Skript zum Vortrag

Dieser Kurs soll einen Überblick über Forschung geben, wobei zwischen hypothetisch-deduktive und induktive Modelle unterschieden wird. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf jene Methoden, die den Prozess und die Inhalte der Kunsttherapie Praxis zu erforschen ermöglichen werden. Aktives Lernen wird die Teilnehmer befähigen, einen Forschungsantrag zu formulieren.

1. Was ist Forschung?

Hier eine mögliche Definition:

„Forschung ist eine *systematische, selbstüberwachende Erkundigung*, die zu einer Entdeckung von neuen Erkenntnissen welche, wenn dokumentiert und veröffentlicht, zur Veränderung oder als *Beitrag* von bestehendem *Wissen* oder *Praxis* führt.

(Bruscia in Wheeler 1995:21)(übersetzt, NOT)

Verstehen wir wirklich das obige Zitat? Was bedeutet es? Wenn wir die Schlüsselwörter genauer anschauen, kommen wir näher.

Systematisch

Dies meint nicht willkürlich aber fokussiert, organisiert, mit strenger Methode. Forschung heisst nicht einfach gute Ideen zu haben und sie mit kreativer Begeisterung zusammen zu reihen. Forschung ist eher eine Reihe von Schritten, von Aktivitäten, die einen Bezug zueinander haben auf eine strukturiert geplante Art und Weise.

Selbstüberwachend

Das bedeutet das konstante Überprüfen des eigenen Denkens, des eigenen Tuns in der Forschung, d.h. man muss gleichzeitig innerhalb und ausserhalb des Forschungsprozesses sein.

Erkundigung (Befragung)

Das meint das Sammeln von Information, damit man die eigenen Forschungsfragen angehen kann. Man sollte darüber sinnieren, immer wieder aus einem anderen Blickwinkel, um neues Wissen und Perspektiven zu erhalten. Es ist ein zyklischer Prozess.

Beitrag zum bestehenden Wissen

Das bedeutet, dass man die Entdeckungen und Erkenntnisse andern im Fachbereich zugänglich macht; die Ergebnisse kommuniziert und nicht verstauben lässt. Also Artikel darüber schreibt, in Seminaren präsentiert, dass man offen ist und es so in Diskurs bringt.

Also, Praxis, Forschung und Theorie sind eng miteinander verbunden und doch sollten wir die Unterscheidung klären:

Praxis zielt darauf ab, Klienten zu behandeln. Sie ist der Teil der Arbeit bei der Durchführung von Therapiesitzungen, beim Vorbereiten und Rapportieren von Sitzungen, im Austausch innerhalb des Teams, über die Arbeit, und das Geschehen zu berichten, usw.

Forschung zielt darauf ab, Wissen zu entwickeln und neue Einblicke in die Therapiearbeit zu geben, durch Erforschen, möglicherweise der Praxis selbst.

Theorie zieht von und verbindet sich mit andern Theorien, und beruht auch auf Forschung und Praxis. Theorie beschreibt, organisiert, unterstützt und erklärt. Es kann sich ein Rahmen ergeben der uns hilft, dem was wir als Praktiker und /oder Forscher tun einen Sinn zu geben.

2. Der Unterschied zwischen hypothetisch-deduktiven und induktiven Modellen:

Induktives Modell

Induktives Modell

In einem induktiven Forschungsansatz beginnt ein/e ForscherIn, Daten zu sammeln, die für sein/ihr Thema interessant sind. Sobald eine beträchtliche Menge an Daten gesammelt worden ist, wird der/die ForscherIn dann eine Verschnaufpause von der Datenerhebung nehmen und zurücktreten, um eine Vogelperspektive von den Daten zu erhalten. In diesem Stadium sucht der/die ForscherIn nach Mustern in den Daten und arbeitet daran, eine Theorie zu entwickeln, die diese Muster erklären könnte. Wenn also ForscherInnen einen induktiven Ansatz verfolgen, beginnen sie mit einer Reihe von Beobachtungen und dann bewegen sie sich von diesen besonderen Erfahrungen zu einem allgemeineren Satz von Sätzen über diese Erfahrungen. Mit anderen Worten, sie bewegen sich von Daten zur Theorie oder vom Spezifischen zum Generellen. Die 3 Schritte, die mit einem induktiven Forschungsansatz verbunden sind, sind:

1. **Daten sammeln** (spezifischer Fokus),
2. **nach Mustern suchen** (Analyse),
3. **Theorie entwickeln** (allgemeiner Fokus)

Deduktives Modell

ForscherInnen die ein deduktives Modell wählen, nehmen die vorher beschriebenen Schritte der induktiven Forschung und kehren ihre Reihenfolge um. Sie beginnen z. B. mit einer Theorie, die sie überzeugend finden und testen dann ihre Implikationen mit Daten. Das heißt, sie bewegen sich von einer allgemeineren Ebene zu einer genaueren. Ein deduktives Modell für die Forschung ist dasjenige, das die Menschen typischerweise mit der wissenschaftlichen Untersuchung assoziieren. Der/die ForscherIn untersucht, was andere getan haben, liest vorhandene Theorien über das Phänomen, das er/sie studiert, und prüft dann Hypothesen, die aus diesen Theorien hervorgehen. Die 3 Schritte, die mit einem deduktiven Forschungsansatz verbunden sind, sind:

1. **Theoretisieren / Hypothesen aufstellen** (allgemeiner Fokus).
2. **Daten analysieren** (Analyse),
3. **Hypothese wird unterstützt oder nicht** (spezifischer Fokus)

3. Methoden

Kunsttherapie ist vor allem Praxisarbeit, aber auch sehr viel Forschungsarbeit. Sie ist auf praxisbezogene Prozesse und Inhalte fokussiert und wendet Methoden an, die daraus eine Forschung ermöglichen.

Forschungsmethoden, die in der Kunsttherapie eingesetzt werden können, sind viele:

1. **A) Historisch, archivarisch und kunstbasierte Methoden:** Texte, Objekte, Bilder, Primär- und Sekundärquellen.
Z.B. *Diane Waller* (Kunsttherapeutin in UK) recherchierte über „Auf dem Weg zu einer europäischen Kunsttherapie: Schaffung eines Berufs“, d.h. über Kunsttherapie die aus verschiedenen Wurzeln in verschiedenen Ländern aus ganz Europa gewachsen ist - zum

Beispiel in Psychoanalyse, Kunstpädagogik, Psychologie oder Medizin. Sie hat auch unterschiedliche Formen in Bezug auf Philosophie, Praxis, Ausbildung und institutionelle Kontexte genommen.

Z.B. *David Hockney* (Künstler in UK, um ein Beispiel zu zeigen, dass man visuell historisch forschen kann): analysierte die Arbeit der alten Meister und argumentierte, dass die Genauigkeit, die in ihrer Arbeit dargestellt wird, unmöglich ist, durch "Augäpfel" zu schaffen. Seither hat Hockney eine Reihe von Veröffentlichungen über positive Hinweise auf die Verwendung von optischen Hilfsmitteln und die historische Plausibilität solcher Methoden erstellt. Die Hypothese (Hockney-Falco Thesis) führte zu einer Vielzahl von Konferenzen und heftigen Diskussionen.

B) Hermeneutik: Theorie und Methodik der Interpretation; Besonders von Texten

C) Visuell: Schauen, Schreiben, Kuratieren, Kunstmachen (alle Materialien inkl. neue Medien). Kunstschreiben; Dichte Beschreibungen von Kunstwerken, eine verbale Erleuchtung eines Kunstwerks, die auf unterschiedliche Weise analysiert werden kann (d.h. durch Schichten der ikonographischen Analyse, siehe *Panofsky 1972*, der versuchte, den Unterschied zwischen dem Subjekt, der Bedeutung und der Form oder einem fundierten Theorieansatz zu definieren, oder wie nach *Charmaz 2006* eine systematische, flexible Möglichkeit, die gesammelten Daten zu analysieren, um die in den Daten selbst ‚grounded theory‘ zu konstruieren). Art-Writing ist eine zeitgenössische erforschende und kreative Gattung geworden, die die Subjektivität der Künstler / Schriftsteller / Praktiker / Forscher in einem heuristischen und situierten Rahmen in der Kunst umfasst. (siehe *Clark 2006*, *Elkins 2001*).

In Visueller Kunst- kennen wir alle irgendeine Methode, wie Malerei oder Zeichnung eingesetzt werden kann in Kunsttherapie, von aktive Imagination mit Malerei, oder der progressiven Spiegelbild Methode mit Neocolor II, oder neulich diverse Foto- und Video-Therapie Methoden.

2. Quantitative Methoden

Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und kontrollierte Gruppenstudien; Messung der Behandlungsergebnisse.

Umfragen: Fragebögen sammeln, quantitative und / oder qualitative Daten

3. Interviewbasierte Forschungsmethoden

Interviews: strukturiert, halbstrukturiert, offen

4. Phänomenologische Methoden

Ethnographische: Beobachtung und Beschreibung von Personen und / oder Ereignissen in ihrer spezifischen Umgebung

Heuristik: experimentelle Entdeckung mit sich Selbst und anderen

Phänomenologisch: Observation (Beobachtung) und endgültige Beschreibung

5. Fallstudien

Fallstudien: klinisch - experimentell, beschreibend, entdeckend; Fallreihen, gesellschaftliche Studien

6. Aktion und Kollaborative Methoden

Aktion: Handlungszyklen und Reflexion, Action Painting, Partizipative Aktionen, Sozialer Aktivismus, Performance Kunst

Kollaboration: Co-Recherche, subjektiv, experimentell

7. Evidenzbasierte Praxis (Audit, Richtlinien)

Dies wird am Nachmittag besprochen!

Obwohl man vielleicht in der Praxis wünscht, Beispiele als einen Index-Katalog zu haben, werden sie hier nicht geliefert, weil diese immer aktualisiert werden müssen und es heute so komplex geworden ist, dass einige Forschungsprojekte schwierig einzuordnen sind - wie zum Beispiel Rose Ehemann's Virtual Kunsttherapie Forschung, in der ich auch viele empirische Daten gesammelt habe, war es einerseits eine Forschung mit einer bestimmte Population: physisch Kranke mit Depression oder Persönlichkeitsstörung, und anhand der Aufgaben, die wir an Patienten stellten, war die Forschung qualitativ (Zeichne einen Menschen-Test; gestalte deinen Avatar, usw.) und quantitativ durch die diversen Statistischen Testbogen zur Befindlichkeit und Körperwahrnehmung, und durch halb strukturierte Interviews, die halb quantitativ und qualitativ zu analysieren waren.

Darum liste ich **hier 7 Grund Kategorien** auf, aber die Realität ist komplexer und fragmentierter. Ich bin sehr gespannt auf eure Interessen und Forschungsfragen, weil ich denke, dass sie einen aktuellen Bestand aufzeigen der mit dem Hier und Jetzt zu tun hat.

Geschichte und Entwicklung der Kunsttherapie Forschung und evidenzbasierte Praxis (EBP) werden kurz umrissen und ihre Beziehung untersucht. Es wird auch die kreative Spannung zwischen dem kulturellen, kritischen Diskurs der Kunst und Kunstgeschichte Forschung mit den ergebnisorientierten, randomisierten und kontrollierten Studien verglichen.

4. Geschichte und Entwicklung der Kunsttherapie Forschung (kurzer Umriss!)

Kunsttherapie hat eine lange Entwicklungslinie, die verwurzelt ist in den beiden Welten von Psychologie und Kunst. Nach Junge & Linesch (1993) die die Geschichte der Kunsttherapie intensiv erforscht haben, waren es Psychiater und Psychologen im 19. Jahrhundert, die mit ihren Patienten ausführliche Fallgeschichten entwickelt haben, um menschliches Verhalten, Psychopathologie und die subjektive Erfahrung zu erleuchten. Und eine frühe Forschungsmethode war auch, die Kunst von Menschen mit psychischen Krankheiten anzuschauen.

Z.B. Im Jahr 1922, **Hans Prinzhorn**, ein Deutscher Psychiater und Kunsthistoriker, publizierte sein Buch: *Die Bildnerie der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung*.

Z.B. **C. G. Jung** entwickelte seine psychologischen Theorien aufgrund des Kunst machen – d.h. er hat selber Kunst gemacht. Er kommentierte und illustrierte seine Ideen und Erfahrungen die er zwischen 1913 und 1916 machte. Dokumentiert ist dies in: *Das Rote Buch*, geschrieben zwischen 1915 und 1930, veröffentlicht aber erst im Jahr 2009.

Z.B. Noch ein anderer früher Theoretiker, **Rudolf Arnheim**, 1966, studierte die ästhetischen Qualitäten von Kunst wie sie von Künstlern und Betrachtern wahrgenommen werden.

Das heisst, die Pioniere der Kunsttherapie sind alle von der Kunst und Kunstforschung ausgegangen und haben sie kombiniert mit Psychologie, Anthropologie, Literatur, Mythologie u. a. (siehe auch Junge & Linesch 1993).

Erst ab den 70er Jahren haben (in Amerika) Kunsttherapeuten angefangen, eine formalisierte Forschungsbeziehung mit dem Gesundheitswesen aufzubauen, wo es darum ging, die Rolle der Kunsttherapie in der Praxis zu klären. Und erst ab den 80er Jahren sah eine Forschungsentwicklung der Aesthetik der gemachten Kunstarbeiten in Zusammenhang mit psychoanalytische Theorien und Methoden, z.B. **Arthur Robbins** (siehe sein 1986 Buch: *Expressive Therapy: A Creative Arts Approach to Depth-Oriented Treatment*) hat die Schnittstelle der Ästhetik und Psychodynamischen Theorie analysiert, insbesondere die inneren Gedanken des Therapeuten nebst der Therapeut-Klient-Beziehung, was das noch-relevante Konzept der Intersubjektivität etablierte.

Trotzdem war Forschung noch in den 80er Jahren nicht ein Hauptfokus, und eine gemeinsame Forschungssprache fehlte. Auch heute ist es noch schwierig, einen gemeinsamen Boden zu finden, wie man Forschung in Kunsttherapie betreiben soll, weil ein Mangel an Konsens über die besten Ziele und Zwecke der Forschung besteht.

So begann eine öffentliche Debatte, auch verfolgbar in Fachzeitschriften und an Fachsitzungen, über Forschungsgrundlagen zu sinnieren: wie soll man forschen, welche Forschungsmethoden sind angemessen für den Fachbereich geeignet? Das gab wiederum den Anstoss, unter einigen, sich für die qualitative Forschung zu bemühen, um die Kunsttherapie zu legitimieren. Dies löste auch die Kritik aus, dass sie nicht rigoros genug sei. Metz (2008) erwähnt zu Recht, dass die Debatte um empirische und quantitative Forschung auch ein Spiegelbild des Kampfes dieses jungen Feldes ist, um seine einzigartige Identität beizubehalten, während er versucht, die Validierung innerhalb von mindestens 3 Gemeinschaften zu erlangen: wissenschaftlich, klinisch und künstlerisch.

Heute finden Kunsttherapeuten Werte in beiden Methoden (qualitativ und quantitativ) und verwenden oft sogar einen gemischten Methodenansatz. Statistisch gesehen zeigt die Evolution der Forschung in der Kunsttherapie (basierend auf amerikanischen Studien) einen Anstieg von 5% im Jahr 2000 auf 20% im Jahr 2009. Im Jahr 2017, vielleicht jetzt 30%?

5. Evidenzbasierte Praxis (EBP)

Die Evidenzbasierte Praxis ist eine jüngere Branche der Forschungsmethoden, ein stets zunehmend wachsender Forschungsbereich. Er ist trotzdem ein Bereich der Kunsttherapie, wo Studierende dieses Faches noch nicht ganz ausgerüstet sind um in der Praxis damit umzugehen.

Robb (2016) spricht das Anliegen (zu mind. in USA) aus, dass der Bildungsstandard wohl verlangt, dass die Studierenden in der Lage sind, kritisch zu lesen und die veröffentlichte Forschung zu verstehen, aber nicht unbedingt vorbereitet sind, forschen zu können. Viele Kunsttherapie-Trainingsprogramme in den USA konzentrieren sich darauf, dass Praktiker lernen, "Verbraucher von Forschungsergebnissen über die Beurteilung und Behandlung und vor allem - zu den Evaluatoren ihrer eigenen Interventionen zu werden" (Haring-Hidore & Vacc 1988: 286, in Robb 2016; übersetzt NOT), auch mit dem Schwerpunkt auf Beweis- Basierte Praxis (Brennan 2011). Dennoch besteht Konsens darüber, hätte man die Möglichkeit während der Ausbildung eigene, originelle Forschung durchzuführen, wären die Schüler vorbereitet, bessere Forscher zu sein, sobald sie auf dem Feld sind (Praxis). Mit dem Fortschritt des 21. Jahrhunderts gibt es auch einen Vorstoss, um mehr Doktorandenprogramme in der Kunsttherapie zu schaffen, weil solche Programme einen tiefen Einfluss auf die Festlegung der Praxis der Kunsttherapie haben und auf die Form der im Feld durchgeführten Forschung (Gerber 2006).

Die Tatsache ist, dass Evidenzbasierte Praxis in der Kunsttherapie weit mehr in Großbritannien als in den USA durchgeführt wird, wo das nationale Gesundheitssystem in der kollektiven Anstrengung der Kunsttherapie zur Evidenzbasierten Praxis geführt hat (Gilroy 2006). Gilroy (ibid.) meint auch: Evidenzbasierte Praxis, die unsere kunsttherapeutische Disziplin mit "ihrem eigenartigen Beweis" informiert, muss unterstützt werden, anstatt die Kunsttherapie zu benachteiligen, weil sie nicht das EBP-Modell der Forschung einhält.

Es gibt einige Grundsätze, die zur Evidenzbasierte Praxis gehören:

Die Grundsätze der Evidenzbasierte Praxis (EBP)

- Systematische Beobachtungen, die reproduzierbar und unvoreingenommen sind - was das Vertrauen in das Wissen über die Praxis erhöhen kann.
- EBP ist ein zyklischer Prozess, der erfordert, dass alle Interventionen in Gesundheits-, Sozial-, Bildungs- und Strafjustiz-Systemen auf Forschung basiert, die ihre Wirksamkeit gezeigt hat.
- Es erfordert, dass Praktiker ständig ihr Wissen über die Forschung aktualisieren, damit sie sicherstellen können, dass "Best Practice" geliefert wird, die zu den besten Ergebnissen führen wird.
- Gesundheitspflegepraktiker sind oft auch verpflichtet zu zeigen, dass sie tatsächlich umgesetzt haben, was die Forschung empfiehlt - dies wird in der Regel durch zwei Qualitätssicherungsverfahren erreicht:
 - a) klinische Leitlinien/Richtlinien;** die Erkenntnisse aus der Forschung ableiten und Empfehlungen zur Behandlung abgeben, und
 - b) Audit;** Untersuchung, ob Prozesse, Anforderungen und Richtlinien die geforderten Standards erfüllen.

EBP zeichnet daher eine lineare Gleichung zwischen einer Person, ihrer Diagnose und der Behandlung, die sie erhält.

Beweisregeln der Evidenz-Basierten-Praxis: Es sind nur bestimmte Beweismittel gültig.

Der Beweis muss:

- Eine explizite Hypothese haben
- Verwenden zuverlässiger Maßnahmen gewährleisten
- Eine zufällige Zuteilung von Themen haben
- Statistische Auswertung verwenden
- Verwenden von großen Proben ermöglichen
- Verwenden blinder Experimente sichern

Evidenz-basierte Praxis eignet sich gut für körperliche Behandlungen und manuelle psychologische Interventionen, die den Körper und Verstand/Geist als Organismen betrachten - wenn etwas schief geht, gibt es eine Ursache, die identifiziert werden kann und eine Intervention, die gemacht werden kann, um das Problem zu beheben. Allerdings ist der menschliche Geist sehr individualistisch und funktioniert nicht immer so mechanistisch, nach Ursache und Wirkung sowie Art und Weise. Der Mensch ist von Beziehungen, Erfahrungen, Kulturen und gesellschaftspolitischen Kontexten beeinflusst. Das heisst nicht, dass quantitative Forschung in der Kunsttherapie nicht durchgeführt werden soll. Weit davon entfernt.

Allerdings ist die **induktive Forschung** auch entscheidend für die Evidenzbasis der Kunsttherapie, nicht nur, weil sie ein wesentlicher Vorläufer der empirischen Forschung ist, die EBP erfordert, sondern auch, weil sie einen intrinsischen (wesentlichen) Wert hat. Induktive Forschung ist kumulativ, sie baut sich langsam aber stetig auf. Es geht oft um eine persönliche Reise für den Therapeuten. **Sie greift auf das praktische Wissen des Praktizierenden zu, beschreibt Praktiken, entwickelt Theorien und erforscht neue Ideen und sucht, Möglichkeiten zu beschreiben und Fragen zu erforschen, die Kunsttherapeuten untersuchen wollen, um ihre Praxis zu verbessern, anstatt Antworten zu geben auf die Fragen von EBP über "was funktioniert".**

In **klinischen Leitlinien** geht es oft um "das Richtige zu tun":

Sie zielen darauf ab, die Praxis zu führen, in der Regel in Bezug auf die klinische Entscheidungsfindung durch:

- **Bedingungen:** z.B. spezifische Fragen, die mit bestimmten Kundenpopulationen zu tun haben. Z.B. Geeignete Kunstmaterialien.
- **Probleme:** z.B. Bewältigung der Gewalt.
- **Bewertung:** z.B. welche Kunden sind für verschiedene therapeutische Ansätze geeignet.
- **Behandlung:** z.B. Entscheidungen über die Behandlung, sobald sie begonnen hat.

Die Richt-/Leitlinien basieren auf den besten verfügbaren Beweisen und sind aus der kritisch beurteilenden Literatur, aus dem Expertenwissen und dem lokalen klinischen Konsens entnommen.

Audit: ist im Wesentlichen ein zyklisches Qualitätssicherungsverfahren, das die Verbesserung der Praxis und der Dienstleistungen überwacht und sucht. Themen oder Prüfungskriterien können direkt aus klinischen Richtlinien abgeleitet werden. Audit spricht auch Fragen an, die mit der Qualität der Dienstleistung zu tun haben: Relevanz, Akzeptanz, Gerechtigkeit, Effizienz, u.a.

Diese beziehen sich in der Regel auf **3 Bereiche:**

- 1) **Eingabe:** Verweise, z.B. Alter, Ethnizität, Ressourcen, z.B. Räumlichkeiten, Personal, Fallmix
- 2) **Prozess:** quantitative Auswertung der klinischen Arbeit z.B. Wartezeit, Zeiterfassung, Zeitaufwand

für Mitarbeiter / Kunden in Gruppen / Einzelarbeit; Qualitative Bewertung der klinischen Arbeit, z.B. Peer-Review von Gründen für Kunden Nicht-Anwesenheit, Peer-Überprüfung der Überweisung Zahlen zu Gruppe / individuelle Therapie, Verweis Zufriedenheit mit Service
3) **Ergebnis:** Verwaltung z.B. Wie Kontakt endete, Kundenzufriedenheit mit Service, Follow-up z.B. Rücknahmeraten/Wiederaufnahmeraten.

Zusammenfassend:

Obwohl eine Beziehung zwischen Audit und Forschung besteht, sind sie verschiedene Aktivitäten. Sie informieren sich gegenseitig und beide informieren die klinische Arbeit, aber sie haben unterschiedliche Zwecke, Treiber, Methoden und Kontexte.

Zweck des Audits: Überwacht die Qualität der Dienstleistungen und sucht ihre kontinuierliche Verbesserung, zur Nutzung der besten der begrenzten Ressourcen.

Zweck der Forschung: Sucht die Wahrheit, um die Theorie zu erforschen und zu konstruieren.

Verben, die man benutzt um Audit zu beschreiben: verbessern, steigern, sicherstellen, ändern

Verben, die man benutzt um Forschung zu beschreiben: entdecken, erforschen, identifizieren, bestimmen

Typische Fahrer bei Audit: Käufer, Manager, Kliniker

Typische Fahrer bei Forschung: Forscher, Kliniker, Therapeut

Methode benutzt bei **Audit:** einfache Zahl verarbeiten, qualitative Umfragen

Methode benutzt bei **Forschung:** gesamte Palette quantitativer und qualitativer Methoden

Kontext bei Audit: lokal

Kontext bei Forschung: sucht, über die unmittelbare Einstellung hinaus zu verallgemeinern, kontextualisiert in der Geschichte und Literatur über die Forschung.

Es gibt ein wunderbares Beispiel der **evidenz-basierten Praxis Leitlinie** in UK. Eine Gruppe von 13 Kunst-Therapeuten (die alle außer 1 im nationalem Gesundheitswesen arbeiten), hat eine Praxis Richtlinie entwickelt für Kunsttherapie Praxis mit Leuten, die anfällig für psychotische Zustände sind. Siehe auch PDF, Brooker, et al. (2007) *The Use of Art Work in Art Psychotherapy with People Who are Prone to Psychotic States. An Evidence-Based Clinical Practice Guideline.*

Man sagt, dass **Kollaboration** / Zusammenarbeit der Schlüssel für die zukünftige Forschung ist in der Kunsttherapeuten gemeinsam mit alliierten Gesundheitsfachkräften arbeiten (u.a. Gilroy 2006, Robb 2012). Kollaboration bietet auch die Möglichkeit, umfangreiche Studien sowie mögliche Multi-Site-Studien durchzuführen. Dies kann jedoch nur dann stattfinden, wenn die Zusammenarbeit auf gleichberechtigten Partnerschaften beruht. Forschungspartner, die die Kunsttherapie nur in einer adjunktiven Rolle wahrnehmen, verpassen die Möglichkeit, die Kraft der Kunsttherapie als primäre Therapieart zu entdecken, zu erforschen und zu erkennen, wie "Kunst" die Kliniker über die Bedenken/Anliegen und Bedürfnisse des Klienten informiert.

Laut Kaiser & Deaver (2012) fanden sie in ihrer Studie zu „Was ist Kunsttherapieforschung?“ heraus, dass die Verwendung eines "Mixed Media-Method"-Ansatzes der Forschung eine der 5 Top Forschungsmethoden war, die von Kunsttherapeuten als wichtig und zeitnah zitiert wurden. Weitere Top-Forschungsmethoden umfassen experimentelle, phänomenologische, mehrstufige Studien und Assessment-orientierte und in jüngster Zeit auch interkulturelle, ethnographische Methoden. Aber Robb (2016), die eine Interview Umfrage vor einem Jahr machte, fand eine ganz andere Reihe von

Themen für eine Kunsttherapie Forschungs-Agenda: im Interview mit McNiff (ein Kunsttherapie Pionier in den USA), fragte er, "Wenn wir glauben, dass Kunst eine Intelligenz ist, eine Kernart des Wissens und das unsere Begründung in unserem Beruf ist, warum üben wir das nicht in unserer Forschung aus?" (Robb 2016). Andere Kunsttherapeuten sagten auch, dass Forschen „Kunst als eine Art zu wissen“ durch Methoden der Kunstbefragung der Schlüssel zum Verständnis der Mechanismen der Kunsttherapie ist.

Linesch (2016) fordert auch die Untersuchung der Kunsttherapie mit einem "breiteren" Satz von Methoden, die die Künste und ihre Prozesse umfassen und meint, dass wir z.B. unsere Sprache weit mehr nutzen können. Als Beispiel: Das Denken und das Schreiben sind nützliche Werkzeugen, gar Methoden in der Kunst: Denken in Sprache (Metakognition, Dialoge und Betrachter), Denken im Medium (Kognition, Symbolik, Kunstwerk) ergibt Denken im Kontext (Situierete Kognition und Responsive Einstellung) – etwas was wir Kunsttherapeuten versuchen, gemeinsam mit Klienten und Patienten zu fördern.

Als Praktizierende wollen wir anschauen, was Beweis ausmacht und wie Forschung in angemessener Weise anzuwenden ist. Ebenso wie man durch eigene Forschung und andere zusammenhängende Aktivitäten Beweismaterial leisten kann

6. Was Beweis ausmacht und wie Forschung angemessen anzuwenden ist

Zwei Hauptdilemmas der Beweisführung:

1. In Evidenz-basierter Praxis - welche Beweise machen sie aus

Mayan & Daum (2016) diskutieren über was und warum all die Aufregung über Beweis. Wir haben evidenzbasierte Forschung, evidenzbasierte Praxis, evidenzbasierte Politik, evidenzbasierte Arzneimittel und so weiter. Erstens sind wir nicht alle einig über welche Beweise und zweitens, können Entscheidungen nicht allein auf Beweis beruhen. In Wirklichkeit wiegen auch viele andere Kontextfaktoren, einschließlich Politik, Ressourcen und Patientenpräferenzen mehr.

Schließlich, unabhängig davon, wie wir es nennen, oder was wir glauben, wollen wir alle eine Basis schaffen, auf der wir vertrauensvoll Entscheidungen treffen können, Entscheidungen, die die Gesundheitspraxis und die gesundheitlichen Ergebnisse verbessern. In zunehmendem Maße wird ein neuer Ansatz namens ‚gemeinschaftsbasierte partizipative Forschung‘ (CBPR, community-based participatory research) attraktiv, weil:

A) Es zeichnet sich durch Partnerschaften zwischen Akademikern und Gemeinschaften und / oder Institutionen aus, um Wissen für die Schaffung von Veränderungen für Gemeinschaften zu erlangen. Aktion ist Teil der Forschung und Forschung ist dann abgeschlossen, wenn irgendeine Art von Veränderung in der Praxis, Programm oder Politik aufgetreten ist.

B) CBPR – community-based participatory Forschung ist ein Weg, um die Kluft zwischen qualitativ generierten Beweisen und Politik, Programm und Praxis Veränderungen zu überbrücken.

2. In Qualitativer Forschung - um Erkenntnisse als eine Form der Beweisführung zu nennen

Wie Morse (2016) zu Recht sagt: Qualitative Forscher zögern, ihren eigenen Erkenntnisse zu vertrauen und deshalb zögern zu empfehlen, dass andere sie anwenden oder sie benutzen, um die Praxis zu ändern.

Oft beschreiben wir unsere Forschungstheorien in einer interessanten Form und als verallgemeinerbare Erkenntnis, aber nicht in einer nutzbaren Theorie oder Form, die tatsächlich in einem Programm oder einer Politik angewendet werden könnte. Unsere Erkenntnisse sind oft in einer weichen und nicht-direktiven Weise geschrieben. Wir "schlagen vor", was "sollte" und „könnte" und unsere Empfehlungen sind nicht spezifisch identifiziert. Es wird oft erwartet, dass der Leser erkennen soll, "was los ist" und erleuchtetes Verständnis erlebt. Aber tatsächliche Richtlinien neigen dazu, weggelassen zu werden. Kunsttherapeutische Forscher sind oft nur qualitativ. Qualitative Forscher sind im Grossen und Ganzen in den Vorträgen ihrer Erkenntnisse vorsichtig und zögern, Kausalität vorherzusagen oder zu behaupten (u.a. Hall 2013). Diese Forscher begrenzen ihre Arbeit, indem sie innerlich streng sind. Sie entschuldigen sich für die kleine Stichprobengröße, für den Mangel an Randomisierung (Verschlüsselung). Obwohl wir in den vergangenen 10 Jahren weit gekommen sind, ist das Ergebnis immer noch eine Vertrauenskrise für qualitative Forscher.

Die Entwicklung einer Theorie wäre und sollte ein häufiges Ergebnis der qualitativen Forschung sein. Theorie hilft, einen Sinn zu machen, was los ist und gibt bestimmte Handlungsrichtungen. Theorie informiert Praxis und bietet eine klare Richtung für die Praxis. Wenn das qualitative Projekt einen

pragmatischen Beitrag leisten soll, dann müssen bestimmte Merkmale vorhanden sein:

1. **Rigor:** Das Projekt / die Forschung muss aussagekräftig sein.
2. **Relevanz:** Die Forschung muss ein wichtiges Thema / Frage oder Problem auf diesem Gebiet ansprechen.
3. **Vollständigkeit:** Die Erkenntnisse müssen in Umfang, Tiefe und Zeit umfassend sein.
4. **Rolle:** Das Projekt muss explizit in seiner Anwendbarkeit sein und damit in die Praxis umsetzbar
5. **Form** der Empfehlungen: Diese müssen in der Praxis konsistent sein und verwendet werden (siehe Morse 2016)

Morse (2016) skizzierte einige Strategien, um qualitative Forschung in die Praxis umzusetzen - und listete einige Formen von Empfehlungen mit möglichen Methoden auf (siehe vorgelegten Literaturstoff).

Nach Robb (2016) sind mögliche Fragen für die Kunsttherapieforschung und einige der fundamentalen Fragen, die aktuell gefragt oder erforscht werden, immer noch:

- Was macht die Kunsttherapie anders als andere psychischen Gesundheitsberufe?
- Wenn jemand nicht trainiert wird und er / sie eine Kunsttherapie durchführt, könnte jemand geschädigt werden?
- Was bedeutet es, Kunst in die Therapie einzubeziehen?
- Gibt es einen Unterschied zwischen der Selbst-Immersion-Reflexion in der Kunst und der künstlerischen Forschung?
- Was macht es zu Kunsttherapie und nicht zu Kunst?
- Was sind die Faktoren in der Kunst, die zur Heilung beitragen?
- Ist Kunsttherapie sicher?
- Was ist der Unterschied zwischen Kunst allein machen und mit anderen?
- Fragen: was, warum, und wie ist Kunsttherapie nützlich?
- Was ist die Ästhetik und die psychologische Bedeutung kreativer Objekte?
- Welche Qualitäten des Geistes und des Verhalten des Therapeuten sind einzigartig, nicht einzigartig, wesentlich, kompatibel oder vorgeschrieben für die Praxis der Kunsttherapie?

Wichtige zu untersuchende Bereiche sind:

- Ergebnis, Wirksamkeit, evidenzbasierte Forschung
- Kunsttherapie und Neurowissenschaften
- Forschung über Prozesse und Mechanismen in der Kunsttherapie
- Kunsttherapie Bewertung, Gültigkeit und Zuverlässigkeit
- Interkulturelle, multikulturelle Ansätze zur Kunsttherapie Bewertung und Praxis
- Etablierung einer Datenbank mit normativen Kunstwerken über eine Zeitspanne

Zu untersuchende Populationen:

- Trauma / komplexes Trauma, Trauma in Innenstädten
- Psychiatrische Hauptschmerzen (einschließlich Ess- und Bindungsstörungen)
- Medizinische Krankheiten (auch Krebs)
- Gefährdete Jugendliche in Schulen (beinhaltet Lernstörungen)
- Gerontopsychiatrisch (einschließlich Parkinson- und Alzheimer-Krankheiten)

SCHLUSSFOLGERUNG

Seit Beginn des Berufs hat die Forschung eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Kunsttherapie gespielt. Der Beruf hat sich jetzt durch die Teilnahme an der Durchführung und Veröffentlichung der Forschung bewegt. Wir gehen auf ein Verständnis zu, dass die Forschung von höchster Wichtigkeit ist und dass viele Kunsttherapeuten neuartige, neue und verschiedene Denkweisen entwickeln, die Kunsttherapie erforschen und kritisch analysieren.

Kunsttherapieforschung macht die Einbeziehung von Kunsttherapie in Gesundheitsinitiativen möglich. Die laufende Arbeit der Kunsttherapie Forscher wird unseren Beruf formen und verändern, zum Besseren.

LITERATURVERZEICHNIS

Ansdell G. & Pavlicevic M. (2001) *Beginning Research in the Arts Therapies. A Practical Guide*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Arnheim R. (1966) *Art and Visual Perception. A Psychology of the Creative Eye*. USA: University of California Press

Brennan C. (2011) *The Role of Research in Art Therapy Master's Degree Programs*. In: *Art Therapy. Journal of the American Art Therapy Association*, 28(3): 140-144.

Brooker J., Cullum M., Gilroy A., McCombe B., Mahony J., Ringrose K., Russell D., Smart L., Zweigbergk B. von & Waldman J. (2007) *The Use of Art Work in Art Psychotherapy with People Who are Prone to Psychotic States. An Evidence-Based Clinical Practice Guideline*. UK: Oxleas NHS Foundation Trust and Goldsmiths University of London.

Clark T. (2006) *The Sight of Death. An Experiment in Art Writing*. USA: Yale University Press.

Cohen J. L., Johnson J. L. & Orr P. P. (Ed.) (2015) *Video and Filmmaking as Psychotherapy. Research and Practice*. New York & London: Routledge

Charmaz K. (2006) *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. UK: Sage Publications

Denscombe M. (2nd Ed.) (2003) *The Good Research Guide. For small-scale social research projects*. USA: Open University Press

Dokter D. & Hills De Zàrate M. (Ed.) (2016) *Intercultural Arts Therapies Research. Issues and methodologies*. London & New York: Routledge

Elkins J. (2001) *Pictures and Tears. A History of People who have Cried in Front of Paintings*. USA: Routledge

Gerber N. (2006) *The Essential Components of Doctoral Level Education for Art Therapists*. *The Arts in Psychotherapy*, 33: 98-112.

Gerber N., Templeton N., Chilton G., Liebman M. C., Manders E. & Shim M. (2012) *Art-Based Research as a Pedagogical Approach to Studying Intersubjectivity in the Creative Art Therapies*. *Journal of Applied Arts and Health*, 3(1), 39-48

Gilroy A. (2007) *Art Therapy, Research and Evidence-Based Practice*. UK: Sage Publications.

Gilroy A. (2011) *Art Therapy Research In Practice*. Bern: Peter Lang AG

Gubrium J. F., Holstein J. A., Marasti A. B. & McKinney K. D. (Ed.) (2012) *The SAGE Handbook of Interview Research. The Complexity of the Craft*. USA: Sage Publications

Gussak D. E. & Rosal M. L. (Ed.) (2016) *The Wiley Handbook of Art Therapy*. Chichester UK: John Wiley & Sons

Hall J. M. (2013) The Power of Qualitative inquiry: Traumatic Experiences of Marginalised Groups. In: C.T. Beck (Ed.) (2013) Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research. USA: Routledge

Hockney D. (2001) Secret Knowledge: Rediscovering the Lost Techniques of the Old Masters. UK: Viking Studio

Junge M. B. & Linesch D. (1993) Our own voices. New paradigms for art therapy research. The Arts in Psychotherapy, 20, 61-67.

Kaiser D. & Deaver S. P. (2012) Generating a research agenda for art therapy using the Delphi Method. The American Art Therapy Association's 43rd annual conference, Savannah GV.

Karkou V. & Sanderson P. (2006) Arts Therapies. A Research Based Map of the Field. UK: Elsevier

Mathar, M. (2009) Kunsttherapie in der Kinderkardiologie. Entwicklung und Evaluation eines Applikationsmodells für die klinische Praxis. Regensburg: S.Roderer Verlag

Mayan M. J. & Daum C. (2016) Beyond Dissemination: Generating and Applying Qualitative Evidence Through Community-Based Participatory Research. In: K. Olson , R. A. Young & I. Z. Schultz (Ed.)(2016) Handbook of Qualitative Health Research for Evidence-Based Practice.

McLeod J. (2nd. Ed.) (2003) Doing Counselling Research. UK: Sage Publications

Metzl E. S. (2008) Systematic Analysis of the Art Therapy Research published in Art Therapy: Journal of the AATA between 1987 and 2004. The Arts in Psychotherapy, 35, 60-73

Morse J. M. (2016) What Use Is It Anyway? Considering Modes of Application and Contributions of Qualitative Inquiry. In: K. Olson , R. A. Young & I. Z. Schultz (Ed.)(2016) Handbook of Qualitative Health Research for Evidence-Based Practice.

Olson K., Young R. A. & Schultz I. Z. (Ed.) (2016) Handbook of Qualitative Health Research for Evidence-Based Practice. New York: Springer

Panofsky E. (1939) Studies in Iconology. USA: Oxford University Press

Petersen P., Gruber H. & Tüpker R (Hg.) (2011) Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Wiesbaden: Reichert Verlag

Prinzhorn H. (1922) Bildnerie der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung. D: Springer

Ringel S. & Brandell J. R. (Edit) (2012) Trauma. Contemporary Directions in Theory, Practice, and Research. USA: Sage

Robb M. (2016) An Overview of Historical and Contemporary Perspectives in Art Therapy Research in America. In: D. E. Gussak & M. L. Rosal (Edit) (2016)The Wiley Handbook of Art Therapy. USA: Wiley Blackwell

Rowan, J. (1981) A dialectical paradigm for research, in P. Reason and J. Rowan (Ed.), *Human Inquiry. A Sourcebook of New Paradigm Research*. Chichester: John Wiley (pp. 93–112).

Robbins A. (1986) *Expressive Therapy: A Creative Arts Approach to Depth-Oriented Treatment*. USA: Human Sciences Press

Seifert K. (2013) *Kunsttherapie bei Patienten mit unipolaren Depressionen im klinischen Bereich. Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines fototherapeutischen Behandlungsmodells*. Köln: Claus Richter

Sullivan G. (2nd. Ed.) (2010) *Art Practice as Research. Inquiry in Visual Arts*. USA: Sage Publications

Waller D. (1999) *Towards a European Art Therapy : Creating a Profession*. UK: Open University Press

Wheeler B. L. (Ed.) *Music therapy research: Quantitative and Qualitative Perspectives* (pp. 429-446). Gilsum: Barcelona Publishers.

Wodarski J. S. & Hopson L. M. (2012) *Research Methods for Evidence-Based Practice*. USA: Sage Publications