

# **Kunsttherapie zur Steigerung des Wohlbefindens in Prävention und Gesundheitsförderung**



Renate Oepen

**Kunsttherapie zur Steigerung des Wohlbefindens  
in Prävention und Gesundheitsförderung**

Eine explorative Studie



EBVERLAG

Bibliografische Information  
der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet  
diese Publikation in der Deutschen  
Nationalbibliografie; detaillierte  
bibliografische Daten sind im Internet über  
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Buch, einschließlich aller seiner  
Teile, ist urheberrechtlich geschützt.  
Vervielfältigungen, Übersetzungen,  
Mikroverfilmungen sowie die  
Einspeicherung und Verarbeitung in  
elektronischen Systemen bedürfen der  
schriftlichen Genehmigung des Verlags.

Gesamtgestaltung: Magdalena Herzog und Rainer Kuhl

Umschlagmotiv © (Frau K.) Intervention 1: „Positive  
Gefühle“ (29,5 H cm x 41,5 B cm; Acryl)

Copyright: © EB-Verlag Dr. Brandt  
Berlin 2015

ISBN: 978-3-86893-197-6

Internet: [www.ebverlag.de](http://www.ebverlag.de)  
E-Mail: [post@ebverlag.de](mailto:post@ebverlag.de)

Printed in Germany

# VORWORT

Seit Jahren nimmt die gesundheitliche Belastung in der deutschen Bevölkerung zu. Die Bedeutung psychischer Faktoren für die Gesundheit des Einzelnen spielt volkswirtschaftlich eine große Rolle (vgl. Froböse & Wallmann, 2012, S. 24). Somit kommt präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen eine hohe Bedeutung zu.

„Gesundheitsförderung wird in einschlägigen internationalen und nationalen Diskussionen und Entschliefungen inzwischen vermehrt als ‚Investition‘ in die Zukunft wahrgenommen und thematisiert. Sie wird, zusammen mit der Prävention von Krankheiten, als die große Produktivitätsreserve in Gesundheitswesen und Gesellschaft angesehen und als dringliche Priorität eingestuft angesichts der Zunahme der nichtübertragbaren und chronischen Erkrankungen in einer Gesellschaft des längeren Lebens.“

(Kaba-Schönstein, 2011)

Dabei stellt sich die Frage, welchen Beitrag die kunsttherapeutische Arbeit mit belasteten Menschen in diesem so bedeutsamen Feld leisten kann.

Wie Anfragen an mich mehrfach zeigten, besteht insbesondere bei in psychosozialen Anwendungsfeldern tätigen Beratern, bei Kunsttherapeuten ein hohes Interesse am Aufzeigen von Kriterien, die bei der Konzeption eines kunsttherapeutischen Behandlungsmodells für belastete Klienten zu Grunde gelegt werden können.

Die in diesem Buch vorgestellten Grundlagen zur Entwicklung eines kunsttherapeutischen Interventionskonzepts basieren auf den in zwei explorativen Studien gewonnenen Erkenntnissen, die in Projekten mit Burnout-Selbsthilfegruppen an der Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft sowie im Rahmen der Dissertation an der Universität Wit-

ten/Herdecke mit Waldorfllehrern\* als belastete Zielgruppe entwickelt wurden.

Dieses Buch hat somit das Anliegen, auf einer breit abgesicherten theoretischen und empirischen Basis die Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines kunsttherapeutischen Behandlungsmodells in Form eines Projekttages zur Lehrgesundheit an der Alanus Hochschule für Kunst und Gesellschaft, Alfter/Bonn, aufzuzeigen.

Dabei erscheint vor allem das psychologische Konzept des Wohlbefindens, das der salutogenetischen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit im Rahmen der positiven Psychologie entstammt, wegweisend als Ausgangspunkt für die Entwicklung dieses Konzeptes.

Da mit diesem Buch nicht nur Wissenschaftler, sondern auch kunsttherapeutisch Tätige bzw. an Kunsttherapie interessierte Leser angesprochen werden sollen, wurde eine Kürzung und Umgestaltung der wissenschaftsmethodischen Teile der diesem Buch zu Grunde liegenden Publikationen vorgenommen, um eine stärkere Praxisorientierung zu gewährleisten.

An dieser Stelle ist der Hinweis wesentlich und erforderlich, dass der in diesem Buch verwendete Begriff „Kunsttherapie“, „kunsttherapeutische Interventionen“ o.Ä. im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung die Begleitung und ressourcenorientierte Unterstützung von Klienten bezeichnet. Es geht keinesfalls um Diagnostik und Heilung von Erkrankungen.

Gleichfalls möchte ich mich im Rahmen dieses Vorwortes bei allen Menschen bedanken, die mich bei meiner wissenschaftlichen Arbeit in den letzten Jahren unterstützt haben. Vor allem danke ich Prof. Dr. rer. medic. Harald Gruber, Fachbereichsleiter Künstlerische Therapien, Alanus Hochschule, der das Interesse für die Wissenschaft in mir erweckt hat und mich bei der Durchführung meiner Studien stets unterstützte.

Mein Dank gilt auch der Alanus Hochschule, insbesondere dem Fachbereich Künstlerische Therapien, für die Unterstützung bei der Durchfüh-

---

\* Auf Grund der besseren Lesbarkeit wird in den folgenden Ausführungen ausschließlich die maskuline Form bei der Nennung von Personen verwendet. Gemeint ist immer auch die feminine Form.

rung der Studien durch Bereitstellung der Materialien und der Räumlichkeiten. Ebenfalls danken möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Peter Heusser für die wissenschaftliche Begleitung und Unterstützung im Rahmen meiner Dissertation an der Universität Witten/Herdecke. Danken möchte ich auch den Professoren und Kollegen des Promotionskolloquiums im Forschungsverbund Kunsttherapie. Für den fachlichen Austausch bei der Kodierung der Interviews danke ich der Kunsttherapeutin Karin Hochgeschurz.

Renate Oepen





# INHALTSVERZEICHNIS

Einführung .....	15
Teil I	
LEHRERBELASTUNG UND LEHRERGESUNDHEIT .....	21
1. Arbeitsbedingungen und -belastungen an Regel- und Waldorfschulen .....	22
1.1 Definitionen wesentlicher Aspekte der Belastung .....	22
1.2 Die Potsdamer Lehrerstudie .....	24
1.2.1 Entwicklung des AVEM als methodisches Instrument zur Bewältigungsmessung .....	24
1.2.2 Ergebnisse .....	27
1.3 Studien zu Arbeitsbedingungen und -belastungen bei Waldorflehrern .....	29
1.4 Zusammenfassung/Reflexion .....	32
2. Erkenntnisse der Burnoutforschung als Ansatzpunkt für die Entwicklung von Interventionskonzepten für belastete Zielgruppen .....	34
2.1 Definition und Symptomatik von Burnout .....	35
2.2 Phasenentwicklung, Diagnostik und Komorbidität .....	37
2.3 Erklärungsansätze der Burnoutentstehung .....	38
2.3.1 Differenzialpsychologische, individuenzentrierte Ansätze .....	38
2.3.2 Arbeits- und organisationspsychologische Ansätze .....	41
2.3.3 Soziologisch-sozialwissenschaftliche Ansätze .....	42
2.4 Interventionskonzepte in Prävention und Gesundheitsförderung .....	43
2.4.1 Kurz- und langfristige Interventionsstrategien .....	43
2.4.2 Interventionsprogramme für Lehrer .....	44

2.4.3 Erforschung der Therapie des Burnout-Syndroms.....	45
2.5 Zusammenfassung/Reflexion.....	46

TEIL II

BEZUGSWISSENSCHAFTLICHE ERKENNTNISSE UND IHRE BEDEUTUNG FÜR DIE KUNSTTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONSPLANUNG .....	49
--	----

1. Gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse .....	50
1.1 Gesundheitsbegriff und Resilienzkonzept .....	50
1.2 Salutogenetische und hygienetische Sichtweise von Gesundheit und Krankheit .....	52
1.3 Prävention und Gesundheitsförderung .....	55
2. Psychologisch-psychotherapeutische Erkenntnisse .....	58
2.1 Stresstheorien .....	59
2.1.1 Transaktionales Stressbewältigungsmodell nach Lazarus & Folkman (1984) .....	59
2.1.2 Neurowissenschaftlicher Erklärungsansatz der Stressentstehung .....	62
2.2 Ressourcenorientierung .....	63
2.2.1 Ressourcen .....	64
2.2.2 Ressourcenorientierte Interventionsplanung bei Burnout .....	66
2.2.3 Kreativität als Ressource .....	67
2.2.4 Ziel- und Lösungsorientierung als Therapieprinzipien .....	68
2.3 Die Psychologie des Wohlbefindens .....	70
2.3.1 Terminologie und Struktur des Wohlbefindens .....	71
2.3.2 Interventionsansätze zur Steigerung des Wohlbefindens ..	73
2.3.3 Neurobiologische Erkenntnisse zur Entstehung von Wohlbefinden .....	75
3. Zusammenfassung/Reflexion .....	76

Teil III

KUNSTTHERAPEUTISCHE ANSÄTZE UND

IHRE WIRKMECHANISMEN ..... 80

1. Kunsttherapeutische Ansätze und ihre Relevanz für  
die Interventionsplanung ..... 80

1.1 Tiefenpsychologisch orientierte Kunsttherapie nach  
C. G. Jung ..... 80

1.2 Symboltheorie nach Kast ..... 81

1.3 Maltherapie und ihre Wirkfaktoren nach Riedel ..... 82

2. Neurobiologische Besonderheiten künstlerischen Gestaltens ..... 84

3. Kunsttherapeutische Forschung ..... 86

4. Zusammenfassung/Reflexion ..... 88

Teil IV

PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG EINES

KUNSTTHERAPEUTISCHEN PROJEKTTAGES ..... 92

1. Ziele, Inhalte, Methoden und Materialien ..... 93

1.1 Intervention 1: Positive Gefühle ..... 96

1.2 Intervention 2: Gruppenmandala ..... 98

1.3 Intervention 3: Fluss der Wunder ..... 100

1.4 Intervention 4: Unser Wunschbaum ..... 102

2. Zusammenfassung/Reflexion ..... 103

Teil V	
DIE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG .....	105
1. Kurzbeschreibung der Pilotstudie und ihrer Rahmenbedingungen .....	106
1.1 Ziel und Fragestellung der Studie .....	106
1.2 Forschungsaufgabe, Hypothesen und Design .....	107
1.3 Setting/Stichprobe .....	107
1.4 Datenschutz/Ethikkommission .....	108
2. Forschungsmethodik .....	108
2.1 Die quantitative Analyse .....	108
2.1.1 Datenerhebung .....	109
2.1.2 Datenauswertung/statistische Methoden .....	111
2.1.3 Zwischenanalyse zur Probandenauswahl für den qualitativen Teil der Studie .....	111
2.2 Die qualitative Analyse – Datenerhebung und -auswertung .....	112
2.3 Vertiefende Einzelfallanalysen – ein Methoden-Mix .....	113
3. Ergebnisse .....	115
3.1 Ergebnisse der quantitativen Analyse .....	115
3.1.1 Stichprobenbeschreibung .....	115
3.1.2 Veränderung des habituellen Wohlbefindens .....	117
3.1.3 Veränderung des aktuellen Wohlbefindens .....	120
3.1.4 Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse .....	122
3.2 Ergebnisse der qualitativen Analyse .....	123
3.2.1 Die Wirkfaktorentabelle .....	124
3.2.2 Definition der kunsttherapeutischen Wirkfaktoren .....	125
3.2.3 Relative Häufigkeit der Fundstellen – eine quantitative Analyse qualitativer Daten .....	131
3.2.4 Zusammenfassung der qualitativen Ergebnisse .....	133
4. Vertiefende Einzelfallanalysen .....	134

## Inhaltsverzeichnis

---

4.1	Einzelfallanalyse „Frau K.“ .....	135
4.1.1	Persönliche, gesundheits- und berufsbezogene Daten .....	135
4.1.2	Veränderung des aktuellen und habituellen Wohlbefindens – Ergebnisse der Fragebögen .....	136
4.1.3	Veränderung des aktuellen und habituellen Wohlbefindens – kunsttherapeutische Wirkfaktoren .....	136
4.1.4	Gestaltungen am Projekttag .....	140
4.1.5	Zusammenfassung und Reflexion der Ergebnisse „Frau K.“ .....	142
4.2	Einzelfallanalyse „Herr H.“ .....	146
4.2.1	Persönliche, gesundheits- und berufsbezogene Daten .....	146
4.2.2	Veränderung des aktuellen und habituellen Wohlbefindens – Ergebnisse der Fragebögen .....	147
4.2.3	Veränderung des aktuellen und habituellen Wohlbefindens – kunsttherapeutische Wirkfaktoren .....	149
4.2.4	Gestaltungen am Projekttag .....	151
4.2.5	Zusammenfassung und Reflexion der Ergebnisse „Herr H.“ .....	153
4.3	Zusammenfassung und Reflexion der Einzelfallanalysen .....	157

### Teil VI

ZUSAMMENFASSUNG, DISKUSSION UND AUSBLICK .....	160
--	-----

ANHANG .....	171
Literaturverzeichnis .....	171
Abbildungsverzeichnis .....	183
Tabellenverzeichnis .....	184
Abkürzungsverzeichnisse .....	185
Text Intervention 3 zur geleiteten Imagination .....	188
Register .....	190
Gestaltungen der Gruppe (Auswahl) .....	195
Gestaltungen „Frau K.“ (Einzelfallanalyse) .....	204
Gestaltungen „Herr H.“ (Einzelfallanalyse) .....	206



# EINFÜHRUNG

Präventive Maßnahmen richten sich vermehrt auf die Reduktion von gesundheitlichen Risiken, während Gesundheitsförderung auf den Aufbau von Ressourcen fokussiert (vgl. GKV (Gesetzliche Krankenversicherung), 2010, S. 19). Unterstützungsangebote in diesem Bereich orientieren sich an der vor allem auf psychologische Dimensionen bezogenen salutogenetischen (vgl. Antonovsky, 1997, zit. n. Franke, 2011a) Sichtweise und der vorwiegend auf physiologische Prozesse bezogenen hygienetischen Sichtweise (vgl. Heusser, 2002, S. 102) von Gesundheit und Krankheit. Gesundheit wird in beiden Sichtweisen als gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen gesehen (vgl. Hurrelmann, 2000, S. 88, zit. n. Hurrelmann, 2011). Ressourcen und Resilienzfähigkeit des Individuums sind dabei die entscheidenden Komponenten (vgl. Grawe, 2000, S. 87ff.). In der anthroposophischen Medizin stellt Gesundheit einen Zustand des Menschen dar, aus sich selbst heraus gesunden zu können, wobei gemäß anthroposophischer Auffassung die Lebenskräfte den physischen Leib durchdringen und ihn aufbauen oder regenerieren (vgl. Heusser, 2002, S. 105, 113). Somit erschien es der Verfasserin weiterführend Maßnahmen anzubieten, die die Stärkung der Lebenskräfte des Menschen unterstützten.

Die Berufsgruppe der Lehrer wies in diversen Studien hinsichtlich Belastungsfaktoren, auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, besonders hohe Werte auf. Verschiedene nationale und internationale Studien berichteten bei 10 bis 35 Prozent der Lehrkräfte über massive Befindlichkeitsstörungen im Sinne einer Burnout-Symptomatik (Guglielmi & Tarrow, 1998; Körner, 2003; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Schaarschmidt, 2004; Schmitz, 2004; Vandenberghe & Huberman 1999, zit. n. Lehr, 2008, S. 3). In der Postdamer Lehrerstudie von Schaarschmidt (2006) mit Regelschullehrern zeigte sich, dass im Vergleich zu anderen belasteten Berufsgruppen (Pflegeberufe, Existenzgründer, Polizei, Strafvollzug) Lehrer die höchsten gesundheitsgefährdenden Risikomuster

(59 %) aufwiesen. In der ungünstigsten Konstellation konnte auf Grund der bestehenden Symptomatik sogar auf ein akut vorhandenes Burnout geschlossen werden.

Auch bei Waldorflehrern zeigte sich in den Untersuchungen von Randoll (2012) und Peters (2012) im Vergleich mit den o. g. Berufsgruppen eine deutliche Belastung, die mit insgesamt 50 % allerdings geringer ausfiel als bei den untersuchten Regelschullehrern. Auf Grund unterschiedlicher Spannungsfelder, die nicht nur im schulischen, sondern auch im schulübergreifenden und individuellen Bereich liegen können, kann Stress entstehen mit psychischen und psychosomatischen Symptomen als Folge (vgl. Lazarus & Folkman, 1984; vgl. Hillert et al., 2011). Es wurde bei den befragten Waldorflehrern festgestellt, dass trotz der empfundenen hohen Belastung Freude an der pädagogischen Arbeit bestand (vgl. Barz & Kobusek, 2012, S. 17). Auch bei Regelschullehrern zeigte sich, dass die Zufriedenheit mit dem Lehrerberuf nicht in erster Linie aus dem Grad der beruflichen Belastung ableitbar ist, sondern die Entfaltung der Persönlichkeit, das Lehrer-Schüler-Passungsverhältnis und die kognitiv-affektive Einstellung zum Unterrichten eine wesentliche Rolle für Zufriedenheit spielten (vgl. Merz, 1979, S. 215).

Trotz der mittlerweile bekannten hohen Belastung des Lehrerberufs gehören gesundheitsförderliche Unterstützungsmaßnahmen nicht zu einer in dieser Berufsgruppe fest installierten Einrichtung (vgl. Randoll, 2012, S. 107–108). Gerade in der Berufsgruppe der Lehrer existieren vielfach dysfunktionale Glaubenssätze wie „Gute Lehrer haben keine Probleme“, die möglicherweise auch ursächlich für eine geringe Beteiligung an gesundheitsförderlichen Angeboten sein können (vgl. Hillert et al., 2011, S. 40).

In Studien der Lehrerbelastungsforschung bei Regelschul- und Waldorflehrern wurde insbesondere der Fragebogen „Arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster“ (AVEM), ein von Schaarschmidt (2006) entwickelter Fragebogen zur Messung von arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern, verwendet. Konkrete gesundheitliche Störungen können mit diesem Instrument nicht erhoben werden (vgl. Korczak et al., 2012). Im Rahmen der Evaluation einer gesundheitsförderlichen Maßnahme



erschien es aus diesem Grunde in den von der Verfasserin durchgeführten explorativen Studien weiterführend, psychometrische Erhebungsinstrumente einzusetzen, die Beschwerden und Stimmungszustände und deren Veränderung auf physischer und psychischer Ebene messen konnten.

In der Studie von Peters (2012) wurde bei den befragten Waldorflehrern festgestellt, dass 60 % künstlerisch-handwerkliche Betätigungen in ihrer Freizeit als kraftpendend beurteilten. Diese Affinität zu künstlerischen Aktivitäten legt den Schluss nahe, dass gerade kunsttherapeutische Interventionen ein sehr gutes Mittel der Gesundheitsförderung bei dieser Zielgruppe darstellen können.

Das Ergebnis eines Reviews für den Zeitraum 2006–2010 der HTA-Wissenschaftler (Health Technology Assessment) Korczak et al. (2012) zur Therapie des Burnouts zeigte, dass nur die Wirksamkeit von Maßnahmen der kognitiven Verhaltenstherapie durch eine große Anzahl von Studien belegt werden konnte. Die Befundlage zur Kunsttherapie wurde in diesem Zusammenhang als spärlich bezeichnet (vgl. ebd.). In eigenen, systematischen Datenbankrecherchen für den Zeitraum 1989–2014 zur Wirkung von Kunsttherapie wurde festgestellt, dass im präventiven Bereich sehr wenige Studien zu verzeichnen sind (vgl. Oepen & Gruber 2012, 2014b; Oepen et al., 2014a). So wurde in der Studie von Van der Venet (2003) eine signifikante Reduktion von Trauma und Burnout durch eine kunsttherapeutische Gruppenintervention bei Sozialarbeitern festgestellt. Dabei wurden insbesondere die Entdeckung einer Symbolsprache, die Entfaltung von Kreativität und die Entwicklung der Vorstellungskraft als kunsttherapeutische Wirkfaktoren exploriert. Eine signifikante Reduktion der Burnout-Kernsymptome und eine signifikante Steigerung der Wahrnehmung sozialer Unterstützung wurde bei Mitarbeitern eines amerikanischen Hospizdienstes ermittelt (vgl. Salzano et al., 2013). Gruber (2011) stellte einen weiterhin bestehenden hohen Bedarf an kunsttherapeutischen Studien fest, die die Wirksamkeit kunsttherapeutischer Interventionen besser legitimieren.

Aus der salutogenetischen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit entwickelte sich in den USA in den 90er Jahren des vorherigen Jahrhun-

derts das Konzept des Wohlbefindens (vgl. Seligman et al., 2000). Es etablierte sich als Forschungszweig im Rahmen der positiven Psychologie und umfasst Begriffe wie Glück, Freude, Flow, Zufriedenheit (vgl. Frank, 2007). Operationalisiert werden kann Wohlbefinden nach dem Strukturmodell von Becker (1994) als Indikator für die Wirkung kunsttherapeutischer Interventionen. Becker unterteilt Wohlbefinden in eine Trait- und eine State-Komponente. Es wird somit zwischen aktuellem und habituellem Wohlbefinden differenziert, wobei im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtungsweise Wohlbefinden sowohl eine physische als auch eine psychische Komponente umfasst. Wohlbefinden kann nach Becker direkt durch angenehme sensorische Reize, Erfolgserlebnisse und Phantasietätigkeiten erreicht werden, indirekt durch die Beseitigung oder Reduktion aversiver Zustände, z. B. Beschwerden (vgl. ebd.).

Auf Grund der positiven Ergebnisse der Vorstudie wurde in der darauf aufbauenden, in diesem Buch ausführlich dargestellten Studie mit einer höheren Probandenzahl ( $n = 18$ ) explorativ überprüft, ob auch bei der Zielgruppe der Waldorfflehrer, denen insbesondere eine musische Affinität zugeschrieben werden kann, das Wohlbefinden durch kunsttherapeutische Interventionen gefördert werden kann. Dabei wurde angenommen (Hypothese), dass das Wohlbefinden aktuell an einem kunsttherapeutischen Projekttag gesteigert werden kann, habituell eine Steigerung nach mehreren Wochen möglich sein wird, wenn auch in deutlich abgeschwächter Form. Es wurde ebenfalls angenommen, dass kunsttherapeutische Wirkfaktoren in Verbindung mit einer Wohlbefindenssteigerung stehen. Dabei wurde auch das durchgeführte kunsttherapeutische Interventionskonzept als ein allgemeiner kunsttherapeutischer Wirkfaktor verstanden (vgl. Oepen et al., 2012, 2014a, b, 2015). Somit ging es in dieser Studie auch um die weitere Erprobung eines neuen kunsttherapeutischen Behandlungsmodells zur Gesundheitsförderung, wobei davon ausgegangen wurde, dass ein Projekttag lediglich erste Hinweise und grundlegende Erkenntnisse für die angestrebte Entwicklung eines längerfristig angelegten kunsttherapeutischen Unterstützungskonzepts geben kann.

Es wird darüber hinaus angenommen, dass dieses kunsttherapeutische Behandlungsmodell möglicherweise auch zur Unterstützung anderer Zielgruppen mit hohem Belastungsgrad zur Wohlbefindenssteigerung verwendet werden kann.

In Teil I der vorliegenden Arbeit werden Ergebnisse aus Studien zu Arbeitsbedingungen und -belastungen an Regel- und Waldorfschulen vorgestellt. Auf Grund der hohen Burnoutgefahr für diese Berufsgruppe, die sich in den explorierten Risikomustern nach Schaarschmidt (2006) und Peters (2012) zeigten, erschien es sinnvoll, Erkenntnisse der Burnoutforschung in die Konzeption eines kunsttherapeutischen Interventionsmodells einzubeziehen. Darüber hinaus wird ein Einblick in bereits bestehende Interventionsmaßnahmen zur Gesundheitsförderung und deren Ansatzpunkte bei Regelschullehrern gegeben. Diese Erkenntnisse werden ebenfalls in Teil I erörtert.

Für die Konzeption des Projekttages und damit für die Erstellung eines kunsttherapeutischen Unterstützungsangebots sind bezugswissenschaftliche Erkenntnisse von großer Bedeutung. Diese dienen als Ausgangspunkt für die Erstellung des kunsttherapeutischen Konzepts. So werden in Teil II gesundheitswissenschaftliche und psychologisch-therapeutische Erkenntnisse referiert: die Prinzipien der Salutogenese und Hygiogenese, Stressbewältigungsmodelle, Ressourcen- und Lösungsorientierung in der Psychotherapie und das psychologische Konzept des Wohlbefindens.

Die für die Interventionen maßgeblichen kunsttherapeutischen Ansätze werden in Teil III vorgestellt. Hierzu gehören insbesondere die Wirkungsmechanismen der tiefenpsychologisch orientierten Kunsttherapie nach Jung (2001) und die Wirkfaktoren der Maltherapie nach Riedel & Henzler (2004). Mit einem Überblick über relevante kunsttherapeutische Forschungsergebnisse endet Teil III.

In Teil IV werden Planungs- und Durchführungsgrundsätze des kunsttherapeutischen Interventionskonzeptes vorgestellt, die sich an den bereits in den vorangegangenen Kapiteln vorgestellten Grundlagen orientieren.

Teil V stellt den empirischen Teil dieser Studie vor. Ausgehend von einer Kurzbeschreibung der Studie und deren Rahmenbedingungen

wird ein Überblick über die verwendeten quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden gegeben. Die Verwendung eines Methoden-Mix erschien sinnvoll, da auf diese Weise die Aussagekraft der Ergebnisse erhöht werden konnte, denn die Forschungsfragen konnten aus mehreren Perspektiven betrachtet und beantwortet werden (vgl. Kuckartz, 2014b, S. 50). Der Beschreibung der Ergebnisse folgt eine ausführliche Darstellung von zwei Einzelfallanalysen. Auf diese Weise soll eine verstärkte Praxisorientierung dieses Buches gewährleistet sein.

Abschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und ausführlich diskutiert und in Verbindung mit Erkenntnissen anderer Studien interpretiert. Dabei wird vor allem ein Ausblick auf den Ausbau des vorgestellten kunsttherapeutischen Behandlungsmodells gegeben und auf die Planung weiterer Forschungsarbeiten im präventiven Bereich, wobei auch Hinweise auf Limitationen der vorgestellten Studie gegeben werden, die in nachfolgenden Untersuchungen berücksichtigt werden sollten.