henemann et al. (2017) zählen eine übermäßige Detailfokussierung sowie instabile Figur-Grund-Differenzierung zu möglichen Folgen solcher perzeptuellen Defizite.

Trotz der Heterogenität der bisherigen Befunde lassen sich einige zentrale Anhaltspunkte für zukünftige Forschungen ableiten. So deuten mehrere Studien darauf hin, dass bei einer Schizophrenie-Erfahrung relevante Veränderungen der visuellen Wahrnehmung bestehen, die potenziell Einfluss auf das künstlerische Gestalten nehmen (Chen et al., 2008; Butler et al., 2005; Silverstein, 2016, S. 112 – 113). Diese Veränderungen manifestieren sich individuell sehr unterschiedlich, wodurch sich kein einheitliches, allgemeingültiges künstlerisches Merkmal für alle Betroffenen identifizieren lässt. Darüber hinaus zeigen sich deutliche Überschneidungen zwischen der Kunst von Menschen mit und ohne Schizophrenie-Erfahrung, was weitere Differenzierungen und kontextbezogene Analysen erforderlich macht (Graham & Silverstein, 2023, S.124).

Insgesamt verdeutlichen die dargestellten Ansätze, dass sich Werke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung nicht auf alleinige Merkmale reduzieren lassen. Während sich einige Auffälligkeiten identifizieren lassen, bleibt ihre Interpretation vielschichtig. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, ist ein differenziertes, kontextbewusstes Analysemodell erforderlich, welches ästhetische, psychologische und gesellschaftliche Dimensionen gleichermaßen berücksichtigt.

Kritik zeitgenössischer Perspektiven

Im Folgenden wird eine kritische Auseinandersetzung mit den vorab dargestellten zeitgenössischen Forschungsansätzen zur Analyse des künstlerischen Ausdrucks bei Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung vorgenommen. So liegt der Schwerpunkt aktueller Forschung häufig auf neuropsychologisch begründeten Veränderungen der visuellen Wahrnehmung. Diese Analyse greift zu kurz, da die Vielschichtigkeit des künstlerischen Schaffens und dessen kulturelle, emotionale und biografische Einbettung systematisch ausgeblendet wird (Holttum & Huet, 2014; Saranya et al., 2025; Barnett & Vasii, 2024; Smith, 2024).

Künstlerisches Schaffen kann, beispielsweise in kunsttherapeutischen Kontexten, als Ausdruck innerer Erlebniswelten fungieren. Klient*innen können dabei individuelle Bedeutungszuschreibungen zu ihren Werken entwickeln, die über rein visuelle Parameter hinaus gehen (Sinaupius, 2017; Renz, 2021, S. 85 – 89). „In schizophrenia, art therapy expresses the inner environment when language fails. Visual arts act as an alternative language for the projection of hallucinations, delusions, and fragmented feelings into a relatively coherent form” (Saranya et al., 2025). Empirische Studien belegen, dass bildnerischer Ausdruck für Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung insbesondere dann an Bedeutung gewinnt, wenn verbale Kommunikation erschwert ist. So dient er nicht lediglich der visuellen Darstellung, sondern fungiert auch als alternative Form der Verarbeitung und Artikulation psychischer Inhalte (Crespo, 2003). Eine ausschließlich formal-ästhetische Analyse anhand visueller Parameter, wie etwa Farbkontrasten oder räumlicher Organisation erfasst diesen Bedeutungsgehalt nicht ausreichend. Vor diesem Hintergrund erscheint eine interdisziplinäre Perspektive erforderlich, die psychologische, kunstwissenschaftliche und kulturhistorische Zugänge integriert (Saranya et al., 2025).

Auch die Annahme, dass sich Kunstwerke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung sich mit denen der Kunstgeschichte vergleichen lassen, ist methodisch angreifbar. Henemann et al. (2017) stellen fest, dass die in ihrer Studie analysierten Bildcharakteristika zu über 50% innerhalb des üblichen künstlerischen Spektrums liegen. Es lassen sich somit keine signifikanten Unterschiede zwischen Bildern von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung und feststellen, was belegt, dass der Versuch krankheitsspezifische Merkmale über statistische Parameter abzuleiten, methodisch limitiert ist (Henemann et al., 2017). Auch Graham und Silverstein (2023) weisen

darauf hin, das Abweichen von formalen Unterschieden vorschnell krankheitsspezifisch zu interpretieren, da eine Vielzahl von Kontextfaktoren auf den Gestaltungsprozess Einfluss nimmt, wie zum Beispiel Materialwahl oder künstlerische Vorausbildung. Die Autor*innen skizzieren in diesem Zusammenhang auch auf die historische Problematik einer Pathologisierung künstlerischer Prozesse und verweisen insbesondere im Kontext des Nationalsozialismus auf sogenannte *entartete Kunst*. Eine reine Fokussierung auf manifeste Pathologien stellt somit eine unzureichende Perspektive dar (Graham & Silverstein 2023, S.134).

Zudem lässt sich ebenfalls herausstellen, dass die postulierte Wechselwirkung zwischen den Veränderungen im visuellen System und kognitiven und affektiven Prozessen bislang empirisch unzureichend belegt ist (Graham & Silverstein, 2023, S.118). Während es plausibel erscheint, dass Symptome wie Perseveration, affektive Dysregulation oder erhöhte Vorstellungskraft die künstlerische Gestaltung beeinflussen können (Sack et al., 2005), bleibt deren konkrete Beeinflussung im künstlerischen Prozess größtenteils hypothetisch. Daher ist eine zurückhaltende Interpretation gefordert (Graham & Silverstein, 2023, S. 118), welche es methodisch angemessen erscheinen lässt, diese Annahmen als zukünftige Forschungsfragen zu formulieren.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die künstlerische Gestaltung von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung ein komplexer Prozess ist, welcher sowohl von Wahrnehmungsveränderungen als auch von biografischen Erfahrungen, kulturellen Narrativen und ästhetischer Zielsetzung beeinflusst sein kann. Die Analyse von künstlerischen Werken unter Berücksichtigung von neuropsychologischen Veränderungen kann relevante Implikationen für weiterführende Forschungen bieten. Dennoch sollte sie stets im Kontext eines interdisziplinären Vorgehens eingebettet werden, um reduktionistische und deterministische Verengungen vorzubeugen.

Fazit

Die Auseinandersetzung mit dem künstlerischen Ausdruck von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung zeigt das vielschichtige Verhältnis von psychischer Erkrankung und Kreativität. Bereits historische Ansätze von Prinzhorn (1922) und Navratil (1965) veranschaulichen unterschiedliche methodische Vorgehen. Während Prinzhorn formale Merkmale als Spiegel seelischer Zustände versteht, versucht sich Navratil einer psychodynamisch fundierten Analyse mittels

entwicklungspsychologischer Konzepte. Beide Perspektiven leisten wichtige Beiträge zur Sichtbarmachung künstlerischer Gestaltung als Ausdruck innerer Prozesse, bleiben jedoch in ihrer pathologisierenden und romantisierenden Tendenz kritisch zu hinterfragen.

Zeitgenössische Forschungsansätze erweitern das Verständnis um empirische Kategorien, wie visuelle Verarbeitung, perzeptuelle Organisation und affektive Einflussfaktoren. Dabei wird deutlich, dass es keine universellen bildnerischen Merkmale gibt, die eindeutig auf eine Schizophrenie-Erfahrung verweisen. Vielmehr zeigt sich eine erhebliche Überschneidung mit künstlerischen Ausdrucksformen nicht-erkrankter Personen. Der Versuch, über statistische Regularitäten diagnostische Rückschlüsse zu ziehen, bleibt daher methodisch limitiert und ethisch fragwürdig. Gleichzeitig wird deutlich, dass künstlerische Praxis weit über visuelle Parameter hinaus geht. Sie kann insbesondere in therapeutischen Kontexten als subjektiver Bedeutungsraum und als Ausdruck nonverbaler Kommunikation fungieren, sofern Sprache versagt.

Vor diesem Hintergrund gewinnt das Zitat von Kaufmann und Paul (2014) besondere Relevanz. „Researchers agree that mental illness is neither necessary nor sufficient for creativity. But is there still a significant link between the two?“ Die vorliegenden Analysen bestätigen diese Ambivalenz. Weder lässt sich Kreativität, in Form eines bildnerischen Ausdrucks aus der Erkrankung ableiten, noch ist sie davon unabhängig. Sie steht in einem Spannungsfeld zwischen biografischen Erlebnissen, neuropsychologischen Gegebenheiten und kulturellem Kontext. Um solch einem Phänomen gerecht zu werden, ist ein interdisziplinäres, kontextsensibles Forschungsverständnis notwendig, das gleichermaßen ästhetische, psychologische und soziale Dimensionen in den Fokus rückt.

Ableismus, Psychismus und Intersektionalität

Wie bereits im Kapitel über die Geschichte der Psychiatrie herausgestellt wurde, erfolgte die gesellschaftliche Diskriminierung von Menschen mit psychiatrischer Erkrankung nicht willkürlich. Sie folgt vielmehr impliziten und expliziten Normvorstellungen, die historisch gewachsen sind und bis heute wirksame Diskriminierungsdynamiken darstellen (Foucault, 1994, S.17ff.; Butler, 1991, S. 23ff.). Das folgende Kapitel widmet sich der Definition der Begriffe Ableismus, Psychismus und Intersektionalität. Ableismus bezeichnet die gesellschaftliche Erwartung, dass

Menschen funktionale, produktive und leistungsfähige Körper haben sollen. Psychismus beschreibt das Herstellen einer psychischen Norm, die aufgrund einer bestimmten psychischen Konstitution ebenfalls Diskriminierungserfahrung erzeugt. Beide Mechanismen tragen dazu bei, dass die gesellschaftliche Teilhabe systematisch eingeschränkt wird. Da die vorliegende Masterarbeit ein Forschungsprojekt im Rahmen der Eingliederungshilfe zum Gegenstand hat, ist eine theoretische Verortung dieser Mechanismen unerlässlich. Im Folgenden werden Ableismus und Psychismus zunächst als eigenständige Diskriminierungsformen erläutert, bevor ihre Verschränkung im Kontext intersektionaler Analyse in den Blick genommen wird.

Die Theorie des Ableismus (Campbell, 2013) geht weit über den klassischen Begriff der Behindertendiskriminierung hinaus. So ist der Ableismus als ein grundlegendes Ordnungsprinzip moderner Gesellschaften zu verstehen, welche Vorstellungen von Körper, Geist, Leistungsfähigkeit und Zugehörigkeit strukturiert (ebd., S. 2). Es wird argumentiert, dass Ableismus nicht bloß bestimmte Gruppen ausschließt, sondern aktiv Hierarchien produziert, in dem Diagnosepraktiken, Bildungssysteme und arbeitsmarktbezogene Anforderungen nicht behindertengerecht strukturiert werden. Somit wird Ableismus zu mehr als einem sozialen Vorurteil. Es wird zu einem epistemologischen System, welches bestimmt was als *fähig*, *produktiv* oder *normal* angesehen wird (ebd. S.3ff). Campbell (2013, S. 6) appelliert den Fokus weg von einem defizitorientierten Behinderungsverständnis hin zu einer machtanalytischen Perspektive zu verschieben, die Ableismus als Querschnittsstruktur zu erkennen, die mit anderen Diskriminierungsformen, wie Rassismus oder Klassismus verwoben ist. Die Norm des *fähigen Körpers* (able-bodieness) erscheint dabei als hegemoniale Erzählung, die sich in Sprache, Architektur, Medizin, Bildung und Sozialpolitik niederschlägt und reproduziert wird (ebd., S.2ff).

Nach Lauff (2020, 9. November) bezeichnet Psychismus die Diskriminierung von Menschen, dessen gesellschaftliche Normvorstellungen über Wahrnehmung, Fühlen, Denken und Verhalten abweicht. Der Begriff zielt darauf ab, Machtverhältnisse in der psychiatrischen und psychologischen Normsetzung sichtbar zu machen. Diese Dynamik ist nach Lauff (ebd.) dem individualisierenden Begriff des Stigmas übergeordnet, welchen Finzen (2013, S.17) als „ [...] eine Zuweisung – und Empfindung – von Scham, Schuld, Schimpf und Schande zugleich [beschreibt]. Ein Stigma, erinnern wir uns, ist ein Zeichen, dass dazu dient, etwas Ungewöhnliches oder

Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren.“ Der Vortrag von Lauff (2020) hebt hervor, dass eine begriffliche Differenzierung zwischen Stigmatisierung und Psychismus notwendig ist, da der Stigmatisierungsbegriff Probleme auf individualisierter Ebene darstellt und dabei strukturelle Gewalt und gesellschaftliche Machtverhältnisse ausblendet. Diese begriffliche Unterscheidung schärft den Blick für strukturelle Bedingungen von Ausgrenzungen. Lauff beschreibt in diesem Zusammenhang ein Geflecht aus Psychiatrie, Sozialarbeit, Psychologie und weiteren Disziplinen, das dominante Definitionen psychischen Normverhaltens erzeugt und stabilisiert. Diese hegemonialen Deutungen werden unter dem Begriff des *Psychzentrismus* zusammengefasst.

Hierbei ist die Sprache nicht nur Mittel der Kommunikation, sondern dient selbst als Instrument gesellschaftlicher Machtausübung. Die amerikanische Essayistin Susan Sontag (1981) hat der Thematik zwei Bücher gewidmet. In *Krankheit als Metapher* thematisiert sie die Metaphern, die mit einer Krebserkrankung einher gehen. In *Aids und seine Metaphern* (1997) thematisiert sie die sprachliche Besetzung der Erkrankung und das individuelle Erleben in Bezug auf die Sozialpolitik. Auch Schizophrenie dient, wie viele andere Erkrankungen auch, als Metapher (Finzen, 2013, S.21). So werden Ausdrücke wie „Ist das nicht Schizophren?“ verwendet, um nicht nach dem Zustand einer Erkrankung zu fragen, sondern um eine Geisteshaltung zu beschreiben, die für widersprüchlich gehalten wird (Finzen, 2013, S.22). Solche Formen der gesellschaftlichen Abwertung führten in den Fünfzigerjahren dazu, dass in etymologischen Wörterbüchern im allgemein- und bildungssprachlichen Sinn Schizophrenie als „Zwiespältigkeit, Unsinnigkeit, absurdes Verhalten und Wahn.“ (Finzen, 2013, S.22) beschrieben wurde. Der Begriff Psychismus dient somit nicht nur zur Benennung von Diskriminierung, sondern auch als Analyseinstrument, das strukturelle Gewalt sichtbar macht und eine emanzipatorische Sprache für Betroffene eröffnet, um intersektionale Verschränkungen verständlich zu machen (Lauff, 2020).

Sowohl der Begriff Ableismus (Campbell, 2013) als auch der Begriff Psychismus (Lauff, 2020) beschreiben spezifische Formen gesellschaftlicher Diskriminierung, die weit über individuelle Stigmatisierungen hinaus gehen. In beiden Ansätzen stehen strukturelle Machtverhältnisse im Fokus, die normative Vorstellungen darüber erzeugen, was als *normal* gilt. Dabei beschreiben beide Konzepte die aktive Produktion von Differenz und Hierarchie durch gesellschaftliche Institution, Sprache

und Diskurse. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Konzepten liegt jedoch im Gegenstand der Normierung. Während Ableismus auf körperliche und kognitive Leistungsnormen zielt, die mit gesellschaftlicher Produktivität verknüpft sind, thematisiert Psychismus primär psychische Normvorstellungen darüber, wie *richtiges* Wahrnehmen, Fühlen und Denken auszusehen habe. Psychismus verhandelt damit Dimensionen von Diskriminierung, die nicht über körperliche Unfähigkeit definiert werden kann. Sie analysiert abweichende innere Zustände, emotionale Ausdrucksformen und Wahrnehmungsweisen (vgl. Campbell, 2013; Lauff, 2020).

Durch ihre jeweiligen Betonungen auf die Verschränkung normierender Diskurse mit weiteren sozialen Kategorien, wie Klasse, Geschlecht oder Herkunft zeigen beide Theorien die Notwendigkeit auf, Diskriminierung intersektional zu betrachten. Der Term Intersektionalität ist aus der Arbeit von Schwarzen Feminist*innen, queeren und behinderten Akademiker*innen aus einer Vielzahl an Disziplinen entstanden. Das Verbindende, ist der Standpunkt, dass Wissen allzeit als politisch zu betrachten sei. Von dieser Perspektive ausgehend offerieren sie Standpunkte, welche als Kritik an der dominanten Epistemologie zu verstehen ist, indem sie den Versuch unternehmen, neues, anti-hegemoniales Wissen zu erzeugen (Talwar, 2019, S. 39). Hierbei kann Intersektionalität als Methode verstanden werden, verschiedene Dimensionen, in denen Menschen sich unterscheiden, zu analysieren. Dies umfasst Formen der systematischen und institutionellen Unterdrückung, wie Rassismus, Sexismus, das Patriachat, Klassismus und Ableismus (Cho et al., 2013, S.795). Hierbei geht es darum, menschliches Sein nicht auf einzelne individuelle Situationen oder soziale Standpunkte zu reduzieren, sondern die Komplexität des menschlichen Seins anzuerkennen. Die angefügte Abbildung 4 (Simpson, 2009) wurde entwickelt, um die Dimensionen verschiedener Intersektionen menschlicher Erfahrungen zu verdeutlichen.



Abbildung 4
Rad der Intersektionalität (Simpson, 2009).

Der innerste Kreis verdeutlicht die individuellen Umstände von Macht, Privilegien und Identität. Dieser umfasst somit die individuell erlebten Erfahrungen, welche durch soziale Strukturen, den materiellen Körper und seine kulturellen Erinnerungen geprägt ist. Der zweite Kreis beschreibt die Sozialisation von Individuen und ihre sozialen Positionen. Die Interaktion des ersten und zweiten Kreises stellt die Basis von Diskriminierung dar. So ist der Zugang zu sozialem Kapital und Ressourcen direkt verbunden mit einem Zugang zu Bildung, sicheren Nachbarschaften und der Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen. Dies wird im dritten Kreis verdeutlicht. Der vierte Kreis, welcher auch der unsichtbare Kreis genannt wird, werden die äußeren Kräfte dargestellt, welche ein Individuum strukturell, institutionell, wirtschaftlich oder politisch in der Identitätsbildung beeinflussen. Identität angemessen zu analysieren, erfordert somit die Dekonstruktion von Macht- und Unterdrückungsstrukturen (Talwar, 2019, S. 41).

Es lässt sich somit festhalten, dass Ableismus und Psychismus nicht isoliert ohne eine intersektionale Sichtweise betrachtet werden sollten. So ist es nicht selten, dass beispielsweise psychische Abweichungen auch über körperbezogene Leistungsnormen, wie Konzentration oder Durchhaltevermögen zusätzlich abgewertet werden. Campbell (2013, S. 6) betont daher Ableismus als Querschnittsstruktur zu denken und auch Lauff (2020) argumentiert für eine intersektionale Perspektive, die

Psychismus als Teil einer mehrschichtigen Diskriminierungserfahrung begreift. Eine intersektionale Analyse eröffnet somit neue Handlungsmöglichkeiten, die es erlauben Differenzverhältnisse relational statt additiv zu denken und diskriminierungskritische Interventionen präziser zu entwickeln. Für die Forschung bedeutet dies, sich von defizitorientierten Einzeldiagnosen zu lösen und Ausschlussmuster als Folge verwobener Machtachsen zu analysieren. Für die Praxis, etwa in kunsttherapeutischer Begleitung, Gesundheitsversorgung und Bildung entsteht die Notwendigkeit, institutionelle Normen und Verfahren kritisch zu hinterfragen und betroffenen Perspektiven systematisch Raum zu geben. Offene Fragen bestehen weiterhin hinsichtlich der praktischen Umsetzung intersektionaler Ansätze. Institutionelle Strukturen müssen so transformiert werden, dass psychische und körperliche Abweichungen nicht mehr automatisch mit Ausschluss, Kontrolle und Pathologisierung verknüpft sind. Dies stellt die Frage, welche Formen einer solidarischen Wissensproduktion über disziplinäre Grenzen hinaus möglich sind. Für die Arbeit innerhalb des Kontextes der Eingliederungshilfe ergibt sich die Aufgabe psychistische und ableistische Strukturen nicht lediglich theoretisch zu reflektieren, sondern aktiv in der Praxis zu transformieren.

Die Eingliederungshilfe als kunsttherapeutisches Praxisfeld

Dieses Kapitel befasst sich mit der Eingliederungshilfe als kunsttherapeutisches Praxisfeld. Hierzu wird der Begriff der Eingliederungshilfe, sowie die Ziele und Prinzipien dargestellt. Zuletzt werden die Besonderheiten der Eingliederungshilfe als kunsttherapeutisches Praxisfeld beleuchtet.

Der Begriff der Eingliederungshilfe

Im Bundessozialhilfegesetz (BSHG), welches 1962 in Kraft trat, wurde erstmals der Begriff der Eingliederungshilfe definiert. Eingliederung verweist hierbei auf das Ziel, Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzugliedern. Ursprünglich bezeichnete dieser Leistungen für Menschen mit Behinderungen, um ihnen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in Form von Arbeit, Bildung und Gemeinschaft zu ermöglichen (§§ 39 ff. BSHG, 1962). Ab dem Jahr 2005 wurde mit der Einfügung des zwölften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB XII) die Eingliederungshilfe aus dem BSHG übernommen. Hierbei wurde erstmals zwischen Hilfe zum Lebensunterhalt und spezifischer Unterstützung zur Teilhabe unterschieden (§§ 53 ff. SGB XII, 2005).

Mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), wurde der Begriff der Eingliederungshilfe im Jahr 2017 grundlegend reformiert. Seither stellt die Eingliederungshilfe keinen Teil der Sozialhilfe mehr dar, sondern eine eigenständige Leistung zur Teilhabe für Menschen mit Behinderung (SGB IX). Ziele stellen nun die Stärkung der Selbstbestimmung und der Inklusion dar. Dies strebt ein gesellschaftliches Mitwirken von Menschen mit Behinderung an, statt einer bloßen Eingliederung in bestehende Strukturen (§§ 90 ff. SGB IX, 2016).

Ziele und Prinzipien der Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe unterstützt Menschen mit bestehenden oder drohenden Behinderungen, um die Folgen dieser Beeinträchtigungen abzumildern und ihre Integration in die Gesellschaft zu fördern. Eingeschlossen sind verschiedene Formen von körperlichen, geistigen und seelischen Beeinträchtigungen sowie Kombinationen. (Doose & Johansen, 2018). Gemäß des BTHG (§ 90 SGB IX, 2016) lassen sich die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Vermeiden oder Entgegenwirken von Benachteiligungen, das Stärken der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, eine wirksame und gleichberechtigte Teilhabe, eine selbstständige Lebensführung und eine starke Inklusion als primäre Ziele der Eingliederungshilfe definieren. Das Gesetz betont ebenfalls die individualisierte Leistungserbringung und Förderung, indem es maßgeschneiderte Unterstützung und Förderung je nach individuellem Leistungsvermögen bereitstellt.

Besonderheiten der Eingliederungshilfe als kunsttherapeutisches Praxisfeld

Im Rahmen der Eingliederungshilfe wird die Kunsttherapie zur Unterstützung von Entwicklungs- und Veränderungsprozessen genutzt. Ebenfalls offenbart sich die Möglichkeit für Klient*innen, einen adäquaten Umgang mit ihrer Pathologie zu erschließen und dabei zugleich ihr psychosoziales Wohlbefinden zu steigern. Laut Sinapius (2017) beinhaltet die kunsttherapeutische Praxis die Integration oder Vernetzung künstlerischer Disziplinen. Sie strebt nach einer Verbindung von Kunst und Leben, die performative, partizipative und intermediale Kunstpraktiken hervorbringt. Sie bietet Raum für soziale Entwicklungs- und Veränderungsprozesse, indem sie Perspektivwechsel ermöglicht und so das Individuum die eigenen Normen und Werte infrage stellen lässt. In außerkünstlerischen Kontexten werden Entwicklungsprozesse unterstützt und in Gang gebracht, die es analog zum künstlerischen Schaffen

ermöglichen, schädliche Selbst- und Fremd-, sowie Weltbilder kritisch zu reflektieren und zu überkommen (Renz, 2021). So besteht eine hohe Heterogenität der möglichen Ziele für Menschen, die in der Eingliederungshilfe kunsttherapeutische Angebote wahrnehmen. Martius und Marten (2014) definieren die künstlerische Auseinandersetzung mit persönlichen und biografischen Themen, sowie eine reflektive, kreative Auseinandersetzung mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen als zentrale Ziele der Kunsttherapie. Darüber hinaus werden die Förderung von explorativem Verhalten durch intermediale Angebote, das Bewusstwerden der eigenen kreativen Fähigkeiten und Nutzung als Ressourcen, wie auch das Erleben neuer Handlungsräume und die Entwicklung individueller Strategien zur Problembewältigung formuliert. Letztlich wird auch das Herstellen von neuen Sinnes- und Bedeutungsstrukturen zu ermöglichen benannt (Renz, 2021).

Die Kunsttherapie unternimmt damit den Versuch, gesellschaftliche Prozesse sichtbar zu machen und den Teilnehmenden die Möglichkeit zu eröffnen, eine gesteigerte Teilhabe mittels des selbstwirksamen kunsttherapeutischen Schaffens zu erfahren. Kunsttherapie kann somit als soziale Praxis betrachtet werden, in der Therapie nicht nur als Krankheitsbehandlung verstanden wird, sondern als intersubjektives Geschehen, das soziale Realitäten schafft (Sinapius, 2021). Der Fokus liegt auf dem individuellen Leben des Menschen als sozialem Subjekt. Das pharmakologische Gesundheitskonzept tritt während der Kunsttherapie in den Hintergrund, da die mit einer Erkrankung verbundenen Klassifikationen und Zuschreibungen in der Zusammenarbeit in den Hintergrund treten und damit lediglich sekundär zu betrachten sind. Es entsteht eine partizipative Entscheidungsfindung, bei der die therapeutische Beziehung als gegenseitiges Geschehen wahrgenommen wird. Therapeut*in und Klient*in gestalten gemeinsam die Therapiegeschichte der Klient*in und entwickeln zusammen Erzählungen, die der Klient*in die Deutungshoheit über sein Leben verleihen (Sinapius, 2021). Hierbei lassen sich drei Ebenen der Erfahrung formulieren, auf denen künstlerische Erfahrungen in den Alltag übertragen werden können (Deines et al., 2013):

- Existenzielle Erfahrung: Soziale Prozesse werden durch künstlerische Mittel – wie beispielsweise durch Gruppenbilder – unmittelbar erfahrbar. Das Herstellen von sozialen Beziehungen ermöglicht den Teilnehmenden, sich in ihrem Handeln aufeinander bezogen zu erleben.

- Epistemische Erfahrung: Künstlerische Praktiken werden verbal reflektiert und auf ihre Relevanz für lebensweltliche Thematiken untersucht. Es werden Bezüge zwischen künstlerischen und sozialen Praktiken hergestellt.
- Phänomenologische Erfahrung: Durch künstlerische Medien werden sinnliche Erfahrungen gemacht, durch die neue Wahrnehmungszugänge in Bezug auf Gegenstände oder Situationen ermöglicht werden.

Unter Berücksichtigung der Annahme, Kunsttherapie als soziale Praxis zu sehen, kann festgehalten werden, dass Kunsttherapie als solches, die Klient*innen durch partizipative Entscheidungsfindung dazu befähigen kann, ihre eigene Handlungsfähigkeit wiederzuerlangen. Künstlerische Praktiken ermöglichen es ihnen, alltägliche Erfahrungen zu analysieren und in neue Handlungsräume einzutreten, um neue Bedeutungsstrukturen zu schaffen. Dadurch kann Teilhabe gemäß den individuellen Möglichkeiten der Klient*innen angestrebt werden.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Eingliederungshilfe nicht nur ein sozialrechtliches Instrument zur Förderung von Teilhabe darstellt. Es tut sich ebenfalls als bedeutsames kunsttherapeutisches Praxisfeld auf. Beginnend mit der historischen und rechtlichen Entwicklung, von der Einführung im Bundessozialhilfegesetz bis hin zur Reform durch das Bundesteilhabegesetz, wird klar, dass die Eingliederungshilfe zunehmend auf individuelle Förderung, Selbstbestimmung und Inklusion abzielt. In diesem Kontext ermöglicht Kunsttherapie Menschen mit bestehender oder drohender Behinderung das Arbeiten in einem künstlerischen Raum, zur Selbstermächtigung, Reflexion und sozialen Teilhabe. Dabei stehen nicht nur wesentliche therapeutische Ziele im Vordergrund der Zusammenarbeit, sondern auch soziale Prozesse, partizipative Gestaltung und Selbstdeutung. Kunsttherapie in der Eingliederungshilfe eröffnet somit neue Perspektiven auf gesellschaftliche Integration jenseits von bloßer Anpassung.

Schizophrenie, das Krankheitsbild

In diesem Kapitel wird das Krankheitsbild der Schizophrenie erläutert. Dargestellt wird die Entstehung des Krankheitsbegriffes, eine aktuelle Definition, Symptome, ihre Erscheinungsformen, sowie das allgemeine Behandlungskonzept nach S3-Leitlinien. Dabei geht es nicht um eine erschöpfende Darstellung des Krankheitsbildes, sondern

um eine umfassende Skizze des Krankheitsbildes, die für den Rahmen der vorliegenden Arbeit als relevant erachtet wird.

Entstehung und Definition des Krankheitsbegriffes

Der Krankheitsbegriff der Schizophrenie ist bereits weit über hundert Jahre ein eigener Symptomkomplex. Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin (1896) fasste diese erstmals in einem Krankheitsbild zusammen. Mit der Bezeichnung *Dementia praecox*, welcher sich aus dem lateinischen als „vorzeitige Demenz“ oder „vorzeitige Verblödung“ übersetzen lässt, werden die psychistischen Grundannahmen der damaligen Zeit zum Ausdruck gebracht. Der Psychiater Heinz Katsching (1989) erörtert die aus heutiger Sicht unverständliche Bezeichnung der Erkrankung damit, dass bei Krankheiten, welche durch einen Abbau der intellektuellen Fähigkeiten gekennzeichnet waren, meist ein unheilbarer hirnologischer Defekt vermutet wurde (Sprotte, 2022).

Bleuler (1916) erweiterte das Konzept Kraepelins und prägte den bis heute gültigen Krankheitsbegriff der Schizophrenie. Er gebrauchte die altgriechischen Begriffe *schizein*, welcher übersetzt [ab]spalten bedeutet und *phren*, welcher Seele bedeutet. Ihm schienen die wesentlichen Aspekte der Erkrankung in einer mangelhaften Einheit des Denkens, Fühlens, sowie des subjektiven Erlebens der Persönlichkeit begründet zu sein. Dieser Fortschritt, in dem Schizophrenie nun nicht mehr als „dementielle Verblödung“ eingestuft wurde, konnte wenig später im Dritten Reich jedoch nicht verhindern, dass Patient*innen mit der Diagnose Schizophrenie in die Kategorie „Vernichtung lebensunwertes Leben“ eingestuft wurden (Hohendorf & Rotzoll, 2012, S.9.). Sie wurden mit Hilfe von Kriterien wie „störendem oder unangepasstem Verhalten“, „langer Aufenthaltsdauer“ oder „unbrauchbarer/fehlender Arbeitsleistung“ selektiert und in eigens für psychiatrisch Erkrankte errichteten Tötungsanstalten ermordet (ebd., S.9ff).

Zeitgemäße Versuche, den Begriff der Schizophrenie zu definieren, charakterisieren Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis dadurch, dass psychotische Symptome als definierendes Merkmal gesehen werden (Amerikanische Psychiatrische Gesellschaft, 2013, S.87). Die Definition des Begriffes *psychotisch* erfolgt im DSM-V durch die Ausprägung von Wahnvorstellungen und oder Halluzinationen. Weiter gefasste Definitionen umfassen zusätzliche positive Symptome der Schizophrenie, wie eine desorganisierte Sprache, katatonisches oder

desorganisiertes Verhalten. Darüber hinaus wird der Begriff konzeptionell als Verlust der Ich-Grenzen oder eine grobe Beeinträchtigung der Realitätserkennung definiert, bei welchem ebenfalls Negativsymptome ausgeprägt vorhanden sind (ebd., S.87 ff).

Die Symptome der Erkrankung

In der Tabelle 2 wird die Symptomvielfalt der Schizophrenie aufgegriffen. Hierbei orientiert sich die Tabelle an der Einteilung nach Tölle (2014) und den Kriterien der American Psychiatric Association (APA; 2013). Die Unterteilung in Grund- und akzessorische Symptome entspricht in etwa der Systematisierung der 10. Version des International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) in Negativsymptome und Positivsymptome.

Tabelle 2

Symptome der Erkrankungen aus dem Schizophrenen Formenkreis (APA, 2013; Tölle, 2014).

Grundsymptome	
Denken	Es tritt eine Zerfahrenheit im Denken auf (zusammenhangslos und alogisch). Ebenfalls ist eine Sperrung des Denkens oder ein Gedankenabreißen möglich.
Sprache	Die Ausdrucksweise kann durch einen starken Rededrang, aber auch Redehemmung ausgezeichnet sein. Manieriertheit der Sprache (ornamentale Ausdrucksweise) Neologismen und Schizophasie (Sprachverwirrtheit) können ebenfalls auftreten. Weniger schwere desorganisierte Sprache können, während der prodromalen und residualen Phasen der Schizophrenie auftreten.
Affektivität	Ein Auftreten von gehobene Stimmungslage mit zum Teil manischer Ausprägung ist gegenwärtig. Auch depressive Verstimmungen und Ängste können gegenwärtig sein. Ein Zustand der Affektverflachung mit dem Verlust der affektiven Modulationsfähigkeit kann auftreten.
Ambivalenz	Das gleichzeitige und gegensätzliche Auftreten und Erleben von Gefühlsregungen.
Autismus	Es tritt eine Ich-Versunkenheit, sowie ein Verlust des Realitätsbezugs auf, in dem die Patient*in in eigentümlicher Weise von seiner Umwelt abgekapselt ist und auf die eigene Person bezogen ist.
Störung des Antriebs	Steht in Verbindung mit anderen Symptomen (z.B katatonen Symptomen) und zeichnet sich durch eine Sperrung im Antriebsverhalten aus.
Akzessorische Symptome (lat.: accedere = hinzukommen, hinzutreten)	
Wahn	Wahnvorstellungen sind feste Überzeugungen, die nicht durch widersprüchliche Beweise verändert werden können. Die Unterscheidung zwischen einer Wahnvorstellung und einer stark vertretenen Idee ist manchmal schwer zu treffen

	und hängt teilweise vom Grad der Überzeugung ab, mit dem die Überzeugung trotz klarer oder vernünftiger widersprüchlicher Beweise bezüglich ihrer Wahrhaftigkeit aufrechterhalten wird.
Halluzinationen	Halluzinationen sind wahrnehmungsähnliche Erlebnisse, die ohne äußeren Stimulus auftreten. Sie treten mit der vollen Intensität und dem Einfluss normaler Wahrnehmungen auf und unterliegen nicht der freiwilligen Kontrolle. Sie können in jeder Sinnesmodalität auftreten, akustische Halluzinationen sind die am häufigsten auftretende Form der Halluzination. Diese werden in der Regel als Stimmen wahrgenommen, ob vertraut oder unbekannt, die als getrennt von den eigenen Gedanken des Individuums empfunden werden. Halluzinationen können in bestimmten kulturellen Kontexten ein normaler Bestandteil religiöser Erfahrungen sein.
Katatone Symptome	Katatone Symptome sind Störungen der Motorik und Antriebs, welche eine deutliche Verringerung der Reaktivität auf die Umwelt darstellen. Dies reicht von Widerstand gegen Anweisungen (Negativismus) über das Beibehalten einer starren, unangemessenen oder bizarren Haltung. Ebenfalls werden die katatonen Symptome zwischen Stupor (Patient*in bewegt sich kaum noch und spricht auch nicht (Mutismus)) und psychomotorischer Unruhe und Erregung (Patient*in ist ständig in Bewegung, läuft hin und her) unterschieden.

Die klinischen Erscheinungsformen der Schizophrenie und weitere psychotische Erkrankungen

Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) beschreibt in der 10. Revision die verschiedenen Erscheinungsformen im Abschnitt F20ff. Dabei orientiert sich das ICD an der Einteilung Kraepelins (1986) und unterteilt in paranoide-halluzinatorische- (F20.0), hebephrene, (F20.1) und katatone Schizophrenie (F20.2) und ergänzt sie durch die Subtypen (F20.3 – F20.6) (Sprotte, 2022).

Ein Ausblick in die ICD-11 verdeutlicht, dass zukünftig Abstand von den vorherrschenden Subtypen genommen wird. Vielmehr wird der Fokus auf Verlauf und Schwere der Erkrankung gelegt. Ebenfalls wird der Begriff des *Schizophrenen-Spektrums* verwendet, um ebenfalls Störungen mit einzubeziehen, welche eng mit der Schizophrenie verbunden sind (Bsp.: Schizo-affektive Störung). Als kategorial-nomothetische Kriterien zur Diagnostik werden im ICD-11 alle positiven und negativen Symptome der Tabelle 2. angeführt. Von ihnen müssen mindestens zwei anwesend

sein. Der erhöhte Fokus auf Negativsymptome im Vergleich zum ICD-10 rückt die Relevanz der sozialen Funktionsbeeinträchtigung stärker in den Fokus der Diagnose (Weltgesundheitsorganisation, 2025).

Ätiologie

Die Prävalenz von Schizophrenie liegt laut der APA (2013, S.103) bei schätzungsweise 0,3% - 0,7%. Ebenfalls liegen berichtete Unterschiede nach Ethnizität, geografischer Herkunft und dem Geschlechterverhältnis vor. Der vorliegende Abschnitt greift dies auf und skizziert die wesentlichen ätiologischen Merkmale.

Entwicklung und Verlauf. Typischerweise treten erste psychotische Merkmale zwischen dem späten Jugendalter und Mitte Dreißig auf. Ein Beginn der psychotischen Symptome vor der Pubertät ist selten. Geschlechtsspezifisch liegt das erste Auftreten psychotischer Episoden bei Männern in den frühen bis mittleren Zwanzigern, bei Frauen in den späten Zwanzigern. Ein frühes Auftreten der Symptomatik gilt als Prädiktor für eine ungünstige Krankheitsprognose. Auch kognitive Beeinträchtigungen sind häufig und manifestieren sich oftmals bereits vor dem erstmaligen Auftreten psychotischer Symptome. Diese kognitiven Defizite bleiben in der Regel auch im Erwachsenenalter stabil bestehen und tragen selbst bei Remission anderer psychopathologischer Symptome weiterhin wesentlich zur funktionalen Beeinträchtigung im Alltag bei (APA, 2013, S.103).

Genetische Faktoren. Es lässt sich feststellen, dass genetische Faktoren eine große Rolle bei der Entstehung von Schizophrenie spielen. Sofern es familiäre Vorbelastungen gibt, steigt das Risiko, an Schizophrenie zu erkranken, mit dem Grad der genetischen Verwandtschaft zur erkrankten Person. Für Nachkommen von schizophrenen Eltern liegt es bei 5-10%, bei Geschwistern bei 8-10%. Bei eineiigen Zwillingen beträgt es etwa 45%, bei zweieiigen Zwillingen rund 21% (Schork, et. al., 2016). Weitere pränatale, sowie perinatale Faktoren wie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen mit Sauerstoffmangel, ein höheres Alter des Vaters, Stress, Infektionen, Mangelernährung, mütterlicher Diabetes stellen ebenfalls Risikofaktoren für das Entstehen einer Schizophrenie dar. Die große Mehrheit der betroffenen Kinder entwickelt jedoch keine Schizophrenie (DGPPN, 2019, S. 261).

Toxische Faktoren. Es lässt sich generell feststellen, dass die Verwendung von stark psychoaktiven Substanzen die Entwicklung einer Schizophrenie begünstigen

kann. Hierbei sind persönliche und genetische Disposition ausschlaggebend (DGPPN, 2019, S. 258).

Geschlechtsspezifische Besonderheiten. Es bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede im klinischen Erscheinungsbild der Schizophrenie. Die allgemeine Inzidenz ist bei Frauen geringer, besonders unter behandelten Fällen. Frauen erkranken meist später, mit einem zweiten Häufigkeitsgipfel im mittleren Lebensalter. Bei Frauen stehen affektive Symptome und psychotische Symptome stärker im Vordergrund, die sich im höheren Alter zudem verstärken können. Negative Symptome und Desorganisation sind bei Frauen seltener, die soziale Funktionsfähigkeit bleibt häufiger erhalten. Männer zeigen höhere Inzidenzraten bei stark ausgeprägten Negativsymptomen und einem längeren Krankheitsverlauf mit schlechter Prognose (APA, 2013, S. 104).

Es lässt sich festhalten, dass zuverlässige Vorhersagen und Prognosen weitestgehend ungeklärt und daher nicht möglich sind. Etwa 20% der Betroffenen zeigen einen günstigen Verlauf und eine kleine Anzahl der Betroffenen kann sich vollständig erholen. Die meisten Betroffenen benötigen nach ihrer Erkrankung allerdings formelle oder informelle Unterstützung im Alltag. Hierbei zeichnet sich meist ein chronischer Verlauf mit Phasen von Rückfällen und Remission ab (APA, 2013, S.102).

Behandlungskonzept nach S3-Leitlinien

Die DGPPN (2019) empfiehlt für die Behandlung einer Schizophrenie einen multimodalen Ansatz, welcher pharmakologische, psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen integriert. Zentrale Ziele sind hierbei die Behandlung akut psychotischer Episoden, das Vorbeugen von Rückfällen und die soziale Teilhabe der Betroffenen zu verbessern (ebd., S. 49). Zu Beginn steht häufig die medikamentöse Behandlung im Vordergrund, bei der atypische Antipsychotika, aufgrund ihrer geringeren Risiken für Nebenwirkungen bevorzugt empfohlen werden. Während einer Akutbehandlung ist hierfür eine enge Überwachung notwendig, um Wirksamkeit und Verträglichkeit zu prüfen (ebd., S. 49 – 53).

Neben der Pharmakotherapie spielt die Psychoedukation eine zentrale Rolle, um Patient*innen und Angehörigen ein adäquates Verständnis der Erkrankung zu vermitteln und die Therapiemotivation zu steigern. Kognitive Verhaltenstherapie zeigt in der Behandlung akzessorischer Symptome besonders positive Befunde.

Familienorientierte Interventionen haben sich als effektiv erwiesen, um das Rückfallrisiko zu senken. Soziale Kompetenztrainings, Ergo- und künstlerische Therapien (vgl. S. 8 – 10) sind besonders hilfreich, um soziale Fähigkeiten zu stärken und das Selbstwertgefühl zu fördern (DGPPN, S. 120). Die therapeutische Haltung sollte hierbei ressourcenorientiert, nicht-stigmatisierend und partizipativ sein. Psychotisches Erleben wird als verständliche Reaktion auf belastende Entwicklungs- und Lebenskontexte interpretiert, nicht als bloßes Krankheitssymptom (ebd., S. 122).

Im Rahmen einer langfristigen Behandlung ist besonders auf eine kontinuierliche psychiatrische Betreuung zu achten. Idealerweise gemeindenah und in einem multiprofessionellen Setting. Darüber hinaus ist eine berufliche und soziale Rehabilitation unabdingbar. Maßnahmen der beruflichen Integration, unterstütztes Wohnen und alltagspraktische Hilfen sollen Patient*innen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen (ebd., S.210).

Fazit

Das vorliegende Kapitel bietet eine fundierte, wenngleich nicht abschließende, Auseinandersetzung mit dem komplexen Krankheitsbild der Schizophrenie. Ausgangspunkt ist die historische Entwicklung des Krankheitsbegriffs, welcher sich, seit Kraepelins Konzept der Dementia praecox bis hin zu Bleulers Einführung des Begriffs Schizophrenie wesentlich verändert hat. Diese begriffliche und konzeptuelle Weiterentwicklung bildet den Rahmen für das heutige Verständnis einer heterogenen psychischen Störung, die primär durch psychotische Symptome charakterisiert ist.

Die systematische Darstellung der Symptomatik verdeutlicht die Vielschichtigkeit der klinischen Erscheinungen, die in aktuellen diagnostischen Systemen wie DSM-5 und ICD-10 beziehungsweise ICD-11 differenziert erfasst werden. Besonders deutlich wird in diesem Kapitel, dass eine prädiktive Diagnostik aufgrund der komplexen Interaktion dieser ätiologischen Faktoren weiterhin nur eingeschränkt möglich ist. Der Verlauf der Erkrankung bleibt individuell unterschiedlich und reicht von vollständiger Remission bis hin zu chronifizierten Verläufen mit erheblichen funktionellen Einschränkungen. Das dargestellte Behandlungskonzept nach den S3-Leitlinien unterstreicht die Notwendigkeit eines multimodalen Therapieansatzes, der Pharmakotherapie, Psychotherapie und psychosoziale Interventionen einschließt. Künstlerische Therapien werden dabei explizit als sinnvolle Ergänzung im Rahmen psychosozialer Interventionen anerkannt. Insbesondere im Hinblick auf die Förderung affektiver

Ausdrucksfähigkeit, sozialer Integration sowie der Stärkung des Selbstkonzepts können kunsttherapeutische Methoden wertvolle Impulse bieten (vgl. S. 8 – 10).

Abhängigkeitserkrankung, das Krankheitsbild

In diesem Kapitel wird der Begriff der Abhängigkeitserkrankung erläutert. Dies geschieht mittels der Definition des Krankheitsbegriffes, einer Darstellung der Symptome der Erkrankung, ihre Erscheinungsformen, sowie dem Behandlungskonzept nach S3-Leitlinien. Dabei geht es nicht um eine erschöpfende Darstellung des Krankheitsbildes, sondern um eine umfassende Skizze des Krankheitsbildes, die für den Rahmen der vorliegenden Arbeit als relevant erachtet wird.

Definition des Krankheitsbegriffes

Abhängigkeitserkrankungen sind komplexe Krankheitsformen, die mit dem Missbrauch oder der körperlichen und psychischen Abhängigkeit von spezifischen Substanzen einhergehen. Bestimmte Verhaltensweisen, wie pathologisches Glücksspiel, können ebenfalls in diese Kategorie fallen. Missbrauch von Drogen oder Medikamenten wird diagnostiziert, wenn der Konsum psychische oder physische Schäden verursacht. Der Übergang zur Abhängigkeit ist graduell und zeigt sich in extremen Fällen durch dominierende Konsumgewohnheiten, die den Alltag beherrschen und kaum noch die Möglichkeit zum eigenständigen Beenden bieten. Langfristiger abhängiger Konsum kann erhebliche körperliche und psychische Beeinträchtigungen verursachen (APA, 2013).

Auffällig ist auch ein gegenwärtiger Trend des Mehrfachkonsums, der häufig als Polytoxikomanie oder multipler Substanzgebrauch bezeichnet wird. Die Polytoxikomanie stellt ein Phänomen dar, das nicht nur innerhalb dieses spezifischen Kontextes der Eingliederung, sondern auch in der breiteren gesellschaftlichen Dynamik erkennbar ist. Immer seltener beschränken sich Adoleszente und Erwachsene auf den Konsum einer einzigen Suchtsubstanz; vielmehr neigen sie dazu, eine Vielzahl von Substanzen zu konsumieren (Mertens, 1999, S.112). Es besteht keine einheitliche Definition für Polytoxikomanie. Diese unterscheiden sich nach Quelle und berücksichtigen verschiedene Substanzen und Gebrauchsformen (Bundesamt für Gesundheit, o.D.). Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfasst multipler Substanzgebrauch den gleichzeitigen oder aufeinanderfolgenden

Gebrauch von mehreren psychoaktiven Substanzen oder Substanztypen durch eine Person. Dies geschieht oft, um die Effekte anderer Substanzen zu verstärken oder zu mildern (Bundesamt für Gesundheit, o.D.). Im ICD-10 ist der multiple Substanzkonsum, der mit psychischen- und Verhaltensstörungen einhergeht, restriktiver definiert. Der Code F19 wird verwendet, wenn mindestens zwei psychoaktive Substanzen konsumiert werden und es schwer ist, die Hauptursache der Störung festzustellen. Der Code gilt auch für Fälle, in denen Art oder Menge der verwendeten Substanzen unklar oder unbekannt sind (Dilling, et al., 2015).

Ätiologie

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Genese und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung. Mittels dieses theoretischen Rahmenwerks soll der Versuch unternommen werden, sowohl neurobiologische als auch soziologische Perspektiven der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung zu skizzieren. Dabei wird keine erschöpfende Darstellung dieses Feldes angestrebt, sondern lediglich eine für den Rahmen dieser Masterarbeit notwendige Grundlagendarstellung.

In der modernen Suchtforschung wird eine Abhängigkeitserkrankung als multifaktorielle Störung betrachtet, bei welcher eine Vielzahl von Ursachen für die Genese verantwortlich ist. Multiple Einflussfaktoren wirken zusammen und beeinflussen sich gegenseitig (American Psychiatric Association, 2013, S.481f).

Biologische Erklärungsansätze betonen die Rolle einer genetischen Disposition zu Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung. Ein zentrales neurobiologisches Modell der Suchtentstehung ist das Belohnungssystem. Der Konsum von diversen Substanzen führt zu einer Ausschüttung von Neurotransmittern, insbesondere Dopamin, im mesolimbischen System. Der kurzfristige Anstieg des Dopaminspiegels erzeugt ein signifikant erhöhtes Lust- und Belohnungserleben, wodurch es bei wiederholtem Konsum zu neuroadaptiven Veränderungen im Gehirn kommt (Koob & Volkow, 2016; Volkow & Morales, 2015). Ebenfalls können psychiatrische Vorerkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder ADHS das Risiko einer Suchtentwicklung erhöhen (Bevilacqua & Goldman, 2009, S. 359–361).

Umwelt- und Sozialfaktoren sind bei der Betrachtung der Genese einer Abhängigkeitserkrankung nicht außer Acht zu lassen. Zu den wichtigsten sozialen Risikofaktoren zählen laut Widom & Hiller-Sturmhöfel (2001, S.53 – 57) dysfunktionale

Familienstrukturen, frühkindliche Traumatisierung durch Missbrauch oder Vernachlässigung und soziale Isolation. Ebenfalls sind sozioökonomische Faktoren zu betrachten. Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot, Armut und Perspektivlosigkeit gehen nicht selten mit Marginalisierungserfahrungen einher, welche mit einem erhöhten Risiko für Substanzkonsum assoziiert sind (Sinha, 2008, S. 105).

Es ist herauszustellen, dass die zuvor angeführten Einflussfaktoren nicht isoliert wirken, sondern in einer wechselseitigen Beziehung stehen. So kann eine genetische Disposition erst dann zu einer manifesten Abhängigkeit führen, wenn sie durch belastende Umweltfaktoren im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells aktiviert wird (Wittchen & Hoyer, 2011).

Symptome der Erkrankung

In der Tabelle 3 werden die allgemeinen Symptome der Abhängigkeitserkrankung aufgegriffen. Hierbei orientiert sich die Tabelle an den Kriterien der APA (2013).

Tabelle 3
Symptome der Abhängigkeitserkrankungen (APA, 2013).

Grundsymptome	
Beeinträchtigte Kontrolle	Ausgezeichnet durch den Konsum von großen Mengen des Suchtmittels oder einem Konsum, der länger andauert, als beabsichtigt. Ebenfalls mit einem hohen Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum und Erholung verbunden. Anschließendes starkes Verlangen, die Substanz erneut zu konsumieren.
Soziale Beeinträchtigung	Aufgabe oder Reduktion von sozialen oder beruflichen Verpflichtungen. Gekennzeichnet durch zwischenmenschliche Probleme, bedingt durch Substanzgebrauch.
Riskanter Gebrauch	Fortgesetzter Konsum trotz physischer oder psychischer Schäden. Ebenfalls durch Konsum in gefährlichen Situationen gekennzeichnet.
Pharmakologische Kriterien	Entwicklung von Toleranz für das Suchtmittel und diversen Entzugssymptomen.

Die klinischen Erscheinungsformen der Abhängigkeitserkrankung

Die ICD beschreibt in der 10. Revision die verschiedenen Erscheinungsformen von Abhängigkeitserkrankungen im Abschnitt F10–F19. Dabei werden die Störungen nach der konsumierten Substanz differenziert, wie beispielsweise Alkohol (F10), Opioide (F11), Cannabinoide (F12) oder Kokain (F14). Das Abhängigkeitssyndrom ist in diesen

Kategorien jeweils unter dem Sub-Code .2 (z. B. F10.2 für Alkoholabhängigkeit) klassifiziert. Die Einteilung berücksichtigt dabei psychische, verhaltensbezogene und körperliche Merkmale der Abhängigkeit (BfArM, 2024).

Behandlungskonzept nach S3-Leitlinien

Die Behandlung substanzbezogener Störungen erfolgt im deutschen Versorgungssystem primär multimodal und richtet sich sowohl nach der konsumierten Substanz als auch nach psychosozialen Faktoren. Im vorliegenden Kapitel soll ein allgemeiner Überblick der bestehenden S3-Leitlinien für die Behandlung Alkohol-, Medikament- und Methamphetamin-bezogener Störungen gegeben werden (DGPPN, 2016; 2020; 2021). Da die geplante S3-Leitlinie zur Behandlung von Opioid-bezogenen Störungen zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit (Juli 2025) noch in Bearbeitung ist, wird auf eine Berücksichtigung dieser Leitlinie verzichtet. Da bereits im Kapitel Gegenwärtige kunsttherapeutische Behandlung von Menschen mit Schizophrenie- und Abhängigkeitserkrankung erörtert wurde, wie aktuelle kunsttherapeutische Interventionen für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen definiert sind, wird in diesem Kapitel auf eine Wiederholung dessen verzichtet.

Alle der benannten S3-Leitlinien benennen die Anwendung von kognitiver Verhaltenstherapie als Zentralen Behandlung, um Verlangen zu kontrollieren und alternative Bewältigungsstrategien zu fördern (DGPPN, 2020, S.324; DGPPN, 2016, S. 59). Ebenfalls wird das Durchführen einer Entzugsbehandlung für den Einstieg der Therapie als besonders relevant erachtet. In der Regel erfolgt dies durch eine körperliche Entgiftung, die mit medikamentöser Unterstützung durchgeführt werden kann (DGPPN, 2020, S.72). Bei der Entzugsbehandlung von Methamphetamin besteht keine spezifisch definierte pharmakologische Entzugstherapie. Die Behandlung erfolgt hier symptomorientiert.

Ein weiterer Aspekt der Behandlung stellt die Betreuung von Betroffenen in der postakuten Phase dar. Hier sind medizinische Rehabilitationsmaßnahmen zentral, die neben der Aufrechterhaltung der Abstinenz auch eine soziale und berufliche Wiedereingliederung ermöglichen soll (DGPPN, 2020, S.324). Häufig werden diese durch ambulante oder stationäre psychosoziale Nachsorgeangebote ergänzt, die bei der Rückfallprävention, als auch bei einer langfristigen Stabilisierung der Lebenssituation unterstützend wirken sollen (DGPPN, 2016, S.55).

Fazit

Das vorliegende Kapitel schafft durch die Darstellung zentraler theoretischer Konzepte zu Abhängigkeitserkrankungen die konzeptionelle Grundlage für das Verständnis der empirischen Untersuchung. Das gemeinsame Merkmal der Zielgruppe ist eine komorbide Abhängigkeitsstörung im Kontext einer Schizophrenie-Erfahrung.

Neben der Darstellung diagnostischer Kriterien und klinischer Erscheinungsformen lag der Fokus dieses Kapitels ebenfalls auf ätiologischen Erklärungsmodellen. Die Berücksichtigung des Vulnerabilitäts-Stress-Modells unterstreicht hierbei die Komplexität der Entstehungsbedingungen einer substanzbezogenen Störung. Darüber hinaus wurden aktuelle Behandlungsempfehlungen gemäß S3-Leitlinien erläutert. Die Ausführungen dieses Kapitels dienen somit zur Kontextualisierung des Störungsbildes.

Forschungsfrage und Hypothesen

Die vorliegende Masterarbeit stellt die Frage, nach dem künstlerischen Ausdruck bei Menschen mit Schizophrenie- und Abhängigkeitserfahrung. Entsprechend dieser Fragestellung wurden die folgenden fünf Hypothesen aufgestellt und mittels des Literaturteils hergeleitet.

- H1 Kunstwerke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung weisen im Vergleich zur Kontrollgruppe einen diffuseren bildnerischen Ausdruck auf.
- Rationale Prinzhorn (1922) beschreibt, dass Werke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung durch *gegenstandsloses Gekritzeln* gekennzeichnet seien, welches durch ein Chaos von Spurenstiften und einen so genannten horror vacui geprägt sei. Das Item 14 des RizBA-Fragebogen *Das Bild enthält unbearbeitete Fläche* kann Hinweise auf Brüche im gestalterischen Prozess liefern, welche auf eine Schwierigkeit der perzeptuellen Organisation deuten könnten. Ebenfalls kann Item 24 *Das Bild wirkt diffus* kann auf eine schwache Figur-Grund-Differenzierung (Henemann et al., 2017) und eine möglicherweise fragmentierte Bildstruktur hinweisen.

- H2 Kunstwerke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung weisen im Vergleich zur Kontrollgruppe einen unruhig wirkenden bildnerischen Ausdruck auf.
- Rationale Item 18 *Das Bild ist unruhig* lässt sich als Hinweis auf visuelle Inkohärenz beziehen, welche in den herangezogenen Studien mit gestörter perzeptueller Organisation (Henemann et al., 2017) in Zusammenhang gebracht wird.
- H3 Kunstwerke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung weisen im Vergleich zur Kontrollgruppe tendenziell a-perspektivischere Bildstrukturen auf.
- Rationale Zeitgenössische Studien (Henemann et al., 2017) sprechen von Schwierigkeiten in der Figur-Grund-Differenzierung, sowie Defizite in der perzeptuellen Organisation, was zur Folge hat, dass Bilder eine fehlende Tiefenwirkung aufweisen. Hierzu lässt sich Item 17 *Das Bild ist frei von Perspektive* heranziehen, da es auf eine gestörte Raumwahrnehmung zurückgeführt werden kann und Bilder eine mangelnde perspektivische Orientierung aufweisen.
- H4 Kunstwerke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe häufiger geometrische Strukturen mit klarer Linienführung.
- Rationale Die vierte Hypothese geht davon aus, dass Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung häufiger klare, geometrische Formen und eine strukturierte Linienführung aufweisen. Laut Navratil (1965) kann dies als innerer Ordnungsversuch verstanden werden, in dem eine übermäßige Strukturierung von Bildinhalten der Wiederherstellung von Stabilität angesichts einer diffusen und bedrohlichen Weltwahrnehmung dient. Graham & Silverstein (2023) beschreiben in ihrer Analyse eine Vielzahl veränderter visueller Wahrnehmungsprozesse bei Menschen mit Schizophrenie, darunter instabile Raumdarstellung, gestörte perzeptuelle Organisation und veränderte Licht- und Farbwahrnehmung. Zwar äußern sie sich nicht explizit zur Gestaltungsreaktion auf diese Veränderungen, jedoch lässt sich unter Rückgriff auf Navratil (1965)

annehmen, dass geometrische oder formstrenge Gestaltungen als Versuch einer inneren Stabilisierung verstanden werden könnten. Zur Überprüfung lässt sich auf Item 11 *Im Bild enthaltene Formen sind vorwiegend geometrisch* verweisen. Item 25 *Das Bild wirkt präzise, exakt* unterstützt die Annahme, dass Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung in ihrer Bildgestaltung um klare Strukturen bemüht sind.

H5 Die Bilder von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung zeichnen sich im Vergleich zur Kontrollgruppe durch eine intensivere Farbnutzung aus.

Rationale Graham & Silverstein (2023) beschreiben, dass Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung Veränderungen in der visuellen Wahrnehmung erleben können. Dies ist vor allem durch Farbwahrnehmung und Lichtverarbeitung gekennzeichnet, was zu einer verzerrten Farbwahrnehmung und intensiveren Vorstellungskraft führen kann. Cho et al. (2017) befasst sich mit der Rolle verstärkter negativer Affekte bei Schizophrenie, im Hinblick auf emotionale Verarbeitung und Wahrnehmung. Auch wenn der Fokus der Studie von Cho et al. (2017) nicht auf künstlerischem Ausdruck liegt, lassen sich relevante Rückschlüsse für die Bildgestaltung ableiten. So können negative Affekte die Art beeinflussen, wie Farben gewählt und eingesetzt werden (Deisenhammer et al., 2022). In der künstlerischen Praxis könnte sich dies in kontrastreicher oder im Gegenteil reduzierter Farbgebung äußern. Item 6 *Die vorherrschende Farbgebung ist leuchtend* kann als Hinweis auf eine subjektiv intensivere Farbwahrnehmung gesehen werden. Item 7 *Im Bild befinden sich vorwiegend reine Farben* und Item 8 *Im Bild befinden sich vorwiegend Mischfarben* geben Aufschlüsse über die unmittelbare Farbnutzung. Ein besonders hohes Scoring im Vergleich zur Kontrollgruppe dieser Items kann ein Bestätigen der Hypothese unterstützen. Letztlich kann Item 9 *Im Bild sind Komplementärkontraste vorhanden* die in der Hypothese beschriebene intensive Farbnutzung ebenfalls bestätigen, da starke Farbgegensätze visuelle Spannungen erzeugen können.

Methode

Die vorliegende Masterarbeit nutzt einen quantitativen Ansatz zur Analyse des künstlerischen Ausdrucks von Bildstichproben von Menschen mit diagnostizierter Schizophrenie-Erfahrung und komorbider Abhängigkeitserkrankung. Zur Vergleichbarkeit wurde Bildmaterial aus einer vorangegangenen Untersuchung herangezogen, welche Bildstichproben von Menschen ohne diagnostizierte Schizophrenie- und Abhängigkeitserfahrung erhob. Zur Dokumentation und Nachvollziehbarkeit aller verwendeten Materialien und Daten wurde ein Repository auf der Plattform *Open Science Framework* angelegt. Dieses enthält sämtliches Bildmaterial beider Gruppen, sowie alle Datensätze und weiterführende Informationen. Der Zugang erfolgt über den Link im Anhang A (S. XVIII).

Untersuchungsdesign

Für das Forschungsprojekt wurde sich für ein Online-Studiendesign entschieden, welches Unipark (Tivian, 2023) nutzt. In der Befragung wurden Expert*innen, welche einen Hochschulabschluss, oder Vergleichbares in dem Feld der Künste haben, gebeten Spontanausdrücke mittels des Fragebogens RizbA zu raten. Allen Rater*innen wurden mit Zufallsprinzip 15 Werke der Bildstichprobe zugewiesen. Im Zuge der laufenden Datenerhebung wurde das methodische Design aufgrund einer hohen Drop-out-Rate von 62% modifiziert. So wurde die ursprünglich vorgesehene Anzahl von 15 Stimuli pro Person auf 10 reduziert. Die Entscheidung basierte auf der Annahme, dass die ursprünglich geplante Stimulus-Anzahl und somit die ursprünglich geplante Umfragelänge die Vollständigkeit der Datensätze kompromittierte.

Potenzielle Rater*innen wurden vorab via E-Mail, Internetseiten, Social-Media-Plattformen, wie auch einem Aufruf in der Hochschule kontaktiert. Insgesamt wurden 762 potenzielle Rater*innen via E-Mail kontaktiert. Ebenfalls wurden 63 Kunsttherapeut*innen via Social-Media-Plattformen direkt kontaktiert. Der Umfrageaufruf wurde in 176 Social-Media-Gruppen geteilt. Ebenfalls wurden 48 Berufsverbände in Deutschland, Österreich und der Schweiz der entsprechenden Disziplinen via E-Mail über den Studienaufruf informiert und gebeten, diesen in ihrem Verteiler an Mitglieder zu übersenden.

Unmittelbar vor der Befragung wurde keine extra Schulung für die Rater*innen zu Beantwortung des Fragebogens durchgeführt, um eine Beeinflussung der Urteile zu

vermeiden. Ebenso wurde deswegen auf die Verwendung von Beispielbildern verzichtet.

Erhebung des Bildmaterials

Ausgehend von einer *ceteris paribus* Annahme bestand das Bildmaterial aus zeitgenössischen Bildwerken von Menschen mit Schizophrenie- und Abhängigkeitsdiagnose und Menschen ohne diese Diagnose. Die erforderliche Stichprobengröße an Bildern wurde im Voraus anhand statistischer Richtlinien berechnet. Für eine ausreichende Teststärke wurde a priori mit g*power (Buchner et. Al., 2007) eine Stichprobengröße von 200 bildnerischen Arbeiten berechnet.

Bildmaterial der Schizophrenie-Erfahrenen Gruppe

Die Bildstichprobe der schizophrenie-erfahrenen Gruppe (SG) wurde im Rahmen einer kunsttherapeutischen Tätigkeit der Autorin in der Ameos Eingliederungshilfe Heiligenhafen zwischen Februar und April 2025 in einem Zeitraum von 8 Wochen erhoben. Die spezialisierten Einrichtungen der Ameos Eingliederung in Heiligenhafen betreuen Personen mit schweren seelischen und/oder geistigen Beeinträchtigungen, die gemäß dem SGB IX umfassende Unterstützung im täglichen Leben benötigen. Insgesamt stellt die Einrichtung 309 Wohn- und Betreuungsplätze in verschiedenen Modalitäten von ambulanten über teilstationären bis hin zu geschützten Eingliederungseinrichtungen zur Verfügung (Ameos Eingliederungshilfe, o.D.) Alle 13 Proband*innen (11 männlich und 2 weiblich) befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung mit einer diagnostizierten Schizophrenie (ICD F20.) oder *ähnliches* (ICD F21. – F29.) und komorbider Abhängigkeitserkrankung (ICD F10. – F19.) in voll- oder teilstationärer Behandlung der Ameos Eingliederungshilfe. Insgesamt schlossen 12 Proband*innen die Gruppe ab. Ihr mittleres Alter betrug $M = 43.82$ Jahre. Die jüngste teilnehmende Person war zum Zeitpunkt der Erhebung 19 Jahre alt, die älteste teilnehmende Person hatte zum Zeitpunkt der Erhebung ein Alter von 65 Jahren.

Die Erhebung fand im Rahmen einer für das Forschungsprojekt ins Leben gerufenen Gruppe jeden Freitag statt. Freitags hatten die Teilnehmenden den gesamten Tag von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr Zeit, sich im Kunstatelier der Einrichtung einzufinden, um pro Tag mindestens zwei Spontanausdrücke zu gestalten. Vor der Teilnahme wurden die Proband*innen gebeten, ein Datenschutzzinformatiionsblatt auszufüllen, in welchem die demografischen Angaben (Alter, Geschlecht) abgefragt wurden. Um sicherzustellen,

dass alle Proband*innen die im Rahmen der Datenschutzinformationen dargelegten Bedingungen der Studie nachvollziehen können, wurde das entsprechende Informationsblatt in einfacher Sprache verfasst. Die Erstellung erfolgte in Zusammenarbeit mit einer Fachkraft für barrierearme Kommunikation der Aneos Eingliederungshilfe Heiligenhafen. Darauf, das Informationsblatt in leichter Sprache zu gestalten, wurde hingegen bewusst verzichtet, da keine/r der Teilnehmenden Personen eine diagnostizierte Intelligenzminderung aufweist. Leichte Sprache setzt voraus, dass pro Satz nur eine Information vermittelt wird und ergänzend Piktogramme verwendet werden (Bredel & Maaß, 2016). Dies war in Anbetracht der kognitiven Fähigkeiten der Stichprobe nicht erforderlich.

Die Bildstichproben aller Proband*innen wurden alle im Kunstatelier der Einrichtung in Einzelarbeit angefertigt. Vor Beginn der Gestaltung erhielten die Proband*innen Instruktionen bezüglich der Gestaltung des Bildes, welche im folgenden Paragraphen angeführt wird. Die Proband*innen konnten Bildformat und Material frei aus dem vorhandenen Bestand des Ateliers wählen. Zur Verfügung standen Buntstifte, Filzstifte, Ölkreide, Pastellkreide, Bleistifte, Aquarellstifte, Aquarellfarbe, Acrylfarbe, Gouachefarbe, diverse Pinsel und Schwämme sowie diverse Größen von Aquarellpapier, Zeichenkarton, Skizzenpapier, Kopierpapier, Papier von der Rolle, Collagenmaterial, Scheren und Klebstoff. Papiergrößen im Format Din A1, bis Din A5 standen in verschiedenen Stärken zu Verfügung. Während der Bearbeitung wurden keine Kommentare von Seiten der Testleitung gegeben.

Instruktionen zu Erhebung der Bildstichprobe. "Ich bitte dich zwei Bilder zu gestalten. Für diese darfst du aus den vorhandenen Papierformaten frei wählen. Die Bilder dürfen auch unterschiedliche Formate haben. Das ist dir überlassen. Zur Verfügung stehen die folgenden bildnerischen Materialien (kurze Erläuterung darüber, welches Material wie heißt). Was du gestaltest und wie du es gestaltest, darfst du ebenfalls frei entscheiden. Es geht mir um Spontanausdruck. Das bedeutet, das, was dir in den Kopf und aus der Hand kommt, ist genau das, was ich erfassen möchte."

Bildmaterial der Kontrollgruppe

Die 294 Bilder der Kontrollgruppe (KG) stammen aus einer Studie von Schoch & Ostermann (2022) und wurden von 147 Autodidakt*innen (107 weiblich, 39 männlich, eine divers) erstellt. Die Altersspanne der Teilnehmenden lag zwischen 17 und 71 Jahren ($M = 33.86$, $SD = 14.02$).

Endgültige Bildstichprobe

Die finale Bildstichprobengröße beläuft sich auf insgesamt 496 Bilder, wovon 202 aus der SG stammen und 294 aus der KG. Die ungleiche Verteilung resultiert aus einem ungleichmäßigen Stichprobenzugang, wie auch den praktischen Erhebungsbedingungen.

Messinstrument

Zur fachlichen Betrachtung der bildnerischen Arbeiten wird das Ratinginstrument für zweidimensionale bildnerische Arbeiten (RizBA; Schoch, 2018) verwendet. Das Instrument (Tabelle 4) ermöglicht eine reliable und validierte formale Bildanalyse der vorliegenden Werke, da es das Konstrukt des bildlichen Ausdrucks erfasst. Hierbei wird der bildliche Ausdruck als künstlerisches Schaffen in Form eines Bildes definiert (ebd., S. 6). So werden, mittels des aus 26 Items bestehenden Fragebogens, formale Aspekte, wie Darstellung, Formgebung, Farbe, Komposition und Bewegung analysiert. Die Antwortmöglichkeiten des Fragebogens sind auf Basis einer bipolaren sechsstufigen Likert-Skala konstruiert (Bortz & Döring, 2006, S. 224). Das Ratinginstrument verfügt über eine Diskriminationsfähigkeit zwischen bildnerischen Arbeiten von .897 (T1) bis .766 (T2). Die Test-Retest Reliabilität beträgt .919 und die Inter-Rater-Reliabilität liegt zwischen .525 (T1) und .917 (T2) (Schoch, 2018, S. 131).

Tabelle 4

Ratinginstrument für zweidimensionale bildnerische Arbeiten (RizBA) (Schoch, 2020).

Nr.	Items
1	Das Bild enthält zeichnerische Elemente
2	Das Bild enthält malerische Elemente
3	Die Darstellungsweise ist gegenständlich
4	Die Darstellungsweise ist abstrakt
5	Der Farbauftrag ist pastos
6	Die vorherrschende Farbgebung ist leuchtend
7	Im Bild befinden sich vorwiegend reine Farben
8	Im Bild befinden sich vorwiegend Mischfarben (Sekundärfarben)
9	Im Bild sind Komplementärkontraste vorhanden
10	Im Bild enthaltene Formen sind vorwiegend organisch
11	Im Bild enthaltene Formen sind vorwiegend geometrisch
12	Die Linienführung verläuft vorwiegend gebogen
13	Die Linienführung verläuft vorwiegend eckig
14	Das Bild enthält unbearbeitete Flächen
15	Das Bild wirkt tief
16	Das Bild ist perspektivisch
17	Das Bild ist frei von Perspektive (aperspektivisch)
18	Das Bild ist unruhig
19	Das Bild ist wild
20	Die Gesamtkomposition ist senkrecht angelegt
21	Die Gesamtkomposition ist waagrecht angelegt
22	Die Gesamtkomposition ist diagonal angelegt

23	Die Gesamtkomposition ist flächendeckend ohne Hauptmotiv (All-Over Structure)
24	Das Bild wirkt diffus
25	Das Bild wirkt präzise, exakt
26	Das Bild wirkt harmonisch

Die beurteilenden Personen werden, nach einer kurzen Anleitung, gebeten, die vorliegenden Bilder mittels des RizbA-Fragebogens zu bewerten. Hierbei geht es um den vorherrschenden Gesamteindruck eines Werkes und nicht um einzelne Details eines Bildes. Hierbei zählt lediglich die persönliche Einschätzung der Rater*innen. Ebenfalls bewertet der Fragebogen nicht die individuellen Leistungen oder Fähigkeiten der bildschaffenden Person. Somit stellt der RizbA-Fragebogen eine nicht-bewertende, nicht-interpretierende Möglichkeit der wertfreien Beschreibung formaler Bildelemente dar (Schoch & Ostermann, 2022, S. 6-7).

Es lässt sich somit festhalten, dass dieses Messinstrument in der Tradition der phänomenologischen Bildanalyse (Stuhler-Bauer & Elbing, 2003, S. 32-46. & 2004, S. 5-15) steht, welche ebenfalls darauf abzielt, zufällig Urteile und Vorannahmen zu minimieren oder zu überwinden. Der Ansatz beschränkt sich auf ein klassisches Bildverständnis, welches den Schaffensprozess in der Analyse nicht berücksichtigt (Uzelac, 1998, S. 7-26). Ferner schließt es ebenfalls eine *kolonialisierende* Sichtweise im Sinne einer unbewussten Identifikation von Objekten aus (Marotzki & Stoetzer, 2006).

Statistische Analysen

Im folgenden Kapitel werden, die in der vorliegenden Arbeit durgeführten Statistischen Analysen behandelt, sowie die Fallzahlkalkulation dargelegt. Darüber hinaus erfolgt eine Darstellung der im Rahmen des Pre-Tests vorgenommenen Modifikationen.

Pretest

Vor der Veröffentlichung der Online-Studie wurde ein Pretest mit zwei Personen durchgeführt. Nach Abschluss der Bearbeitung erhielten die Teilnehmenden die Gelegenheit, ihr Feedback zum Aufbau, zur Verständlichkeit und zur Handhabung des Fragebogens zu geben. Aus dem abgegebenen Feedback ergaben sich die folgenden Anpassungen:

- Auf der Likert Skala des Fragebogens wurde der fehlende Wert „trifft eher zu“ ergänzt.

- In der Online-Version des Fragebogens wurde die Skalenbeschriftung aus Gründen der Nutzerfreundlichkeit und besseren Orientierung nach jeweils sieben Items erneut eingeblendet.
- Alle Items wurden als verpflichtend definiert, um die Auftretenswahrscheinlichkeit fehlender Werte (Missing Values) zu minimieren und die Vollständigkeit des Datensatzes zu erhöhen.

Fallzahlkalkulation

Das verwendete Umfrage Tool umfasst 496 Bildwerke, auf deren Anzahl sich die Berechnung der Fallzahl orientiert. Es wird angestrebt, 2 bis 3 Ratings durch Rater*innen pro Bildwerk zu erheben, da das Instrument sich hinsichtlich der Übereinstimmung zwischen den Rater*innen (inter-rater Agreement) sowie der Test-Retest-Reliabilität als zuverlässig erwiesen hat und da der Fokus der vorliegenden Arbeit auf der Analyse des künstlerischen Bildmaterials liegt und nicht auf Aspekten der Intersubjektivität (Schoch & Ostermann, 2023). Da jede/r Expert*in mindestens 10 Bilder bewertet, ergibt sich eine Fallzahl von mindestens 100 Teilnehmer*innen.

Datenauswertung

Die statistischen Analysen der Daten erfolgen mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA), welche mit Hilfe des Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, IBM Corp., 2016) durchgeführt wird. Als Signifikanzniveau wird zunächst eine Fehlerwahrscheinlichkeit von $\alpha = 5\%$ angesetzt. Alle Analysen werden in Microsoft Excel aufgearbeitet.

Ergebnisse

Stichprobe

Insgesamt nahmen 220 Rater*innen an der Umfrage teil. Zwei Personen wurden von der Analyse exkludiert, da der Fragbogen nicht gemäß den angegebenen Instruktionen ausgefüllt wurde. Eine Person wurde exkludiert, da sie die Einschlusskriterien hinsichtlich der fachlichen Expertise nicht erfüllte. Die demografische Verteilung der finalen Auswahl an Rater*innen lag bei einem Anteil von 181 weiblichen und 21 männlichen Teilnehmer*innen. 11 Personen gaben eine diverse Geschlechtsidentität an und 5 Teilnehmer*innen machten keine Angaben zu ihrer Geschlechtsidentität. Jede*r verfügt über einen akademischen Abschluss in einem kunstbezogenen Fach.

Die vertretenen Disziplinen umfassen Kunsttherapie (67.0%), Grafik Design (12.4%), Kunstgeschichte (3.7%), Kunstpädagogik (4.1%), Design (4.1%), Restaurierungswissenschaften (2.3%) sowie sonstige Bereiche (6.4%). Jedes Bild wurde von 2 – 3 Rater*innen bewertet.

Einfaktorielle ANOVA

Zur Überprüfung der Mittelwertsunterschiede zwischen der Schizophrenie-Erfahrenen Gruppe und der Kontrollgruppe wurde eine ANOVA durchgeführt. Analysiert wurden dabei jene Items, die in den Hypothesen spezifiziert wurden. Die entsprechenden Ergebnisse sind in Tabelle 5 chronologisch dargestellt. Zur Veranschaulichung der zentralen Befunde werden alle Ergebnisse der Tabelle darauffolgend visuell dargestellt.

Tabelle 5
ANOVA: RizbA Gruppenvergleiche

Hypothese	Item	F(1, 493)	p	η^2	SG		KG	
					M	SD	M	SD
H1	14	85.02	< .001	.15	3.31	1.44	2.07	1.49
	24	8.85	< .003	.02	1.75	1.08	2.05	1.07
H2	18	11.21	< .001	.02	2.04	1.09	2.38	1.09
H3	17	.02	.900	.00	2.90	1.25	2.89	1.22
H4	11	17.82	< .001	.03	2.40	1.48	1.88	1.20
	25	44.58	< .001	.08	2.88	1.10	2.25	.99
H5	6	70.46	< .001	.13	1.92	1.43	2.95	1.26
	7	5.38	< .022	.01	2.13	1.26	2.37	1.09
	8	34.92	< .001	.07	1.77	1.35	2.42	1.09
	9	16.16	< .001	.03	1.58	1.21	2.02	1.20

F = Teststatistik, p = Signifikanzniveau, η^2 = Effektstärke, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

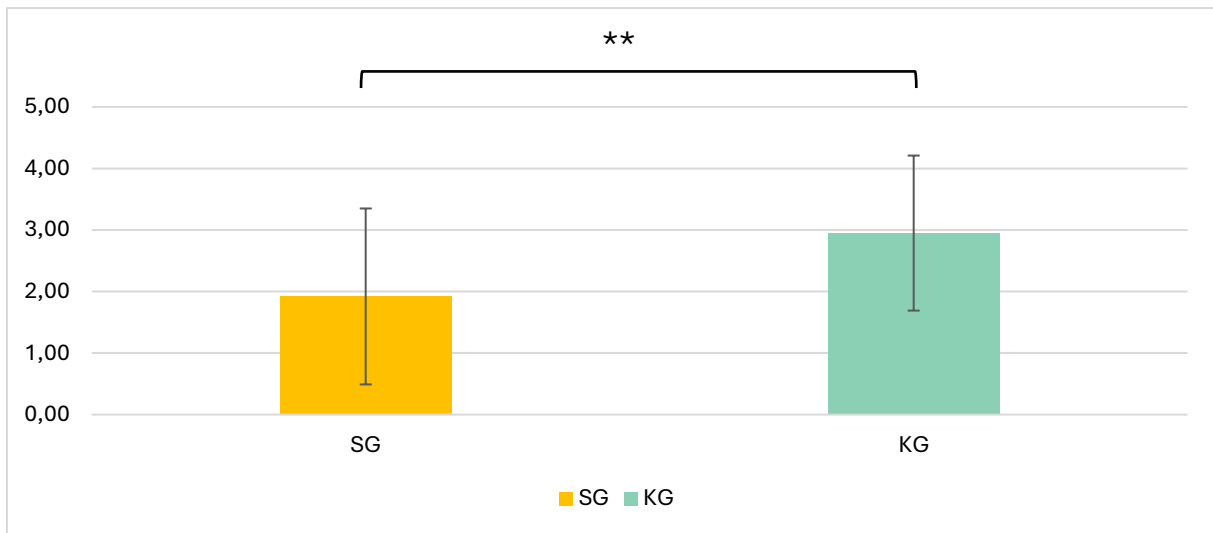


Abbildung 5 RizbA Item 6

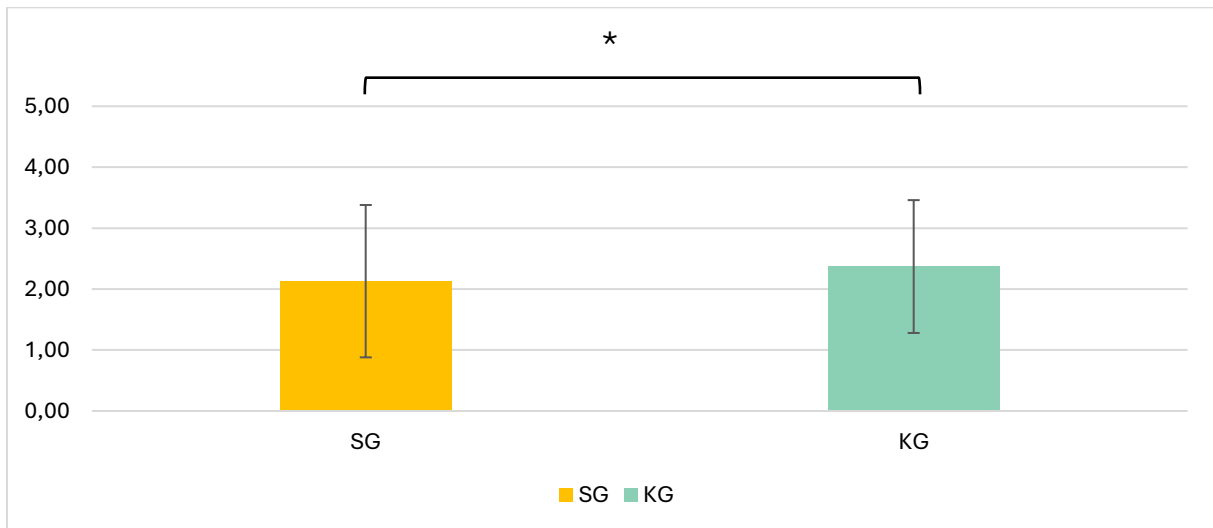


Abbildung 6 RizbA Item 7

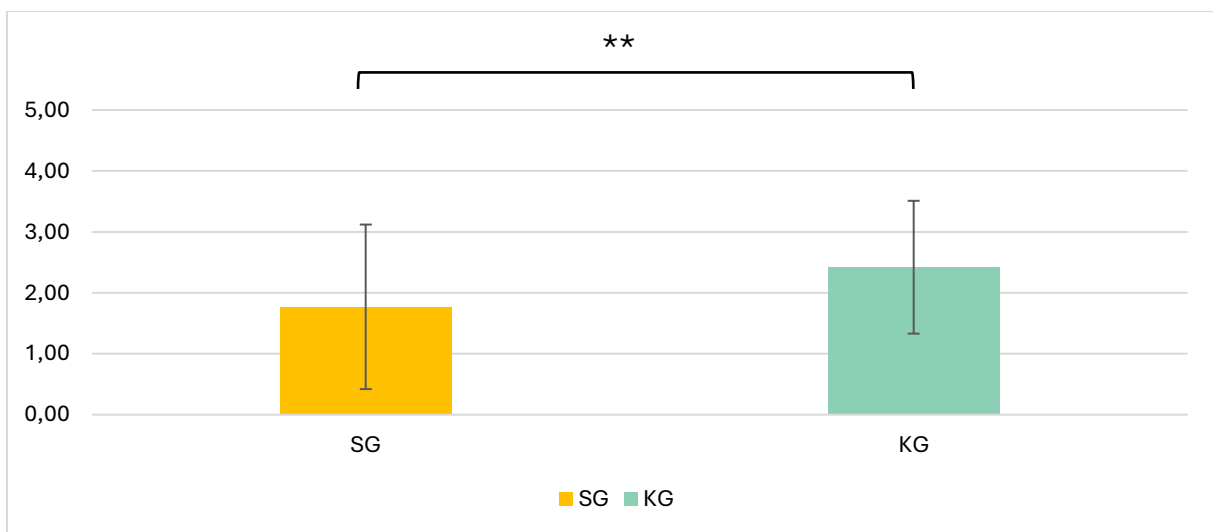


Abbildung 7 RizbA Item 8

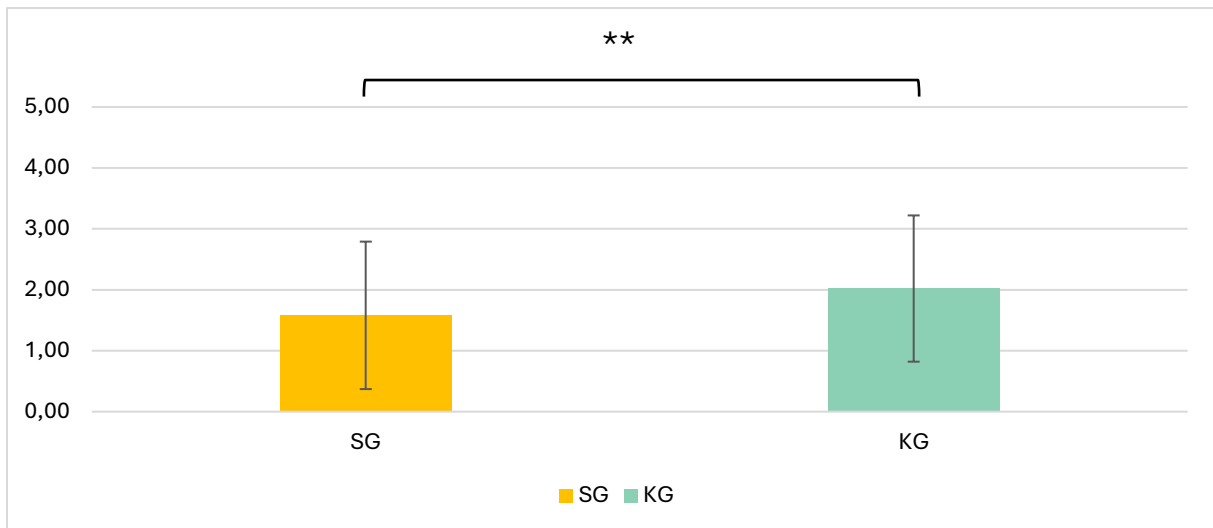


Abbildung 8 RizbA Item 9

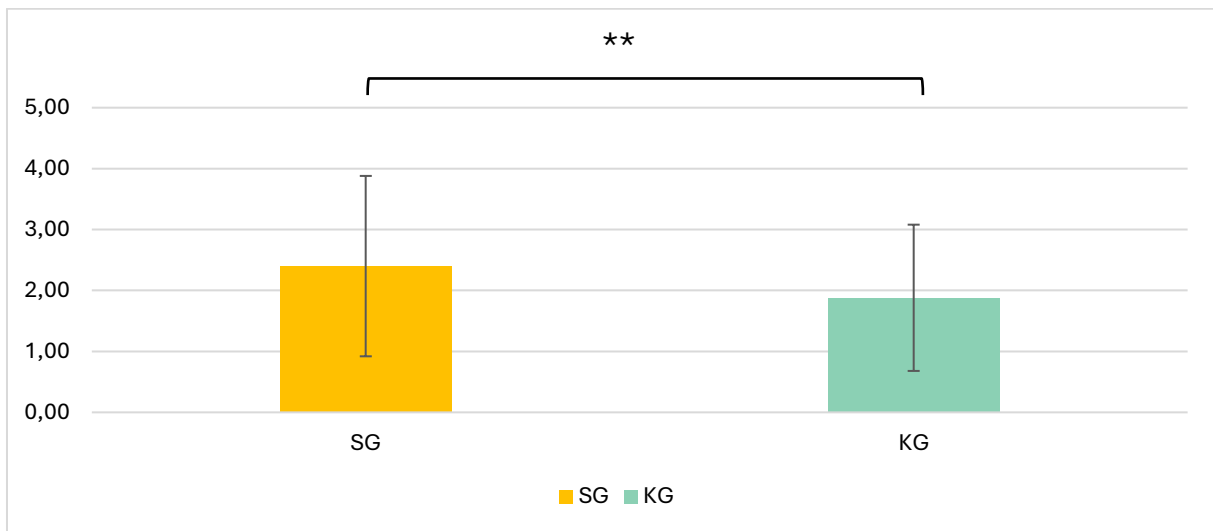


Abbildung 9 RizbA Item 11

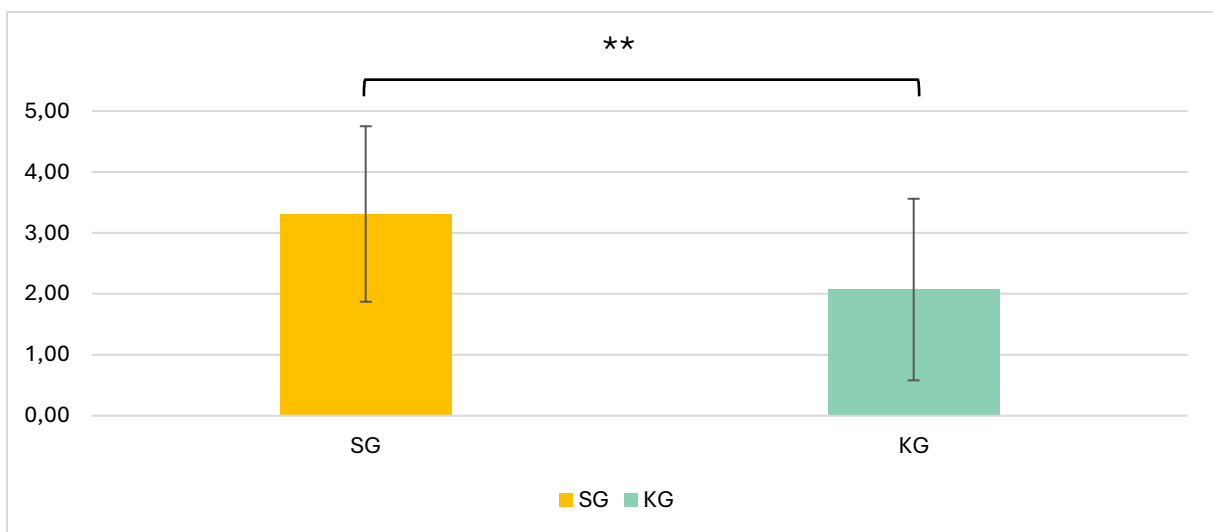


Abbildung 10 RizbA Item 14

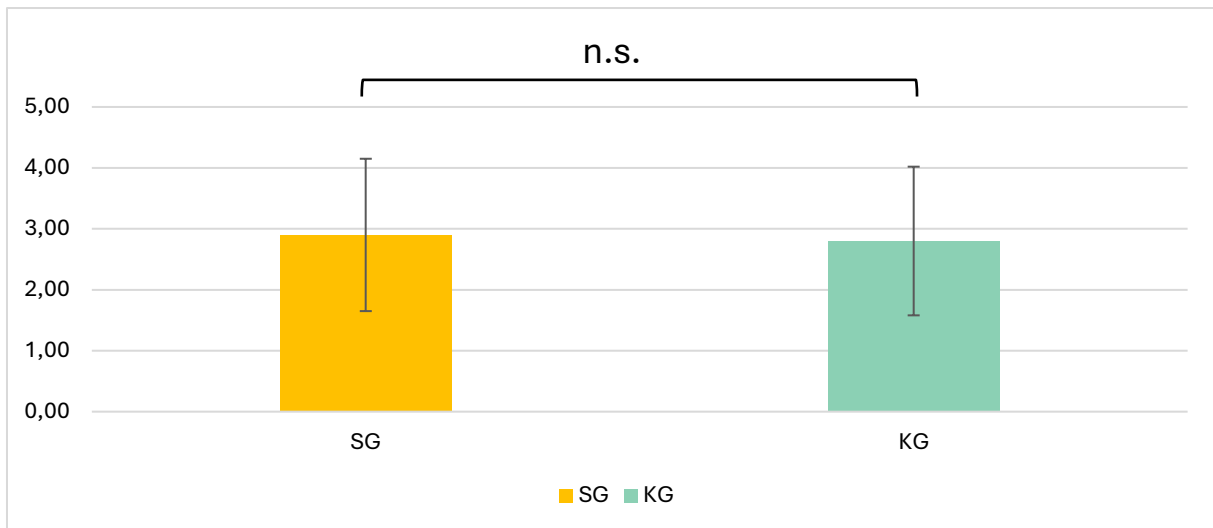


Abbildung 11 RizbA Item 17

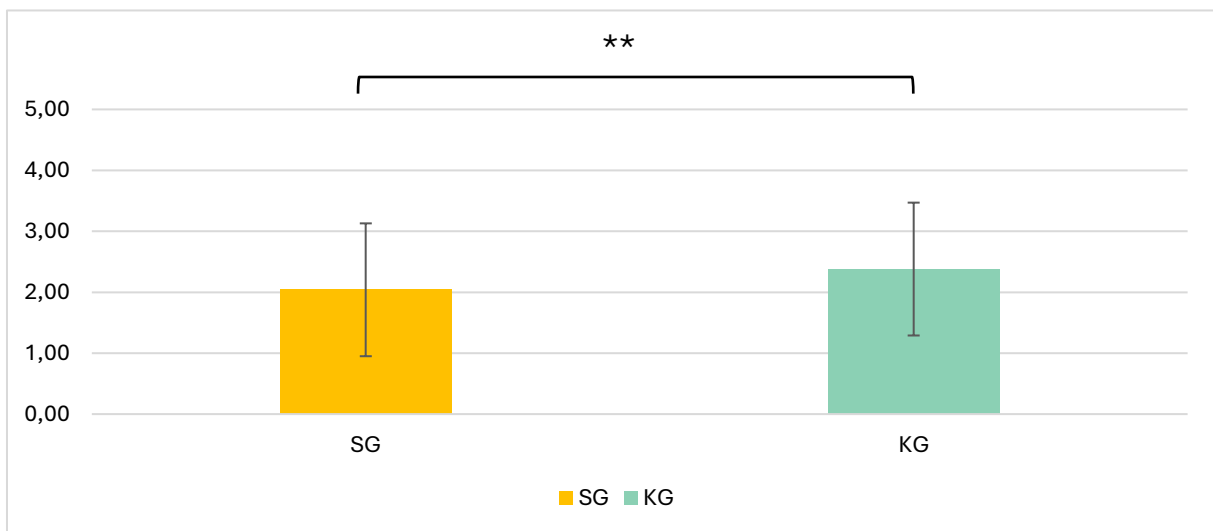


Abbildung 12 RizbA Item 18

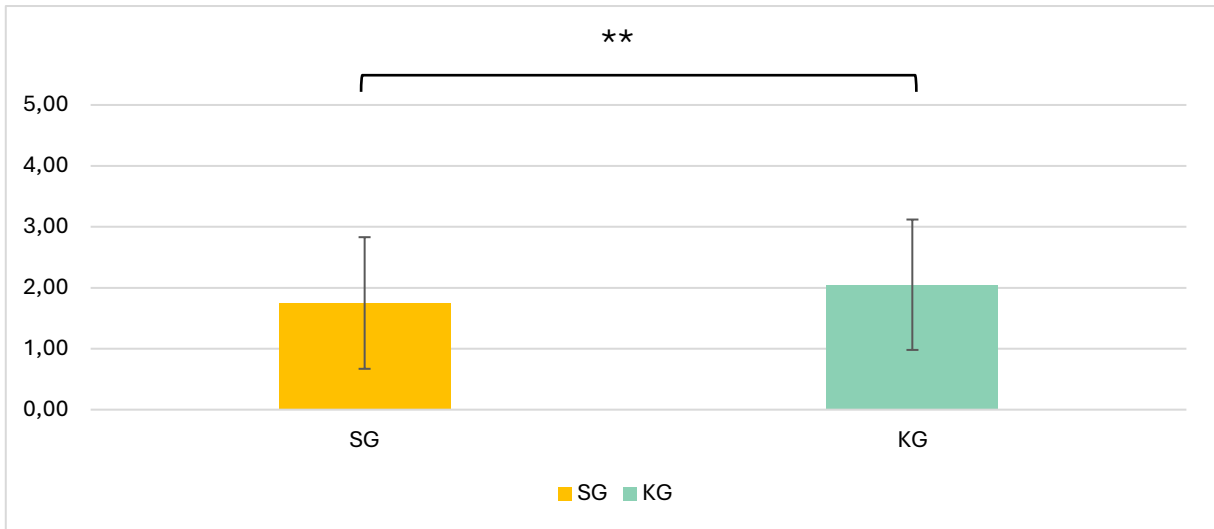


Abbildung 13 RizbA Item 24

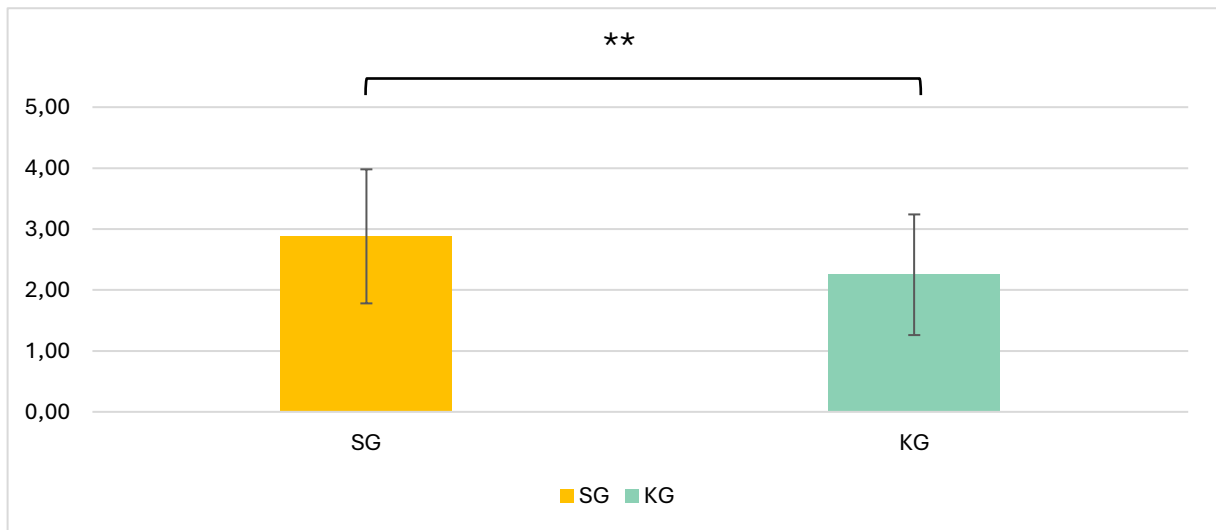


Abbildung 14 RizbA Item 25

Diskussion

Schlussfolgerungen

Hypothese 1

Hypothese 1 (*Kunstwerke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung weisen im Vergleich zur Kontrollgruppe einen diffuseren bildnerischen Ausdruck auf*) wird falsifiziert. Zwar zeigten beide Items signifikante Gruppenunterschiede, jedoch wies Item 24 *Das Bild wirkt diffus* höhere Mittelwerte in der Kontrollgruppe auf, was im Widerspruch mit der formulierten Hypothese steht. Die zugrunde liegende theoretische Annahme, dass die in Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung beobachteten Defizite der perzeptuellen Organisation auf eine instabile Figur-Grund-Differenzierung zurückzuführen ist, konnte mit dem verwendeten Instrument falsifiziert werden. Auch das Item 25 *Das Bild wirkt präzise, exakt* zeigt einen signifikant höheren Mittelwert in der SG ($M = 2.88$, $SD = 1.10$) zur KG ($M = 2.25$, $SD = .99$), was auf eine durchschnittlich präzisere Gestaltung in der schizophrenie-erfahrenen Gruppe hindeutet.

Die durch Henemanns et al. (2017) Ausführungen formulierte Annahme, dass Defizite der perzeptuellen Organisation auf eine instabile Figur-Grund-Differenzierung in künstlerischen Arbeiten von schizophrenie-erfahrenen Personen zurück zu führen sein könnte, lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass die beschriebenen Wahrnehmungsdefizite vor allem in experimentellen Tests beobachtet wurden, bei denen spontane visuelle Strukturierungsprozesse in standardisierten Reizen untersucht wurden (Silverstein & Keane, 2015). Dies eröffnet die Frage nach der Übertragbarkeit von Ergebnissen aus solchen Laborsituationen auf reale Lebenskontexte (Brewer, 2000; Bronfenbrenner, 1977). Der bildnerische Ausdruck im Rahmen freier Kunstproduktion könnte hingegen durch bewusste gestalterische Entscheidungen geprägt sein, der solche Defizite nicht signifikant sichtbar macht. Zudem ist denkbar, dass die Beurteilung der Items *diffus* und *präzise* nicht perzeptuelle Klarheit im engeren Sinne abbildet, sondern eher stilistische Kategorien reflektiert und somit nicht direkt auf die Wahrnehmungsebene der Figur-Grund-Differenzierung übertragbar ist.

Hypothese 2

Hypothese 2 (*Kunstwerke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung weisen im Vergleich zur Kontrollgruppe einen unruhig wirkenden bildnerischen Ausdruck auf*) wird trotz einer statistischen Signifikanz falsifiziert, da die beobachtete Richtung nicht der erwarteten Tendenz entspricht. Die Hypothese ging davon aus, dass Defizite der perceptuellen Organisation in Zusammenhang mit einer unruhigen Bildkomposition gebracht werden könnten. Ebenfalls ist in Erwägung zu ziehen, dass Unruhe als bildmerkmal auch ästhetisch intendiert werden kann.

Hypothese 3

Hypothese 3 (*Kunstwerke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung weisen im Vergleich zur Kontrollgruppe tendenziell a-perspektivischere Bildstrukturen auf*) wird aufgrund zu geringer statistischer Signifikanz ($p = .900$) falsifiziert. Eine mögliche Erklärung könnte der autodidaktische Hintergrund beider Gruppen sein, wodurch a-perspektivische Gestaltung möglicherweise nicht durchgehend verwendet wird, sodass ein Unterschied schwer zu erfassen ist.

Hypothese 4

Hypothese 4 (*Kunstwerke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung zeigen im Vergleich zur Kontrollgruppe häufiger geometrische Strukturen mit klarer Linienführung*) wird aufgrund statistischer Signifikanz nicht falsifiziert. Item 11 weist eine geringe Effektstärke ($\eta^2 = .03$) auf, während Item 25 eine mittlere Effektstärke ($\eta^2 = .08$) aufweist. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass präzise gestaltete geometrische Strukturen in der SG tendenziell häufiger vorkamen, auch wenn die Stärke des Effekts inhaltlich unterschiedlich ausfällt. Die Befunde lassen sich vor dem Hintergrund der theoretischen Überlegungen von Navratil (1965) interpretieren, die klaren geometrischen Gestaltungen bei Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung als inneren Ordnungsversuch deutete und dies als Reaktion auf eine diffus und bedrohlich erlebte Umwelt sah. Auch Graham & Silverstein (2023) beschreiben, dass veränderte visuelle Wahrnehmungsprozesse, wie einer instabilen Raumwahrnehmung möglicherweise mittels strukturierender Gestaltungsstrategien kompensiert werden. Dieses Vorgehen könnte somit als Ausdruck eines psychischen Regulationsprozesses verstanden werden. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die Effektstärken nicht durchgängig ausgeprägt waren, was darauf hindeutet, dass geometrische Gestaltungselemente nicht bei allen Personen mit Schizophrenie-Erfahrung

gleichermaßen stark ausgeprägt sind und möglicherweise durch ästhetische Präferenzen beeinflusst wurden.

Hypothese 5

Die Daten sprechen gegen die Hypothese 5 (*Die Bilder von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung zeichnen sich im Vergleich zur Kontrollgruppe durch eine intensivere Farbnutzung aus*), auch wenn sich statistisch signifikante Gruppenunterschiede ergaben, da die Mittelwerte nicht in die erwartete Richtung weisen (vgl. Tabelle 5). So zeigte die KG in allen untersuchten Items zur Farbnutzung höhere Mittelwerte auf als die SG. Besonders deutlich war der Unterschied des Items 6 ($\eta^2 = .13$), gefolgt von Item 8 ($\eta^2 = .07$). Auch Item 9 ($\eta^2 = .03$) und Item 8 ($\eta^2 = .01$) zeigten kleine, aber dennoch signifikante Effekte.

Die vorliegenden Ergebnisse widersprechen der theoretischen Annahme, wonach Veränderungen in der Farbwahrnehmung bei Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung zu einer intensiveren Farbnutzung führen sollten (vgl. Graham & Silverstein, 2023). Aus dieser neuropsychologischen Perspektive wurde angenommen, dass eine intensivere Farbwahrnehmung sich auch in der bewussten Gestaltung durch einen verstärkten Einsatz farblicher Mittel ausdrücken könnte. Eine alternative Erklärung, die sich ebenfalls aus den theoretischen Grundlagen dieser Arbeit ableiten lässt, ist, dass Farbauswahl aufgrund verstärkter negativer Affekte möglicherweise beeinflusst wird (Cho et al., 2017; Deisenhammer et al., 2022). Vor diesem Hintergrund scheint es plausibel, dass die Ergebnisse dieser Arbeit darauf hindeuten, dass der künstlerische Ausdruck bei Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung im Hinblick auf Farb- und Kontrastnutzung insgesamt reduzierter ausfällt als bei Personen ohne Schizophrenie-Erfahrung.

Weitere Betrachtungen

Um die Homogenität der Varianz zu prüfen, wurde für alle Items ein Levene-Test durchgeführt. Es ist notwendig herauszustellen, dass die Homogenitätsannahme der Items 6 ($p = < .001$), 7 ($p = .02$) und 11 ($p = < .001$) verletzt ist. Trotz der insgesamt großen Stichprobe ist dieses Ergebnis relevant, da eine ungleiche Gruppengröße in Kombination mit ungleichen Varianzen die Ergebnisse der Varianzanalyse verzerren kann. Auf Grund dessen sind die ANOVA-Ergebnisse für diese Items mit Vorsicht zu interpretieren. Die Effektstärken und Mittelwertsunterschiede liefern Hinweise auf

inhaltlich relevante Gruppenunterschiede, die gegebenenfalls durch ergänzende Analysen weiter abgesichert werden sollten (Hanna & Dempster, 2017, S. 288).

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Datenstruktur zwischen den beiden Gruppen asymmetrisch war. Während in der KG 147 Personen nur jeweils zwei Bilder einbrachten, stammen alle 202 Werke der SG von lediglich 13 Personen. In der vorliegenden Analyse wurden die Mittelwerte mehrerer Ratings pro Item und Bild aggregiert und anschließend gruppenweise verglichen. Auch wenn dies eine Varianzanalyse grundsätzlich zulässt, ist zu berücksichtigen, dass die zugrunde liegenden Bilder der SG nicht vollständig unabhängig voneinander entstanden sind. Dies führt dazu, dass mehrere Werke denselben individuellen Stil oder wiederkehrende Merkmale aufweisen können. Die Clusterstruktur innerhalb dieser Gruppe könnte somit die Ergebnisse der ANOVA beeinflussen. Die Ergebnisse sollten daher primär als explorative Hinweise auf mögliche Gruppenunterschiede betrachtet werden.

In der Interpretation der Ergebnisse ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass alle Teilnehmer*innen der SG in vergleichbaren stationären Einrichtungen lebten. Diese institutionellen Rahmenbedingungen können zu einer gewissen Homogenisierung der Lebenssituation geführt haben, etwa durch ähnliche Tagesstrukturen und vergleichbare therapeutische Angebote. Dadurch können gruppenspezifische Unterschiede im künstlerischen Ausdruck, wie sie etwa auf krankheitsbezogene Parameter oder emotionale Prozesse zurückzuführen wären, teilweise nivelliert worden sein. Hinzu kommt, dass an der Untersuchung ausschließlich Personen teilnahmen, die freiwillig an kunstbezogenen Aktivitäten mitwirken. Daraus ergibt sich ein möglicher Selektionsbias durch etwaige Prädispositionen bei den Proband*innen. Auch wenn nicht alle Teilnehmenden per se an künstlerischen Aktivitäten interessiert waren, könnte eine höhere soziale Stabilität vorliegen, als bei anderen Bewohner*innen des klinischen Eingliederungskontextes. Ebenfalls sollte klinische Heterogenität innerhalb der Gruppe mit Schizophrenie-Erfahrung beachtet werden, da Krankheitsverlauf und Medikation potenziell Auswirkungen auf die gestalterischen Entscheidungen haben könnten. Diese Faktoren schränken die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein und sollten bei weiteren Implikationen bedacht werden.

Die Bewertung der Werke erfolgte mittels einer Online-Umfrage, die eine breitere geografische Streuung der Stichprobe ermöglichte. Im Verlauf der Erhebung zeigte

sich eine Drop-out-Rate von 62%, was auf eine potenzielle kognitive Ermüdung der Teilnehmenden durch die ursprünglich vorgesehene Anzahl von 15 Stimuli pro Person hinweist. Um die Datenvollständigkeit zu erhöhen, wurde die Stimuli-Anzahl in der laufenden Erhebung auf 10 reduziert. Zwar stellt dies eine methodische Anpassung dar, diese führte jedoch nicht zu Unausgewogenheit in der Datenstruktur. Jedes Bild wurde dennoch mindestens zwei bis drei Mal von Rater*innen bewertet, was eine ausreichende Vergleichbarkeit gewährleistet.

Insgesamt bringt die Wahl eines Online-Erhebungsformats ebenfalls eine eingeschränkte Kontrolle über externe Einflussfaktoren mit sich. Aspekte wie Bildschirmqualität, Umgebungseinflüsse oder individuelle Bearbeitungszeiten konnten nicht standardisiert werden. Insgesamt lässt sich dennoch festhalten, dass die Online-Umfrage in Bezug auf Reichweite und Ressourceneffizienz klare Vorteile bietet.

Limitationen

Im Folgenden werden zunächst Anmerkungen zu möglichen Limitationen des Studiendesigns und der Durchführung skizziert. Wie bereits im vorangegangenen Kapitel erläutert, ist es sinnvoll, die Untersuchung mit einer größeren Teilnehmer*innenzahl zu replizieren, um Verzerrungen durch Clusterbildungen in der SG zu vermeiden. Ebenfalls lässt sich festhalten, dass die in der SG zu Verfügung stehende Bearbeitungszeit für die künstlerische Gestaltung für einige Proband*innen nicht ausreichend war. Beispielsweise benötigten Proband*innen mit einer stärkeren psychischen Vorbelastung teilweise mehr Zeit und Pausen, um ein Bild fertigzustellen als zu Beginn gedacht. Dies ist durch phasenweise kognitive Erschöpfung erklärbar. Auch Personen mit geringer intrinsischer Motivation für künstlerische Betätigung zeigten verlangsamtten Arbeitsprozess. In beiden Fällen kann davon ausgegangen werden, dass ein längerer Erhebungszeitraum sich positiv auf den künstlerischen Ausdruck der teilnehmenden ausgewirkt hätte. Für zukünftige Erhebungen wäre es also empfehlenswert, den Zeitraum des Forschungsprojekts auf mindestens zehn Wochen auszudehnen, um den Teilnehmer*innen mit erhöhtem Pausenbedarf ausreichend Gestaltungszeit einzuräumen. Zudem kann erwogen werden, lediglich ein Werk pro Sitzung gestalten zu lassen, um Überforderung zu vermeiden und die individuelle gestalterische Auseinandersetzung zu vertiefen.

Ferner ist anzumerken, dass durch das Abfotografieren der Werke eine mögliche Abweichung in der Farbwiedergabe entstanden sein könnte. Kontrollierte

Bedingungen durch eine Laborstudie könnten zu einer vergleichbareren und farbgetreueren Darstellung beitragen. Auch die Rater*innen betrachteten die Werke auf ihren eigenen Endgeräten, was ebenfalls zu abweichender Farbdarstellung und Auflösung führen kann. Bei einer Betrachtung der Originalwerke könnte unter Umständen ein anderes Rating entstanden sein. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf kunstwissenschaftliche Theorien (Panofsky, 2006), die davon ausgehen, dass ein Kunstwerk nicht adäquat rezipiert oder interpretiert werden kann, wenn es aus seinem historischen, kulturellen oder materiellen Kontext isoliert wird. Wie Bauer (1996, S.167ff) betont, kann ein Kunstwerk nicht als autonome Welt betrachtet werden, sondern fungiert als Medium eines Ausdrucks, dessen Bedeutung untrennbar mit seinem Inhalt verbunden ist. So sei eine formale Analyse eines Kunstwerkes nicht möglich, da die Botschaft eines Kunstwerks immer auch Bestandteil des Werkes ist. Die Reduktion künstlerischer Arbeiten auf quantifizierbare Einzelmerkmale stellt somit eine methodische Vereinfachung dar, die aus erkenntnistheoretischer Sicht kritisch zu betrachten ist. Um der Komplexität des künstlerischen Ausdrucks gerecht zu werden, ist ein methodisches Vorgehen notwendig, das qualitative und quantitative Zugänge kombiniert.

Ebenfalls sollte die ungleiche Geschlechterverteilung angemerkt werden. Bei der Erhebung der Bildstichprobe der SG waren primär männliche Teilnehmer*innen beteiligt. Zwar stellt diese relativ einseitige Geschlechterrepräsentation eine Limitation dar, sie spiegelt jedoch tatsächlich die demografischen Verhältnisse innerhalb der Klinik wider. Bei der Online-Umfrage überwog der Anteil weiblicher Teilnehmer*innen. Eine ähnliche Tendenz zeigt auch die Statistik, laut der Gesundheits- und Sozialberufe trotz zunehmender Männerquote weiterhin vornehmlich von weiblichen Personen praktiziert werden (Molina, 2007). Zudem wurden die Rater*innen primär über das Internet akquiriert. So konnten Bewertungen aus dem gesamten deutschsprachigen Raum in Deutschland, Österreich und der Schweiz gewonnen werden, wodurch dieser Forschungsansatz allerdings Elemente des Eurozentrismus und Amerikanismus aufweist. Die zugrunde liegende Methodik der Bildanalyse orientiert sich an weiß dominierenden kunsttheoretischen Paradigmen, die den Anspruch erheben, universelle Bewertungsmaßstäbe zu liefern, wenngleich diese kulturell spezifisch und damit nicht universell übertragbar sind (Grant & Price, 2020). Aufgrund kolonialer Kontinuitäten mangelt es der europäischen und nordamerikanischen Kunstwissenschaft weiterhin an universellen, repräsentativen Perspektiven. Dies wirkt

sich auch auf die vorliegende Studie aus und führt zu einer Verzerrung der Stichprobe zugunsten einer cis-weißen eurozentristischen Perspektive (vgl. Grant, 2020; Camargo, 2024).

Implikationen

Die Untersuchung von prävalenten Bildelementen in den Werken von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung ermöglicht eine wissenschaftliche Untersuchung von psychologischen Konstrukten, Kunstwerken und der Rezipient*innen. Es ist nicht zu vernachlässigen, dass RizbA die formalen Bildelemente untersuchen kann, die in Bildern von Schizophrenie-Erfahrenen präsent sind. Jedoch sollten die Kunstwerke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung lediglich als individueller Ausdruck künstlerischen Schaffens gesehen werden. Werke dürfen nicht zu einem diagnostischen Kriterium werden, das den Anspruch erhebt, aufgrund visueller Merkmale allgemeine Rückschlüsse auf diagnostische Kriterien zu erheben. Die wissenschaftliche Analyse darf den subjektiven, kreativen Gehalt der Werke nicht entwerten, sondern muss sich ihrer Deutungsgrenzen stets bewusst bleiben (Keane, 2022). Indem gestalterische Merkmale systematische und wertneutral analysiert werden, eröffnet die Studie die Möglichkeit, Werke von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung als eigenständigen, ästhetischen Ausdruck zu würdigen, anstatt sie ausschließlich aus einem pathologisierenden Blickwinkel zu betrachten. In einer gesellschaftlichen Debatte, in der Menschen mit psychiatrischer Erkrankung häufig als defizitär wahrgenommen werden, kann das Sichtbarmachen ihrer künstlerischen Ausdrucksformen helfen, einen Beitrag zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen zu leisten (vgl. Gaiha et al., 2021). Beispielsweise könnten Kunstausstellungen organisiert werden, die die Werke beider Gruppen dieses Projekts sichtbar machen. Dies könnte einen Beitrag leisten, das gesellschaftliche Inklusionsbewusstsein zu stärken, indem verschiedene künstlerische Perspektiven gemeinsam ausgestellt werden. Einige Meta-Analysen bestätigen bereits, dass solche Projekte statistisch signifikant zur Reduktion von Stigmata beitragen können (Potash et al., 2013).

Zukünftige Forschung

Um den künstlerischen Ausdruck von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung repräsentativer zu untersuchen, wäre eine randomisierte kontrollierte Studie, die eine größere Stichprobe innehält, sinnvoll. Ebenfalls könnten in kunsttherapeutischen

Settings die Ergebnisse dieser Arbeit genutzt werden, um eine multidisziplinäre Studie anzulegen, die die interpretierten Zusammenhänge zwischen der Tendenz geometrisch und präzise zu gestalten und einem Ordnungsversuch aufgrund eines psychischen Regulationsprozesses weiter auf tatsächliche Korrelate untersucht. Ebenfalls könnte eine Längsschnittuntersuchung der Bilder von schizophrenie-erfahrenen Personen vorgenommen werden, die Bilder in verschiedenen Stadien der Erkrankung untersucht. Dies könnte, so wie in der vorliegenden Studie über den spontanen Ausdruck untersucht werden oder eingebettet in eine kunsttherapeutische Behandlung. So könnte, unter Anwendung des RizbA-Fragebogens, gemeinsam mit anderen Instrumenten, die kunsttherapeutische Triade in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung noch weiter untersucht werden.

Fazit

Die vorliegende Masterarbeit verfolgte das Ziel, den bildnerischen Ausdruck bei Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung im Vergleich zur Kontrollgruppe systematisch zu untersuchen und Hypothesen geleitet zu interpretieren. Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen mit Schizophrenie-Erfahrung häufiger geometrische Gestaltungsmittel einsetzen, wodurch ihre Bilder signifikant präziser wirken. Im Gegensatz dazu ergab sich hinsichtlich der Farbnutzung ein gegenläufiger Befund. Zwar konnten signifikante Gruppenunterschiede nachgewiesen werden, jedoch war die Farb- und Kontrastnutzung in den Werken der Kontrollgruppe stärker ausgeprägt. Diese Diskrepanz zur ursprünglichen Annahme wurde unter Einbezug möglicher affektiver Einflussfaktoren, wie verminderter Affektivität kritisch diskutiert.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass psychische Erkrankungen nicht pauschal im künstlerischen Ausdruck abbildbar sind. Vielmehr zeigt sich der künstlerische Ausdruck als individuell variabel, vielschichtig und kontextabhängig. Die Komplexität individueller Ausdrucksformen erfordert eine vorsichtige Interpretation, die sich der Grenzen quantitativer Messinstrumente bewusst ist. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass eine differenzierte, nicht-pathologisierende Analyse formaler Bildelemente einen sinnvollen Einblick in gestalterische Tendenzen ermöglichen kann. Somit leistet die Studie einen wichtigen Ausgangspunkt zur wissenschaftlichen Fundierung des Zusammenhangs psychischer Erkrankungen und bildlichen Ausdrucks, der Impulse zur Entstigmatisierung und Sichtbarmachen kreativer Vielfalt liefert.

Literaturverzeichnis

- AMEOS Eingliederung Heilighafen. (o. D.). Hilfestellung und Assistenz im Lebensalltag. <https://www.ameos.de/eingliederung-heilighafen>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.) American Psychiatric Pub. S. 83ff., 99 – 115, 481f. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. (2021). *S3-Leitlinie Alkoholbezogene Störungen* (Langversion, Version 2.0). AWMF-Register-Nr. 076-001.
- Barnett, K., & Vasiu, F. (2024). *How the arts heal: a review of the neural mechanisms behind the therapeutic effects of creative arts*. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. Ausgabe 18. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2024.1422361>
- Bevilacqua, L., & Goldman, D. (2009). *Genetics of addictive behaviors: Genes and mechanisms*. *Nature Reviews Neuroscience* (11), S. 867– 880. <https://doi.org/10.1038/nrn2739>
- Bleuler, E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie* (14. Auflage, neubearbeitet von M. Bleuler). Berlin Heidelberg-New York: Springer.
- Borowsky Junge, M. (2016). History of Art Therapy. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Hrsg.), *The Wiley Handbook of Art Therapy* (1. Aufl., S. 8–16). John Wiley & Sons.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Springer. S. 224.
- Bosgraaf, L., Spreen, M., Pattiselanno, K. & Van Hooren, S. (2020). *Art Therapy for Psychosocial Problems in Children and Adolescents: A Systematic Narrative Review on Art Therapeutic Means and Forms of Expression, Therapist Behavior, and Supposed Mechanisms of Change*. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.584685>
- Bredel, U. & Maaß, C. (2016). *Leichte Sprache: Theoretische Grundlagen Orientierung für die Praxis*. Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik, Bern.
- Brewer, M. B. (2000). *Research design and issues of validity*. In H. T. Reis & C. M. Judd (Hrsg.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 3–16). Cambridge University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1977). *Toward an experimental ecology of human development*. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>

- Buchner, A., Erdfelder, E., Faul, F., & Lang, A.-G. (2007). GPower 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences*. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
<https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2024). *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*. ICD-10-GM Version 2024: Kapitel V. [BfArM - ICD-10-GM Version 2025](#)
- Butler, J. (1991). *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Originalarbeit 1990).
- Butler, P., Zemon, V., Schechter, I., Saperstein, A. M., Hoptman, M., Lim, K., Revheim, N., Silipo, G. & Javitt, D. C. (2005). *Early-Stage Visual Processing and Cortical Amplification Deficits in Schizophrenia*. *Archives Of General Psychiatry*, 62(5), 495. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.5.495>
- Camargo, C. (2024). *Eurocentrism in art: interpretive biases*. *Academia*.
https://www.academia.edu/117124642/Eurocentrism_in_art_interpretive_biases
- Campbell, F. K. (2013). *Ableism: A Theory of Everything?* In *International Conference On „Linking Concepts Of Critical Ableism And Racism Studies With Research On Conflicts Of Participation“*. Universität Hamburg.
https://disabilitystudies.nl/sites/default/files/ableism_a_theory_of_everything_eynote_f.pdf
- Chen, Y., Norton, D. & McBain, R. (2008). *Can persons with schizophrenia appreciate visual art?* *Schizophrenia Research*, 105(1–3), 245–251.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.06.024>
- Cho, H., et al. (2017). *Do people with schizophrenia experience more negative emotion and less positive emotion in their daily lives? A meta-analysis of experience sampling studies*. *Schizophr Res.* 2017; 183: S. 49–55.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.016>.
- Crespo, V. (2003). *Art therapy as an approach for working with schizophrenic patients*. *International Journal Of Psychotherapy*, Ausgabe 8 (3).
<https://doi.org/10.1080/13569080410001668741>
- Crider, A. (1997). *Perseveration in schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*. Ausgabe 23(1), S. 63–74. <https://doi.org/10.1093/schbul/23.1.63>
- Deines, S., Liptow, J. & Seel, M. (2013). *Kunst und Erfahrung: Beiträge zu einer philosophischen Kontroverse*. 1. Aufl. - Berlin: Suhrkamp, 2013.
- Deisenhammer, E. A., Strasser, A. & Kemmler, G. (2021). Reduced ability to discriminate colours – an under-recognised feature of depressive disorders? A pilot study. *International Journal Of Psychiatry in Clinical Practice*, 26(3), 321–326. <https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1993263>

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). (2020). *S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen (1. Aufl., Version 1.1)*. AWMF-Register-Nr. 038-025.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN). (2016). *S3-Leitlinie Methamphetamin bezogene Störungen (1. Aufl.)*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-53541-7>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2018) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S. 254 - 265.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (2019) S3-Leitlinie Schizophrenie AWMF-Register Nr. 038-009 Langfassung. S. 17–18.
- Deutscher Bundestag. (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik - zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Versorgung der Gesellschaft-* (Drucksache 7 /4200). Verlag Dr. Hans Heger, Bonn.
- Dewey, J. (1934). *Kunst als Erfahrung*. Berlin: Suhrkamp. S.50 – 55.
- De Witte, M., Orkibi, H., Zarate, R., Karkou, V., Sajjani, N., Malhotra, B., Ho, R. T. H., Kaimal, G., Baker, F. A. & Koch, S. C. (2021). *From Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review*. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678397>
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., Remschmidt, H., & Weltgesundheitsorganisation (Eds.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Bern: Hogrefe Verlag.
- Doose, S. D. & Johansen, B. J. (2018). *Neuerungen durch das Bundesteilhabegesetz ab 01.01.2018*. In Heilpädagogik.de. Berufs- und Fachverband für Heilpädagogik. Abgerufen am 7. April 2023, von <https://bhponline.de/download/BHP%20Informationen/aktuelle%20Dokument/>
- A
- Egger, J. W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und Psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell*. Springer, Wiesbaden. S. 53 ff.
- Finzen, A. (2013). *Stigma psychische Krankheit (1. Aufl.)*. PsyVer, Köln. S. 11 – 26. <https://doi.org/10.5771/9783884148419>

- Foucault, M. (1994). *Wahnsinn und Gesellschaft: Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft* (9. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 17ff. (Originalarbeit 1961).
- Gaiha, S. M., Salisbury, T. T., Usmani, S., Koschorke, M., Raman, U. & Petticrew, M. (2021). *Effectiveness of arts interventions to reduce mental-health-related stigma among youth: a systematic review and meta-analysis*. BMC Psychiatry, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03350-8>
- Goldwater, R. (2013). *Primitivism in modern art*. Harvard University Press; 1938/2013.
- Grant, C. & Price, D. (2020). *Decolonizing art history*. Art History, 43(1), 8–66. <https://doi.org/10.1111/1467-8365.12490>
- Graham, D. & Field, D. (2007). *Statistical regularities of art images and natural scenes: Spectra, sparseness and nonlinearities*. Spatial Vision, Auflage 21(1 2). S. 19–22. <https://doi.org/10.1163/156856807782753877>
- Graham, D. & Silverstein, S. (2023). *Art Making in Schizophrenia: A Vision Science Perspective*. In A. Richard, M. Pelowski & B. T. Spee (Hrsg.), *Art and Neurological Disorders - Illuminating the Intersection of Creativity and the Changing Brain*, 1. Aufl., S. 113–141. Springer Nature.
- Haeyen, S., Van Hooren, S. & Hutschemaekers, G. (2015). *Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C: A qualitative study*. The Arts in Psychotherapy, Auflage 45, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.04.005>
- Hanna, D. & Dempster, M. (2017). *Statistik für Psychologen für Dummies* (1. Aufl.). Wiley-VCH Verlag GmbH. S. 277 – 289.
- Henemann, G., Brachmann, A. & Redies, C. (2017). *Statistical Image Properties in Works from the Prinzhorn Collection of Artists with Schizophrenia*. Frontiers in Psychiatry, Auflage 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00273>
- Hoff, P., H. Hippus (2001): *Wilhelm Griesinger. 1817–1868. Sein Psychiatrieverständnis aus historischer und aktueller Perspektive*. In: Der Nervenarzt, 72 (11), pp. 885-892.
- Hohendorf, G. & Rotzoll, M. (2012). *‘In der Anstalt’ - Einblicke in die Psychiatriegeschichte im 20. Jahrhundert*. In F. von Sprei, F., P. Martius & H. Förstl (Hrsg.), *Kunsttherapie bei psychischen Störungen* (S. 4–12). (2. Auflage). München: Urban & Fischer.
- Hohendorf, G., Rotzoll, M., Richter, P. & Fuchs, P. (2003). NS-„Euthanasie“: Vom Wahn zur Wirklichkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 41. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/ns-euthanasie-vom-wahn-zur-wirklichkeit> b084f172-114d-49ae-8c0f-ae6f56ce3655

- Holttum, S. & Huet, V. (2014). *The MATISSE Trial—A critique: Does art therapy really have nothing to offer people with a diagnosis of schizophrenia?* SAGE Open, 4(2). <https://doi.org/10.1177/2158244014532930>
- IBM Corp. (2016). IBM SPSS Statistics (Version 24.0.0.0) [Computer software]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jetter, D. (1981) *Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Junge, M.B. & Asawa, P.P. (1994). *A history of art therapy in the United States*. Mundelein, IL: American Association of Art Therapy. S. 7
- Katschnig, H. (Hrsg.) (1989). *Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause* (3. Auflage). München: Psychologie Verlags Union.
- Kaufman, J. C., & Paul, E. S. (2014). *Creativity and mental illness*. Cambridge University Press.
- Keane, C. (2022, 27. Dezember). *Unpacking the So-Called Art Therapist Character in "Parasite"*. American Art Therapy Association. <https://arttherapy.org/blog/unpacking-the-so-called-art-therapist-character-in-parasite/>
- Kim, K. (2023). *Räumliches in Bildern von Anstaltsinsassen um 1900 aus der Sammlung Prinzhorn* [Dissertation, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf]. https://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate72229/Kim%20_Titelblatt_Text_pdf%20a-kombiniert%281%29.pdf
- Kirkby, K. C. (2005). Social Context and Health Consequences of the Antipsychotics Introduction. *Annals Of Clinical Psychiatry*, 17(3), 141–146. <https://doi.org/10.1080/10401230591002066>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). *Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis*. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), S. 760 – 773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- Lauff, S. (2020, 9. November). *Wissensproduktion Ver*rücken neue Perspektiven durch und über Ver*rücktheit aus den MadStudies* [Vorlesungsfolien]. Vorlesung Im Rahmen der Vorlesungsreihe *Hört Auf Weiße Männer zu Lesen!*, Oldenburg, Deutschland. Academia. https://www.academia.edu/44552579/Wissensproduktion_ver_r%C3%BCcke_neue_Perspektiven_durch_und_%C3%BCber_Ver_r%C3%BCcktheit_aus_en_Mad_Studies
- MacGregor, J. M. (1989). *The discovery of the art of the insane*. Princeton University Press / Princeton, New Jersey. S. 93 – 95
- Marotzki, W., & Stoetzer, K. (2006). *Die Geschichten hinter den Bildern*. In M. Winfried & N. Horst (2006), *Bildinterpretation und Bildverstehen: Methodische*

Ansätze aus sozialwissenschaftlicher, kunst- und medienpädagogischer Perspektive. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Martius, P. & Marten, D. (2014). *Kunsttherapie*. *Psychotherapeut*, 59(4), 329–343. <https://doi.org/10.1007/s00278-014-1055-3>
- Mertens, W. (1999). *Sucht und Drogen: Ursachen, Formen, Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 112.
- Molina, D. (2007, 21. April). *Index of Segregation - Are Jobs Gender, Race or Ethnically Blind?* [Vorlesungsfolien; University of North Texas]. <https://sites.economics.unt.edu/~dmolina/econ3150.htm>
- Navratil, L. (1965). *Schizophrenie und Kunst: ein Beitrag zur Psychologie des Gestaltens* (2. Aufl.). München: dtv.
- Panofsky, E. (2006). *Ikonographie und Ikonologie: Bildinterpretation nach dem Dreistufenmodell*. In E. Panofsky, *Bedeutung in den bildenden Künsten: Aufsätze zur ikonologischen Methodik* (S. 26–54). Suhrkamp. (Original erschienen 1939)
- Potash, J., Ho, R., Chick, J. & Yeung, F. A. (2013). *Viewing and engaging in an art therapy exhibit by people living with mental illness: implications for empathy and social change*. *Public Health*, 127(8), 735–744. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.05.004>
- Prinzhorn, H. (1921). *Bildnerei der Geisteskranken*. Servus Verlag. S. 60 – 127.
- Renz, M. (2021). *Intermedialität als Grenzverschiebung*. In Herschbach, M. & Klein, A. (2021). *Facetten der Kunsttherapie*. utzverlag GmbH. S. 85 – 89.
- Richard, A., Pelowski, M. & Spee, B. T. (2023). *Art and Neurological Disorders: Illuminating the Intersection of Creativity and the Changing Brain*. Springer Nature. S. 92–132.
- Röske, T. (2008). *Die Psychose als Künstler. Leo Navratils „Schizophrenie und Kunst“ eine Kritik*. In Theunissen, G. (2008). *Außenseiter-Kunst: außergewöhnliche Bildnereien von Menschen mit intellektuellen und psychischen Behinderungen*, Bad Heilbrunn 2008, S. 103 – 117.
- Sack, AT., van de Ven, VG., Etschenberg, S., Schatz, D. Linden, DE. (2005) *Enhanced vividness of mental imagery as a trait marker of schizophrenia?* *Schizophrenia Bulletin*. Ausgabe 31(1), S. 97–104. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi011>
- Saranya, T., Kumar, R., Patel, A., & Ghosh, D. (2025). *Art in the abyss: Creativity and the schizophrenic mind*. *Frontiers in Psychiatry*, Ausgabe 16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1617462>
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113–118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>

- Schoch, K. (2018). *Jenseits von gut und schön - Entwicklung eines quantitativen Ratinginstruments für zweidimensionale bildnerische Arbeiten (RizbA)*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.1479716>
- Schoch, K., & Ostermann, T. (2023). *Empirics vs. art theory: Exploring a factor structure of pictorial expression based on contemporary artworks*. *Creativity research journal*, 37(1), 148 – 166. <https://doi.org/10.1080/10400419.2023.2272104>.
- Schork, A., et. al. (2016) *New statistical approaches exploit the polygenic architecture of schizophrenia—implications for the underlying neurobiology*. In: *Current opinion in neurobiology*. Band 36, Februar 2016, S. 89–98, [doi:10.1016/j.conb.2015.10.008](https://doi.org/10.1016/j.conb.2015.10.008).
- Schuckit, M. A. (2009). *An overview of genetic influences in alcoholism*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), S. 5 – 14. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.009>
- Seifert, K. (2023). *Potenziale von bildender Kunst und Kunsttherapie*. *Die Psychotherapie*, 68(4), 238–245. <https://doi.org/10.1007/s00278-023-00659-5>
- Shorter, E. (2005). *A historical dictionary of psychiatry*. Oxford University Press. S. 3–9.
- Smith, S. (2024). *Relationship between Artistic Expression and Mental Well-being*. *International Journal Of Humanity And Social Sciences*, 2(4), S. 11–22. <https://doi.org/10.47941/ijhss.1880>
- Silverstein, S. (2016). *Visual Perception Disturbances in Schizophrenia: A Unified Model*. In M. Li & W. D. Spaulding (Hrsg.), *The Neuropsychopathology of Schizophrenia* (1. Aufl., S. 77–132). Springer.
- Simpson, J. (2009). *Everyone Belongs: A toolkit for applying intersectionality*. In *Everyone Belongs* (1. Aufl.). Canadian Research Institute for the Advancement of Women (CRIAOW).
- Sinapius, P. (2021) *Kunsttherapie als soziale Praxis*. In Herschbach, M. & Klein, A. (2021). *Facetten der Kunsttherapie*. S. 141 – 146. utzverlag GmbH.
- Sinapius, P. (2017). *Intermedialität und Performativität in den künstlerischen Therapien*. Hamburg/Potsdam/Berlin.
- Sinha, R. (2008). *Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141(1), 105–130. <https://doi.org/10.1196/annals.1441.030>
- Sontag, S. (1997). *Aids und seine Metaphern*. Hanser, 1997.
- Sontag, S. (1981). *Krankheit als Metapher*. Fischer Taschenbuch, Frankfurt am Main, 1981.

- Solovay, M., Shenton, M., Holzman, G. (1987). *Comparative studies of thought disorders. Mania and schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry. Ausgabe: 44(1), S. 13–20. <https://doi.org/10.1001/arch.psyc.1987.01800130015003>
- Sprotte, Y. (2022). *Therapeutengeführte Gespräche mit schizophrenen Patienten über ihre eigenen Bilder in der Kunsttherapie*. In Springer eBooks. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-38109-7>
- Stuhler-Bauer, A., & Elbing, U. (2003). *Die phänomenologische Bilderfassung: Ein kunsttherapeutisches Instrument*. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, 14, 32-46. <https://doi.org/10.1026//0933-6885.14.1.32>
- Stuhler-Bauer, A., & Elbing, U. (2004). *Kritik standardisierter empirischer Bilderfassung aus kunsttherapeutisch phänomenologischer Sicht: Die Nürtinger Beurteilungsskala und die Diagnostic Assessment of Psychiatric Art, deutsche Version*. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, 15(1), S. 5-15. <https://doi.org/10.1026/0933-6885.15.1.5>
- Talwar, S. K. (2019). *Art Therapy for Social Justice: Radical Intersections*. Taylor & Francis, New York. S. 17–49.
- Tivian (2023). *Online survey software Unipark* [Computer software]. <https://www.unipark.com>
- Tölle, R. (2014). *Psychiatrie* (17. Auflage). Berlin-Heidelberg-New York: Springer.
- Uzelac, M. (1998). Art and phenomenology in Edmund Husserl. *Axiomathes*, 9(1), 7–26.
- Volkow, N. & Morales, M. (2015). *The brain on drugs: From reward to addiction*. S. 712 – 725. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.07.046>
- Widom, C. & Hiller-Sturmhöfel, S. (2001). *Alcohol abuse as a risk factor for and consequence of child abuse*. Alcohol Research & Health, 25 (1), S. 52 – 57.
- Wittchen, H. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 21). Springer. S. 21.
- World Health Organization. (2025). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). <https://icd.who.int>
- Worringer, W. (1912). *Formprobleme der Gotik*. München: R. Piper & Co.

Anhang

Online-Repository – A

Sämtliche Bildwerke der Schizophrenie-Erfahrenen- und Kontrollgruppe, SPSS-Syntax sowie die erhobenen Rohdaten dieser Masterarbeit sind im Open Science Framework unter folgendem DOI öffentlich zugänglich dokumentiert:

<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/DRAFE>

Das Repository dient der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Forschungsergebnisse.

Nachweis Ethikvotum – B



MSH Medical School Hamburg GmbH Am Kaiserkaai 1 D-20457 Hamburg

Frau
Prof. Dr. Kerstin Schoch
Am Kaiserkaai 1
20457 Hamburg



Prof. Dr. med. Henriette Krug
Vorsitzende der Ethikkommission

17.02.2025

MSH-2024/370

Ihre Revision des Antrages vom 10.09.2024

Projektvorhaben: „Künstlerischer Ausdruck von Menschen mit Schizophrenie- und Abhängigkeitserfahrung: Eine Pilotstudie zur Analyse der bildnerischen Qualitäten unter Verwendung des Ratinginstruments für zweidimensionale bildnerische Arbeiten (RizbA).“

E-Mail
Ethikkommission@medicalschoo-har
burg.de

Internet
www.medicalschoo-hamburg.de

Sehr geehrte Frau Prof. Dr. Schoch,

die Ethikkommission der MSH Medical School Hamburg hat nach Prüfung der von Ihnen vorgelegten Unterlagen auf Prüfung der ethischen Unbedenklichkeit der oben genannten Studie die folgende Stellungnahme abgegeben:

Nach Sichtung der von Ihnen als verantwortlicher Studienleiterin am 10.09.2024 eingereichten Antragsunterlagen und der Revision vom 20.01.2025, die neben der Beschreibung des Studiendesigns auch die erforderlichen Informationen für die Probanden enthielten, ist die Ethikkommission der MSH Medical School Hamburg zu dem Ergebnis gekommen, dass der Durchführung der Studie keine ethischen Bedenken entgegenstehen.

Die Ethikkommission bittet um Beachtung folgender Hinweise, eine erneute Einreichung ist nicht notwendig:

- Zur Beschreibung der Probandenauswahl: Es scheint weiterhin sinnvoll, zwischen einer akuten Phase, einer residualen oder chronischen Verlaufsform einer Schizophrenie zu unterscheiden. Die aktuell beschriebene Probandenauswahl scheint keine Differenzierung zwischen Minderbegabung, Schizophrenie, Schizoaffektiver Störung, sozialer Herkunft und Bildung vorzunehmen. Um ein angemessenes Prüffenster für die Hypothesen zu finden, sollte eher ein Cut Off bei der Schwere der Erkrankung gemacht werden
- Es ist noch anzugeben, wo und wie lange die Einverständniserklärungen aufbewahrt werden.

MSH Medical School Hamburg GmbH University of Applied Sciences and Medical University

Am Kaiserkaai 1, D-20457 Hamburg
Tel.: +49 40 36 12 26 4-0
Fax: +49 40 36 12 26 4-30
info@medicalschoo-hamburg.de
medicalschoo-hamburg.de

Geschäftsführerin: Ilona Renken-Olthoff
Rechtsform: GmbH
Amtsgericht Hamburg
Handelsregister B 111174
Steuernr. 48/745/04470

Bankverbindung:
Deutsche Kreditbank AG
IBAN: DE05 1203 0000 1005 4088 26
BIC: BYLADEM1001



MSH Medical School Hamburg GmbH Am Kaiserkaal 1 D-20457 Hamburg



Die Ethikkommission weist darauf hin, dass die fachliche, rechtliche und ethische Verantwortung der/des Leiterin/Leiters, des Sponsors und aller teilnehmenden Wissenschaftler der Studie entsprechend der Beratungsfunktion der Ethikkommission von dieser Stellungnahme unberührt bleibt.

(Die Zusammensetzung und Arbeitsweise der Ethikkommission entspricht den aktuellen nationalen Gesetzen und Vorschriften.)

Datenschutzrechtliche Belange werden von der Ethikkommission grundsätzlich nur kursorisch geprüft. Das Votum und diese Stellungnahme ersetzen somit die Konsultation des zuständigen Datenschutzbeauftragten nicht.

Aufgrund dieser Stellungnahme können wir Ihnen mitteilen, dass der Durchführung der Studie keine ethischen Bedenken entgegenstehen.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Henriette Krug
Vorsitzende der Ethikkommission

Datenschutzformular Proband*innen – D

Teilnehmer-Einwilligungs-Erklärung

Titel der Studie:

Künstlerischer Ausdruck von Menschen mit Schizophrenie- und Abhängigkeitserfahrung: Eine Pilotstudie zur Analyse der bildnerischen Qualitäten unter Verwendung des Ratinginstruments für zweidimensionale bildnerische Arbeiten (RizbA).

Ich (Name in Druckbuchstaben) _____,

geboren am _____,

wurde über die Studie informiert.

Ich habe alle Informationen gelesen.

Oder ich habe sie gehört.

Ich habe die Informationen verstanden.

Meine Fragen wurden von Lea Pusedrowski beantwortet.

Ich hatte genug Zeit für meine Entscheidung.

Ich möchte an dieser Studie teilnehmen.

Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist.

Ich kann jederzeit aufhören.

Ich muss keinen Grund nennen.

Ich habe eine Kopie der Teilnehmer-Information erhalten.

Meine Bilder werden ohne meinen Namen in der Studie gesammelt.

Es gibt eine Liste.

Sie verbindet meinen Namen mit einem Code.

Diese Liste ist nur für Lea Pusdrowski zugänglich.

Spätestens am 31.09.2025 wird diese Liste gelöscht.

Meine Daten sind dann anonym.

Anonym bedeutet geheim.

Niemand kann meine Daten mit meinem Namen verbinden.

Ich kann meine Zustimmung jederzeit zurücknehmen.

Mir entstehen keine Nachteile.

Meine Daten können jederzeit gelöscht werden.

Wenn Liste schon gelöscht ist, geht das nicht mehr.

Dann sind die Daten schon anonym.

Meine anonymen Daten dürfen gespeichert werden.

Die Daten werden für die Wissenschaft benutzt.

So dürfen die Daten 10 Jahre lang gespeichert werden.

Zusatzvereinbarung Open Data:

Die anonymen Daten dürfen im Internet veröffentlicht werden.

Das machen wir für gute Wissenschaft.

Wie die Daten dann benutzt werden, ist unklar.

Rückmeldung zu den Ergebnissen:

Ich möchte das Ergebnis wissen.

Das Ergebnis soll mir geschickt werden.

Bitte Ankreuzen:

JA NEIN.

Ich den/die Teilnehmenden am _____

über die Studie aufgeklärt.

Alle Risiken wurden erklärt.

Alle Fragen wurden beantwortet.


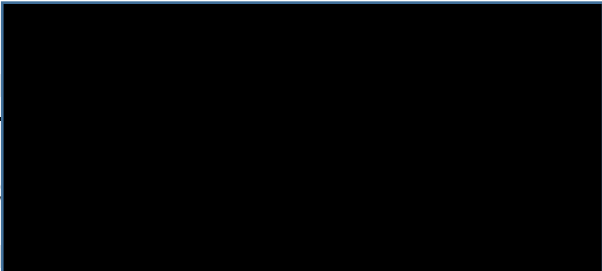
Ich habe den Teilnehmenden eine Kopie gegeben.

Ort, Datum & Unterschrift der Studienleitung

Ort, Datum & Unterschrift des*der Teilnehmenden

Ort, Datum & Unterschrift des*der gesetzlichen Betreuer*in (optional)

Falls du Fragen hast, melde dich bei:

<p>Studienleitung: <i>Lea Pusedrowski</i> Ameos Eingliederung Heiligenhafen</p> 	<p>Projektleitung: Kerstin Schoch MSH Medical School Hamburg</p> 
--	--

Einwilligungs-Erklärung und Datenschutz- Vereinbarung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Bild und die Angaben, die ich oben gemacht habe, für wissenschaftliche Zwecke gespeichert und ausgewertet werden (laut Art. 6 Abs. 1 lit. a der DSGVO).

1. Die Daten werden für die Wissenschaft verwendet.
2. Für die Studie werden nur anonyme Daten verwendet.

Deine Daten und Bilder werden, wenn nötig, anonymisiert für andere Forschende zugänglich gemacht.

So weiß niemand, wer du bist.

3. Du kannst jederzeit deine Einwilligung zurückziehen.

Wenn die Daten anonym sind, ist das nicht nötig.

Die anonymen Daten können später für die Wissenschaft genutzt werden.

Datum, Name Klient*in

Datum, Name Gesetzlicher Betreuer*in (optional)

Dokumentation der gemalten Bilder

Ich, (Name in Druckbuchstaben) _____,

geboren am _____,

wurde informiert, dass Fotos meiner Kunstwerke gemacht werden.

Es werden keine Videos gemacht.

Es werden keine Ton-Aufnahmen gemacht.

Die Fotos zeigen die Kunstwerke.

Sie werden später ausgewertet.

Die Fotos mit einer Nummer gespeichert werden.

Die Fotos werden nicht mit meinem Namen gespeichert.

Es gibt eine Liste, die meinen Namen mit der Nummer verbindet.

Diese Liste ist nur für Lea PUSDROWSKI zugänglich.

Am Ende der Studie wird die Liste gelöscht.

Alle Personen mit den Fotos müssen schweigen.

Sie dürfen keine Informationen weitergeben.

Ich weiß, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Die Fotos werden in einem abgeschlossenen Schrank aufbewahrt.

Bis die Liste gelöscht ist, können meine Fotos gelöscht werden.

Ich finde es okay, dass meine Bilder so verwendet werden.

Zusatz für Präsentationen

Meine Bilder dürfen in einer Veranstaltung gezeigt werden.

Zum Beispiel in der Universität.

Bitte ankreuzen:

- JA
- NEIN

Zusatzvereinbarung für zukünftige Studien:

Ich erlaube, dass meine Daten später genutzt werden.

Daten werden anonym gespeichert und sind sicher.

Ich kann fragen, welche Daten gespeichert sind.

Ich kann die Löschung der Daten verlangen.

Bitte ankreuzen:

- JA
- NEIN

Rückmeldung von Ergebnissen

Ich möchte wissen, was das Ergebnis ist.

Ich möchte die Ergebnisse zugesendet bekommen.

Bitte ankreuzen:

- JA
- NEIN

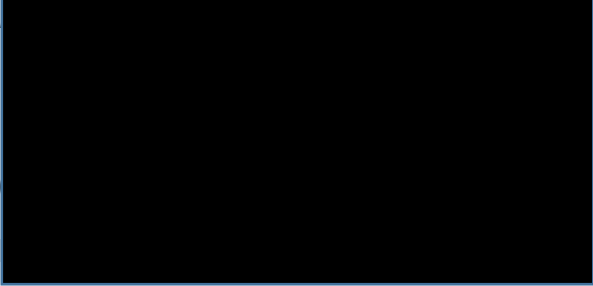

Ort, Datum & Unterschrift der Studienleitung

Ort, Datum & Unterschrift des*der Teilnehmenden

Ort, Datum & Unterschrift des*der gesetzlichen Betreuer*in (optional)

Kontakt für Fragen oder Anliegen

Falls Du Fragen hast, kannst Du Dich an folgende Personen wenden:

Studienleitung: <i>Lea Pusedrowski</i> Ameos Eingliederung Heiligenhafen	Projektleitung: Kerstin Schoch MSH Medical School Hamburg
	

Flyer Proband*innen Akquise – E

NEugierig?

Sie haben Interesse und wollen mehr erfahren? Dann melden Sie sich gerne unter der unten stehenden Telefonnummer und wir vereinbaren ein Informationsgespräch:

☎ Büro Förderbereich:
[REDACTED]

👤 Ansprechpartnerin:
Lea Pusdrowski (B.A. Kunsttherapie)



WAS WIRD UNTERSUCHT?

Künstlerischer Ausdruck von Menschen mit Schizophrenie- und Sucht-Erfahrung.

WIE WIRD ES UNTERSUCHT?

Die Studie will herausfinden, ob bestimmte Bildelemente (Formen und Farben) in Bildern von Menschen mit Schizophrenie und Sucht-Erfahrung häufig vorkommen.

SIE HABEN INTERESSE?

Sie können teilnehmen, wenn Sie:

- Zwischen 18 und 65 Jahren alt sind (m/w/d)
- Erfahrung mit Sucht und Schizophrenie/ Psychose-Erfahrungen haben
- Sie einen Beitrag zur besseren Erforschung Ihrer Erkrankung leisten wollen.
- Sie brauchen dafür keine Erfahrung/ Interesse an künstlerischem Arbeiten

KUNSTTHERAPIE & SCHIZOPHRENIE

Forschungsprojekt



Abbildung 15 Flyer Proband*innen Akquise (1)

IHRE VORTEILE :

- Extra Zeiten, in denen sie das Kunstatelier nutzen können.
- Zugang zu sich selbst und Ihrer Erkrankung
- Die Möglichkeit, sich kreativ zu betätigen
- Gesteigerte Teilhabe und Selbstständigkeit



WIE OFT?

Es wird 5 Einzelsitzungen geben (à 40 Minuten), bei denen Sie durch therapeutisches Personal begleitet werden.

Anpassungen sind nach Absprache möglich.



Abbildung 16 Flyer Proband*innen Akquise (2)

Eigenständigkeitserklärung – G

Eigenständigkeitserklärung

Name, Vorname:

Pusdrowski, Lea

Matrikelnummer:

221707011

Titel der Abschlussarbeit:

Im Spiegel des Geistes. Eine Pilotstudie zur Analyse des künstlerischen Ausdrucks

bei Menschen mit Schizophrenie- und Abhängigkeitserfahrung.

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit **eigenständig** ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. **Alle** sinngemäß und wörtlich übernommenen Textstellen aus der Literatur bzw. dem Internet habe ich als solche **kenntlich** gemacht.

Im Anhang meiner Abschlussarbeit habe ich **sämtliche** KI-basierten Hilfsmittel wie auch den Zweck und den Umfang deren Nutzung durch mich angegeben. Diese Hilfsmittel sind **mit** Produktnamen und formulierten Eingaben (Prompts) in einem KI-Verzeichnis ausgewiesen.

Ich versichere, dass ich **keine** KI-basierten Hilfsmittel verwendet habe, deren Nutzung die Betreuer:innen **explizit** schriftlich ausgeschlossen haben. Die von mir genutzten Hilfsmittel wurden **allein** in dem gestatteten Umfang und zu den gestatteten Zwecken verwendet.

Ich bin mir **bewusst**, dass die Verwendung von Inhalten, die **durch** KI-basierte Hilfsmittel generiert wurden, **keine** Garantie für deren Richtigkeit und/oder Qualität darstellt. Ich verantworte die Übernahme jeglicher von mir verwendeter **maschinell** generierter Passagen vollumfänglich selbst und trage die Verantwortung für **eventuell** durch die KI generierte fehlerhafte oder verzerrte Inhalte, fehlerhafte Referenzen, Verstöße gegen geltendes Recht und/oder Rechte Dritter.

Ich versichere zudem, dass ich KI-basierte Hilfsmittel **rein im Sinne einer** technischen Unterstützung verwendet habe. Die **Recherche, Konzeption, Strukturierung** und **inhaltliche** Ausgestaltung der Abschlussarbeit ist **prägend** durch meine Person erfolgt.

Ort, Datum: Lübeck, den 11.08.2025

Unterschrift:



Optional:

Elektronische Veröffentlichung meiner Abschlussarbeit

1. Rechtseinräumung

Ich räume der MSH Medical School Hamburg GmbH (im Folgenden: die Hochschule) das nicht exklusive, kostenfreie, zeitlich unbefristete Recht ein, (a) die Abschlussarbeit und (b) zugehörige Metadaten und Abstracts, die von mir geliefert und/oder durch die Hochschule ergänzt werden,

- auf ihrem Publikationsserver zu veröffentlichen,
- im Internet öffentlich zugänglich zu machen,
- in andere Datenformate zu konvertieren,
- elektronische Vervielfältigungsstücke anzufertigen und zu speichern.

Die Hochschule darf dabei Dritte als Hilfspersonen einschalten. Sie ist nicht zur Nutzung der genannten Rechte verpflichtet und ist insbesondere frei in der Entscheidung, ob und wann sie die Abschlussarbeit veröffentlicht und wie lange sie diese öffentlich zugänglich macht.

Sollte die Abschlussarbeit veröffentlicht werden, so ist mir bewusst, dass die Hochschule gesetzlich dazu verpflichtet ist, die Abschlussarbeit an die Deutsche Nationalbibliothek sowie die Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg zu liefern.

2. Kein Verstoß gegen gesetzliche Vorschriften oder Rechte Dritter

Ich versichere, dass der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte durch die Hochschule keine Rechtshindernisse entgegenstehen. Sollte ich Kenntnis von etwaigen Rechtshindernissen erlangen, setze ich die Hochschule davon unverzüglich in Kenntnis. Sollte die Hochschule dies verlangen,

übergebe ich ihr unverzüglich alle notwendigen Informationen und Daten zur Klärung eventueller Rechtshindernisse, die der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte entgegenstehen könnten. Von etwaigen Ansprüchen Dritter, die sich aus der Verletzung ihrer Rechte durch die Veröffentlichung meiner Abschlussarbeit ergeben, stelle ich die Hochschule frei.

3. Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Hochschule für die Dauer der Nutzung der in Ziffer 1 eingeräumten Rechte, also zeitlich unbefristet, meinen Namen und geeignete Metadaten zur Abschlussarbeit (personenbezogene Daten im Sinne der Datenschutzgrundverordnung, DSGVO) verarbeitet. Insbesondere können diese Daten im Internet öffentlich zugänglich gemacht werden und an die Deutsche Nationalbibliothek, die Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg und an Hilfspersonen der Hochschule im Sinne der Ziffer 1 weitergegeben werden.

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 lit. b und lit. c DSGVO.

Mir stehen hinsichtlich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gegenüber der Hochschule Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu sowie ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Den Datenschutzbeauftragten der Hochschule erreiche ich unter datenschutz@medicalschooll-hamburg.de.

Ort, Datum: Lübeck, den 11.08.2025

Unterschrift: _____

KI-Verzeichnis – H

KI-Tool und Produktname	Verwendete Prompts	Zweck/ Nutzen
Open AI, ChatGPT 4o	Mit welcher Formel kann ich einen Mittelwert in Excel berechnen? Wie kann ich einen Wert von einer Zelle in mehrere Zellen übertragen?	Erschließung grundlegender Excel-Funktionen
Open AI, ChatGPT 4o	Wie konstruiere ich eine Wenn-Dann-Formel in Excel? Was ist eine verschachtelte Wenn-Funktion? Wie sieht die Formelstruktur für eine verschachtelte Wenn-Funktion aus?	Wenn-Dann Formeln lernen und Verschachtelungen in Excel anwenden lernen
Open AI, ChatGPT 4o	Wie kann ich ein Excel-Dokument durchsuchen? Zeige mir Formelbeispiele, wie ich einen XVerweis nutzen kann.	SVerweis und XVerweis in Excel nutzen.
Open AI, ChatGPT 4o	Kann ich in einem Excelsheet filtern?	Lernen, wie Daten in Excel zu filtern sind. (Auto Filter und benutzerdefinierte Filter)
Open AI, ChatGPT 4o	Wie kann ich ein Excelsheet in SPSS importieren? Wie kann ich in SPSS fehlende Werte definieren?	Datenimport und Variablendefinition
Open AI, ChatGPT 4o	Wie kann ich in SPSS den Mittelwert berechnen?	Deskriptive Statistik in SPSS durchführen
Open AI, ChatGPT 4o	Was ist ein Post-Hoc-test?	Anwendung von statistischen Tests verstehen