



PRIVATE PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE DER DIÖZESE LINZ
ZENTRUM FÜR WEITERBILDUNG

MASTERTHESE

zur Erlangung des akademischen Grades

„Master of Arts“, M.A.

Hochschullehrgang mit Masterabschluss

„Kunsttherapie und Pädagogik“

***Kunsttherapie bei legasthenen Kindern und ihr Einfluss auf die
Selbstwirksamkeit***

vorgelegt von

Mag.^a (FH) Birgit Weberndorfer

Betreuung

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Nina Jelinek

Dipl.Päd.ⁱⁿ Buttler Viktoria BEd, MA

Matrikelnummer: 41803208

Wortanzahl: 31735

Ottensheim, 15.06.2022

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Masterarbeit geht der Frage nach, inwieweit kunsttherapeutische Methoden legasthene Kinder in ihrer Selbstwirksamkeit stärken können. Legasthenie ist eine weit verbreitete Teilleistungsschwäche, die bei vielen Betroffenen zu Sekundärproblematiken führt. Diese reichen von psychosomatischen Beschwerden bis hin zu Depressionen, Ängsten und Verhaltensauffälligkeiten.

Zur Therapie von Legasthenie gibt es unterschiedliche Konzepte. So nehmen neben der klassischen Lerntherapie auch psychologische und alternative Therapiemethoden, teilweise im Rahmen von integrativen Konzepten, einen wichtigen Stellenwert ein. Kunsttherapie ist eine noch nicht etablierte Behandlungsmethode in diesem Bereich. Literatur aus den Sparten Kunsttherapie, Psychologie und Pädagogik wird in Bezug zur Forschungsfrage verknüpft und durch ein Interview mit einer Expertin ergänzt.

Kunsttherapeutische Methoden sind ressourcenorientiert und wollen niederschwellig die Selbstwirksamkeit betroffener Kinder nachhaltig stärken, um mit den Folgen der Legasthenie einen guten Umgang zu finden. Themen dieser Arbeit sind Legasthenie, Kunsttherapie, die Faktoren des Selbstkonzepts insbesondere die Selbstwirksamkeit, Methodik, Wirksamkeit und aktuelle Forschungsergebnisse der Kunsttherapie.

Dyslexia is a widespread partial performance weakness that leads to secondary problems in many sufferers. These range from psychosomatic complaints to depression, anxiety and behavioral problems.

There are different concepts for the treatment of dyslexia. In addition to classical learning therapy, psychological and alternative therapy methods, partly within the framework of integrative concepts, also play an important role. Art therapy is a not yet established method of treatment in this area. Literature from the fields of art therapy, psychology and pedagogy is linked on the basis of the research question and supplemented by an interview with an expert.

Art therapy methods are resource-oriented and low-threshold and aim to sustainably strengthen the self-efficacy of affected children in order to find a good way of dealing with the consequences of dyslexia. Topics of this work are dyslexia, art therapy, the factors of self-concept in particular self-efficacy, methodology, effectiveness and current research results of art therapy.

INHALTSVERZEICHNIS

1. <i>Einleitung</i>	6
1.1 Forschungsfrage	7
1.2 Bisheriger Forschungsstand	7
1.3 Forschungsmethodik	9
1.4 Aufbau der Arbeit	10
2. <i>Legasthenie</i>	12
2.1 Problematik	12
2.2 Definition	13
2.2.1 Definition nach EÖDL	13
2.2.2 Definition nach ICD 10	14
2.2.3 LRS - eine leistungsbezogene Definition	14
2.3 Diagnostik von Legasthenie	15
2.4 Modelle der Legasthenie	17
2.4.1 Der prozessorientierte kognitive Ansatz - Legasthenie als struk- turelle Lernstörung	18
2.4.2 Der neurowissenschaftliche Ansatz	21
2.4.3 Der systemische Ansatz	22
2.4.4 Die Stadien der Legasthenie	25
2.5 Sekundäre Auswirkungen von Legasthenie	29
2.5.1 Komorbiditäten bei Legasthenie	30
2.5.2 Legasthenie und ADHS	31
2.5.3 Legasthenie und emotionale Labilität	31
3. <i>Die Bedeutung wesentlicher Faktoren des Selbst bei Legasthenie</i>	36
3.1 Selbstkonzept	36
3.2 Selbstwirksamkeit	37
3.3 Selbstkontrolle	42
3.4 Selbstregulation	42
3.5 Selbstbestimmung	43

3.6	Selbstwert	43
3.7	Selbst und Legasthenie	43
4.	<i>Behandlung und Therapie von Legasthenie</i>	46
4.1	Zur Problematik der wissenschaftlichen Nachweisbarkeit von Wirk- samkeit	46
4.2	Therapiekonzepte bei Legasthenie	48
4.2.1	Therapie der sozialen Situation	51
4.2.2	Psychologisch orientierte Therapieverfahren des Selbstkonzepts	53
4.2.3	Lerntherapie	56
4.3	Kombinierte Psycho- und Lerntherapie	59
4.3.1	Das Essener Modell nach Betz und Breuninger	60
4.3.2	Kombinierte Lern- und Kunsttherapie PTE Nürtigen nach J. Masuch	62
4.4	Das Setting Gruppentherapie	64
4.5	Die Bedeutung der Beziehung in Schule und Therapie	66
5.	<i>Kunsttherapie</i>	68
5.1	Definitionen von Kunsttherapie	68
5.2	Zielgruppen der Kunsttherapie	71
5.3	Kunsttherapie mit Kindern	73
5.4	Wesen kunsttherapeutischer Verfahren	75
5.4.1	Ressourcenorientierung	75
5.4.2	Handlungsorientierung	76
5.4.3	Erlebnisorientierung	76
5.4.4	Beziehungsorientierung	77
5.5	Die Wirksamkeit der Kunsttherapie	79
5.6	Die Evaluation der Wirkfaktoren menschlicher Veränderungsprozesse in der Kunsttherapie nach dem ModiV	81
5.7	Kunsttherapie und Selbst	85
5.7.1	Möglichkeiten der Stärkung von Selbstwirksamkeit	86
5.7.2	Wechselwirkungen zwischen Kunsttherapie und Selbstkonzept	86
5.7.3	Selbstwirksamkeit in der Kunsttherapie	88
6.	<i>Kunsttherapie mit Legastheniebetreffenden</i>	91
6.1	Argumente für Kunsttherapie bei Legasthenie	91
6.2	Gestaltungstherapie im Rahmen des Essener Modells	94
6.3	Konzept Kunsttherapie und Legasthenie nach Masuch	96

7. <i>Methoden der Kunsttherapie bei Legasthenie</i>	100
7.1 Methoden nach Masuch	101
7.1.1 Mein Fehlerteufel	101
7.1.2 Arbeit mit Reizwörtern	102
7.1.3 Ressourcenbilder	103
7.1.4 Stimmungsbilder oder die Wut aus dem Bauch herausmalen	103
7.1.5 Skizzentagebuch	104
7.1.6 Reflexionskärtchen und Abschlussgestaltung	105
7.1.7 Schriftsprachlichkeit in der Kunsttherapie mit Legastheniker- innen/Legasthenikern	105
7.2 Methoden aus dem Essener Modell	106
7.2.1 Mein Entspannungssymbol	106
7.2.2 Das Zaubermännchen	107
7.2.3 Rollenspiel	107
7.2.4 Übungen zur Stresssituation Diktat	108
7.3 Paradoxe Interventionen in der Therapie und der Versuch einer Katzen- ralley	109
7.4 Schreibenanregungen durch kreatives Gestalten	110
7.5 Fantasieübungen	112
7.6 Selbstwirksamkeitstagebuch	112
7.7 Methoden von Maria Haas	112
7.7.1 Entfaltung	113
7.7.2 Annehmen	114
7.7.3 Vernetzung	114
7.7.4 Wandlungen	114
8. <i>Fazit</i>	115
 <i>Anhang</i>	 135

1. EINLEITUNG

Kunsttherapie und Legasthenie – das sind zwei Themenbereiche, die auf den ersten Blick nicht viel miteinander zu tun haben mögen. Schon alleine deshalb ist diese Themenstellung eine Herausforderung, aber mir als Autorin eine Herzensangelegenheit. Es ist mir ein persönliches und fachliches Anliegen zu hinterfragen, ob die beiden Themenbereiche tatsächlich so wenige Überlappungsbereiche haben, und sollte dies zutreffen, weshalb.

Ich kann mich nicht erinnern, dass die Anwendung von Kunsttherapie bei Teilleistungsstörungen wie der Legasthenie, im Rahmen meiner Ausbildung an der Pädagogischen Akademie der Diözese Linz jemals in einem Seminar thematisiert worden wäre. Ist dies vielleicht einfach Zufall? Oder würde eine Etablierung von Kunsttherapie in diesem Themenbereich tatsächlich ein neues Handlungsfeld eröffnen?

Mein Zugang und meine Motivation zu dieser Themenstellung entspringen einerseits meiner Euphorie für ressourcenorientiertes kunsttherapeutisches Arbeiten, mit dem Ziel der Steigerung der Selbstwirksamkeit der/des Betroffenen, andererseits meiner persönlichen Erfahrung mit dem Thema Legasthenie.

Als Mutter eines legasthenen Sohnes erfahre ich fast täglich, welche Stigmata und Herausforderungen mit dem Handicap, nicht gut schreiben oder lesen zu können, verbunden sind und wie mühsam sich der Alltag für Betroffene und deren Familien oft gestaltet. Therapie- und Förderangebote zielen meist auf die erwünschte Leistungssteigerung ab. Allein greift dieser Ansatz jedoch meiner Ansicht und Erfahrung nach, zu kurz. Wenn das Selbstbewusstsein und das Selbstwirksamkeitsgefühl eines jungen Menschen leiden, und dies passiert, wie ich später noch ausgiebig schildern werde, allzu oft, dann kann ein umfassenderer und ressourcenorientierter Ansatz wie die Kunsttherapie, ergänzend oder alleinstehend, sinnvoll und notwendig sein. Kunsttherapie bietet unzählige niederschwellige Methoden, mit denen rasch und unkompliziert mit einfachen Mitteln Erfolge sichtbar und möglich gemacht werden, was in Folge den Selbstwert der Betroffenen hebt.

1.1 Forschungsfrage

Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet daher: Können kunsttherapeutische Methoden legasthene Kinder bei der Stärkung ihrer vulnerablen Selbstwirksamkeit und Ich-Kompetenz unterstützen?

Damit verbundene Fragestellungen sind folglich:

- Sind legasthene Kinder in der Zielgruppe von Kunsttherapie enthalten?
- Leiden legasthene Kinder unter einer vulnerablen Selbstwirksamkeit? Ist ihre Ich-Kompetenz aufgrund der Legasthenie geschwächt?
- Können kunsttherapeutische Methoden die Motivation für ein notwendiges Legasthenie Training sowie das Durchhaltevermögen bei langwierigen Lernprozessen fördern?
- Welche Wirkfaktoren der Kunsttherapie kommen bei legasthenen Menschen besonders zur Geltung?
- Welche kunsttherapeutischen Methoden eignen sich besonders in der Arbeit mit legasthenen Kindern?
- Ist kreatives Schreiben als Verbindungsglied zwischen Kunsttherapie und Leserechtschreibtherapie sinnvoll?

Nachrangig behandelt werden sollte die Frage, ob sich Kunsttherapie positiv auf die Lese- und Rechtschreibkompetenzen auswirken kann. Es ist nicht Ziel dieser Arbeit eine zu bisher gängigen Therapieansätzen konkurrierende, vielmehr eine ergänzende Methode, zu etablieren.

1.2 Bisheriger Forschungsstand

Ein aktueller Forschungsstand zum Nutzen von Kunsttherapie bei Legasthenie ist praktisch nicht vorhanden. Im deutschsprachigen Raum wurde bislang kein einziges Fachbuch zu dieser Thematik geschrieben. Bei umfassender Recherche in kunsttherapeutischer, psychologischer und pädagogischer Fachliteratur in in- und ausländischen Bibliotheken, konnte, auch mit Hilfe von Suchmaschinen und Fachdatenbanken, bei Verknüpfung der Begriffe Kunsttherapie und Legasthenie sowie verwandter Begriffe (Teilleistungsschwäche, Lernbehinderung, Gestaltungstherapie, Musiktherapie und ähnliche) nur ein einzigen Treffer erzielt werden. Es scheint so, als würde im gesamten deutschen Sprachraum tatsächlich nur ein einziges Werk, nämlich die Masterthesis

der deutschen Kunsttherapeutin Johanna Masuch Legasthenie und Kunsttherapie, zu dieser Thematik existieren.

Masuchs Rechercheergebnisse zum vorhandenen Forschungsstand decken sich mit denen der Autorin. So betont auch sie in ihrer Masterthesis *„dass die kunsttherapeutische Fachliteratur allgemein für die Arbeit mit Teilleistungsstörungen, beziehungsweise mit Legasthenie im Speziellen, kaum Konkretes aufweist.“* (Masuch 2016, S. 25)

Im Rahmen des Studiums allgemeiner kunsttherapeutischer Fachliteratur stellte sich des Weiteren heraus, dass keine einzige Fallgeschichte einer legasthenen Klientin/ eines legasthenen Klienten, in Standardwerken der Kunsttherapie oder in der Zeitschrift Kunst und Therapie zu finden ist. Dies mutet schon allein insofern seltsam an, als ein beträchtlicher Prozentsatz aller Menschen von Legasthenie betroffen ist. Zu vermuten ist, dass Klientinnen und Klienten der Kunsttherapie in Praxen, Schulen und sozialen Einrichtungen nicht wesentlich seltener von Legasthenie betroffen sind, als die durchschnittliche Gesamtbevölkerung.

Zum Thema Legasthenie allein, sowie deren Folgeproblematiken, existiert eine schier unüberschaubare Menge an Literatur, ebenso zu etablierten und alternativen Therapieansätzen hierfür. So werden in dieser Arbeit die Theorien bekannter Pioniere der Legasthenieforschung dargelegt, jeweils mit dem Fokus auf die Sekundärproblematik der Legasthenie sowie deren Therapieansätze. Dabei wird jüngere Literatur bevorzugt verwendet und generell auf Verbindendes der Theorien untereinander, als auf Strittiges, fokussiert .

Der Forschungsstand zu Wirkungsfaktoren der Kunsttherapie allgemein sowie im speziellen in Bezug auf Steigerung von Selbstwirksamkeit und Ich-Kompetenz ist im deutschen Sprachraum in einzelnen aktuellen publizierten Forschungen vorhanden, wenn auch noch ausbaufähig. Dazu zu erwähnen ist, dass in der kunsttherapeutischen Literatur der Begriff Selbstwirksamkeit nicht immer deckungsgleich verwendet wird. Oft werden an seiner Stelle auch andere Worte (Ich-Kompetenz, Selbstwertsteigerung und ähnliche) für ähnliche Phänomene verwendet. Dadurch gestaltet sich die Recherche auch zu diesem Thema herausfordernd.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass die Hypothese der Autorin, Kunsttherapie sei eine unterstützende Therapieform bei legasthenen Kindern, in der Literatur nur von Masuch konkret untermauert wird: *„Gerade die Kunsttherapie hat ... jedoch das Potential die Sekundärsymptomatik bei Legasthenie zu verbessern.“* (Masuch 2016, S. 25)

1.3 Forschungsmethodik

Bereits bei Erstellung der Forschungshypothesen ging die Autorin davon aus, Kunsttherapie mit von Legasthenie betroffenen Menschen, wäre ein bisher unerforschtes Feld. Aus diesem Grund war es Voraussetzung, zunächst als Grundlage die Theorien der beiden Themenbereiche zusammenzubringen und auf Überlappungen zu überprüfen. In Ermangelung einschlägiger Literatur gründet die Notwendigkeit, die Recherche auf die Disziplinen Kunsttherapie und deren Wirkungsfaktoren generell, Legasthenie, Pädagogik, Psychologie und Psychotherapie, auszuweiten.

Die dabei gesammelte Literatur aus sämtlichen genannten Disziplinen soll in Folge auf die Forschungsfrage der Arbeit hin angewendet werden. Das Ausmaß dieser Auseinandersetzung und das Ziehen möglicher Schlussfolgerungen hin auf die Anwendung im Rahmen der Kunsttherapie mit legasthenen Menschen gestaltet sich als überaus komplex und übersteigt die ursprünglichen Erwartungen der Autorin. Auch die Wirkung der Kunsttherapie konkret auf die Selbstwirksamkeit wird nur beschränkt in spezifischer Fachliteratur dargestellt. Ebenso groß ist der ergänzende Forschungsbedarf bezogen zu diesem Themenkreis. Aufgrund dieser vielschichtigen Komplexität entsteht die Notwendigkeit einer umfassenden hermeneutischen Analyse, als unbedingte Voraussetzung und mögliche Grundlage für eventuelle weitere praktische Forschungsarbeiten.

Aus diesem Grund enthält die vorliegende Arbeit, abweichend zur ursprünglichen Idee, nur einen geringen Anteil an ergänzender praktischer Forschung in Form eines Interviews mit einer Expertin. Der Plan, mehrere Expertinnen/Experten, mit Hilfe eines qualitativen Fragebogens laut erstelltem Leitfaden (der Leitfaden befindet sich im Anhang), zum Nutzen von Kunsttherapie bei legasthenen Menschen zu befragen, scheiterte.

Bei meiner Online-Recherche unter österreichischen Kunsttherapeutinnen/Therapeuten sowie persönlicher Umfrage unter den Lehrenden unseres Studiengangs, konnte ich nur eine Kunsttherapeutin finden, die mir zur Thematik ein Interview geben wollte, nämlich die bereits genannte Deutsche Johanna Masuch. Die von mir per Mail und Telefon angefragten Personen, erklärten sich großteils deshalb zu keinem Interview bereit, da sie sich selbst nicht als Expertinnen/Experten auf diesem Gebiet sahen. Insofern ist es leider unmöglich, die Antworten unterschiedlicher Expertinnen/Experten systemisch auszuwerten und zu vergleichen.

Das Interview mit der deutschen Kunsttherapeutin Masuch wurde am 5. März 2021 laut im Anhang befindlichem Leitfaden, online über Zoom geführt und anschließend

wörtlich transkribiert. Die Antworten werden im Verlauf der Arbeit an geeigneten Stellen auszugsweise wiedergegeben und bereichern die hermeneutischen Ergebnisse beziehungsweise stellen mancherorts eine alternative Sichtweise dar.

Von einer praktischen Zusammenarbeit mit Schulen in Form eines Praktikums musste aufgrund der problematischen Ausgangsposition in der Corona Pandemie abgesehen werden. Ein praktisches Arbeiten mit Schülerinnen/Schülern in der Schule war aufgrund der Regeln der Corona Pandemie unmöglich, folglich auch eine Evaluierung der hier getätigten Hypothesen im Rahmen einer praktischen Forschung.

1.4 Aufbau der Arbeit

Analog zu den oben gestellten Forschungsfragen, wird zu Beginn das Thema Legasthenie ausgiebig erörtert. Anhand aktueller Forschungsergebnisse werden Theorien und Konzepte zu ihrer Entstehung und Entwicklung aufgezeigt. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem systemischen Ansatz und der Sekundärsymptomatik der Legasthenie, da diese für die Fragestellungen besondere Relevanz besitzen. Als einziges bekanntes Modell, das auch die Kunst- und Gestaltungstherapie in seinem Therapiemodell integriert, wird das Konzept des Teufelskreises von Betz und Breuninger näher vorgestellt. In diesem Teil der Masterarbeit wird Literatur aus den Bereichen Pädagogik und Psychologie verwendet.

Im nächsten Teil werden relevante Faktoren des Selbst, vorrangig das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura, gemäß der Emotionspsychologie dargelegt. Anschließend werden die Erkenntnisse der Emotionspsychologie mit denen der Legasthenieforschung verknüpft.

Im darauffolgenden Teil werden allgemeine Überlegungen angestellt, was wirksame Therapiemethoden auszeichnet und wie Wirksamkeit überhaupt belegt werden kann. Es folgt eine umfassende Diskussion anhand psychologischer und pädagogischer Literatur, welche Therapieverfahren bei Legasthenie sinnvoll und notwendig sind. Da sich das Hauptinteresse an kunsttherapeutische Methoden richtet, dafür explizit aber kein Forschungsstand existiert, wird das Hauptaugenmerk auf die Evaluation psychotherapeutischer und alternativer Therapiemethoden gelegt.

Anschließend werden integrative Therapieansätze näher erörtert und exemplarisch das Essener Modell nach Betz und Breuninger sowie der Pilotversuch der Kunsttherapeutin Masuch in Zusammenarbeit mit der PTE Nürtingen, einer klassischen Therapieeinrichtung für Kinder, die an Legasthenie leiden, näher vorgestellt.

Nachdem sämtliche Fakten zu den Themen Legasthenie und Selbst dargestellt worden sind, wendet sich die Arbeit dem eigentlichen Kernthema, der Kunsttherapie zu. So werden zu Beginn relevante Begrifflichkeiten geklärt und Definitionen unterschiedlicher kunsttherapeutischer Vertreter/innen gegenübergestellt. Danach erfolgt die Umschreibung der Zielgruppe sowie der gängigen und potentiellen Arbeitsfelder der Kunsttherapie. Nachfolgend wird das Wesen kunsttherapeutischer Verfahren näher beleuchtet und dessen spezielle Wirksamkeit untersucht. Dabei liegt der Fokus auf den verbindenden Elementen der unterschiedlichsten Strömungen. Die gemeinsamen Wirkfaktoren werden nach einer Studie von Mechler-Schönach herausgefiltert und gemäß dem Modell interaktionaler Veränderungsprozesse ModiV konkretisiert.

Anschließend werden die Erkenntnisse der Kunsttherapie mit den Theorien des Selbst verknüpft und Belege für die Wirksamkeit der Kunsttherapie im Speziellen auf die Selbstwirksamkeit aufgezeigt.

Abschließend werden die Erkenntnisse der vorangegangenen Kapitel verknüpft und Überlegungen angestellt, warum Kunsttherapie bei Legasthenikerinnen/Legasthenikern sinnvoll und notwendig ist und welche Methoden dabei hilfreich sein können. Dazu werden ausgewählte kunsttherapeutische Methoden vorgestellt, die tendenziell unterstützend sein können, um legasthene Kinder in der Selbstwirksamkeit zu stärken, sowie kreative Bestandteile bereits bestehender integrativer Therapiemodelle aus den Bereichen Psychologie und Pädagogik.

Zuletzt werden im Fazit sämtliche drei Themenbereiche verknüpft und die gestellten Forschungsfragen beantwortet.

2. LEGASTHENIE

2.1 Problematik

Lesen und schreiben gehören unbestritten zu den bedeutendsten Kulturtechniken des Menschen. Manche Menschen haben Probleme in diesen Kulturtechniken, oft aufgrund einer Legasthenie (Suchodoletz 2006c, S. 11), (Scheerer-Neumann 2015, S. 11).

Legasthenie bedeutet wörtlich Leseschwäche und setzt sich aus dem griechischen Wort *asthenia* = Schwäche und dem lateinischen *legere* = lesen, zusammen (D. Betz und Breuninger 1998, S. 8), (Siekmann 2013, S. 39), (Scheerer-Neumann 2015, S. 23).

Der Begriff stammt vom Kinderarzt Ranschberg (Wilckens 2018, S. 78), der bereits vor über 100 Jahren Legasthenie *„als Versagen, das bei Kindern aller Intelligenzgrade auftreten kann“* (Valtin 2000, S. 17) beschrieben hat.

Auch wenn heute die Umsetzung der korrekten Rechtschreibung durch viele Computerprogramme und Anwendungen massiv unterstützt wird, bleibt dennoch die zentrale Bedeutung des Beherrschens der Schriftsprache bestehen (Suchodoletz 2006c, S. 11). Lesen zu können umschreibt nicht allein die Fähigkeit, Wörter korrekt zu entziffern, sondern vielmehr zügiges, ohne große Anstrengung, gelingendes Lernen aus Texten (Scheerer-Neumann 2015, S. 11). Gerade dies verlangt uns unsere Informationsgesellschaft ab, da lebenslanges, selbstständiges Lernen zumeist auf Leseprozessen basiert. So gesehen haben umfassende Lesefähigkeiten sogar noch an Bedeutung gewonnen (Suchodoletz 2006c, S. 11). Auch deshalb bezeichnet Rabkin die Fertigkeiten zu lesen und zu schreiben als *„Schlüssel für die Aneignung und Gestaltung von Lernwelt und Kultur“* (Rabkin 1992, S. 1) .

Obwohl das Wort Legasthenie seit über 100 Jahren verwendet wird, existiert von ihm bis heute keine einheitliche Definition, ebenso wenig vom Begriff Lese- Rechtschreibschwäche (Valtin und Sasse 2014, S. 59), (Scheerer-Neumann 2015, S. 18). Parallel zu den oben genannten Bezeichnungen werden im deutschen Sprachraum zusätzlich noch weitere Begriffe für ähnliche Phänomene verwendet, nämlich Lese-

Rechtschreibschwierigkeiten, besondere Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Rechtschreibens, und der englische Begriff Dyslexie. Die Abgrenzung der Begriffe untereinander passiert zumeist ungenau oder gar nicht (Siekmann 2013, S. 39), (Scheerer-Neumann 2015, S. 18). Dies liegt auch daran, dass unterschiedliche Disziplinen im Legastheniebereich forschen und jeweils eigene Definitionen gebräuchlich sind (Siekmann 2013, S. 39), (Scheerer-Neumann 2015, S. 18).

In der hier vorliegenden Arbeit wird, wie auch von den Österreichischen Verbänden für Legasthenie EÖDL und ÖBVL und den deutschen BVL und DVLD, der durchgängigen Lesbarkeit halber, ausschließlich der Begriff Legasthenie verwendet (EÖDL 2021), (ÖBVL 2021). Die Reduktion auf einen Begriff im Rahmen dieser Arbeit ist auch deshalb möglich, als sich die Therapie der Leserechtschreibstörung nicht wesentlich von der der Legasthenie unterscheidet (Masuch 2016, S. 33), (Valtin 2000, S. 32).

2.2 Definition

2.2.1 Definition nach EÖDL

Der EÖDL (Erster Österreichischer Dachverband für Legasthenie) versteht Legasthenie als Teilleistungsschwäche und bedauert, dass Legasthenie als Krankheit oder Störung verstanden wird. Dabei bezieht er sich auf folgende Definition einer Mitbegründerin des Verbands Dr. Astrid Kopp-Duller (1995):

Ein legasthener Mensch, bei guter oder durchschnittlicher Intelligenz, nimmt seine Umwelt differenziert anders wahr, seine Aufmerksamkeit lässt, wenn er auf Symbole wie Buchstaben oder Zahlen trifft, nach, da er sie durch seine differenzierten Teilleistungen anders empfindet als nicht legasthene Menschen, dadurch ergeben sich Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens, Schreibens oder Rechnens. (EÖDL 2021)

2010 wurde diese Definition ergänzt durch:

Legasthene ... Menschen haben eine besondere Informationsverarbeitung und dadurch bedingt eine besondere Lernfähigkeit, welche an die pädagogisch-didaktische Interventionsebene hohe Anforderungen stellt. (EÖDL 2021)

Der EÖDL grenzt die Legasthenie auch von der Lese- Rechtschreibschwäche insofern ab, als zweitere nicht auf differente Sinneswahrnehmungen zurückzuführen ist, sondern auf eine vom Kind erworbene Problematik (familiäre und soziale Probleme).

me, mangelnde Beschulung). Die Lese- Rechtschreibschwäche komme so mehr einer Krankheit gleich, als die Legasthenie (EÖDL 2021).

2.2.2 Definition nach ICD 10

Die WHO zählt Lese-Rechtschreibstörung zu den psychischen Erkrankungen (Siekmann 2013, S. 41). Die Diagnose erfolgt nach ICD-10 und wird von Ärztinnen/Ärzten oder Psychologinnen/Psychologen durchgeführt. Eine solche Diagnose ist erforderlich, damit die Schulen Legasthenie in der Beurteilung berücksichtigen können (Siekmann 2013, S. 40). Im ICD-10 zählt die Legasthenie oder Lese- Rechtschreibstörung im Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen unter F 81, zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Sie wird folgendermaßen beschrieben:

- Störung normaler Muster des Fertigkeitserwerbs von früher Kindheit an
- unzureichende Lesefertigkeit und -verständnis
- enge Verknüpfung der Entwicklungsverzögerungen mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems
- zumeist gleichzeitiges Auftreten von Defiziten in der Rechtschreibung, die bis in die Adoleszenz persistieren
- große Häufigkeit von begleitenden Störungen im emotionalen und Verhaltensbereich

Ausschließungsgründe für die Diagnose Legasthenie sind mangelnde Gelegenheit zu lernen, Intelligenzminderung, Hirnschädigung und Sinnesbeeinträchtigungen. Die Abgrenzung zur Lernbehinderung ist dadurch gegeben, dass bei dieser eine generelle Beeinträchtigung der Lernfähigkeit vorliegt. Differenziert wird außerdem zwischen der isolierten Rechtschreibstörung F 81.1, der Rechenstörung (Dyskalkulie) F 81.2 und den kombinierten Störungen schulischer Fertigkeiten F 81.3. (ICD 10 2021).

2.2.3 LRS - eine leistungsbezogene Definition

Schulte-Körne bezeichnet Legasthenie als Lernstörung (Schulte-Körne 2006, S. 33). Eine heiß diskutierte These in der Definition von Legasthenie, ist die Frage der Intelligenz. Während laut ICD 10 eine Legasthenie nur dann vorliegen kann, wenn die Intelligenz mindestens durchschnittlich ist, hinterfragen andere Autorinnen/Autoren diesen Zusammenhang. So wird häufig die Abkürzung LRS, die sowohl für Lese-

Rechtschreib-Schwäche als auch für Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten, stehen kann, verwendet.

Eine vehemente Kritikerin, des sogenannten "klassischen Legastheniebegriffs", wie zuvor nach EÖDL beschreiben, ist Valtin. Sie führt an, dass dieses weit verbreitete Modell wissenschaftlich nicht belegbar ist und dass es keinen Anhaltspunkt gäbe, Kinder mit Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben in zwei Gruppen zu teilen, quasi in legasthene und nicht legasthene Kinder. Beide Gruppen würden derselben Förderung bedürfen (Valtin 2000, S. 32). Bedeutend ist diese Diskussion insofern, als die definitive Zuordnung zu einer Gruppe oder Diagnose letztendlich darüber entscheidet, wer Förderung erhält und wer nicht (Scheerer-Neumann 2015, S. 18), (Valtin 1981, S. 117).

Scheerer-Neumann verwendet die Abkürzung LRS für Lese- Rechtschreibschwäche und Legasthenie. Die LRS umschreibt laut ihr generelle Minderleistungen im Lesen und Rechtschreiben. Ausnahmen davon bilden nur Kinder mit geistiger Behinderung oder Störungen der Sinnesorgane und Kinder, deren Probleme im Lesen und Schreiben offensichtlich auf mangelnden Schulunterricht oder unzureichendes Beherrschen der deutschen Sprache zurückzuführen sind (Scheerer-Neumann 2015, S. 23).

2.3 Diagnostik von Legasthenie

Die Frage der Verbreitung der Legasthenie hängt eng mit der Art der Diagnostik zusammen. Laut EÖDL kommt Legasthenie weltweit etwa bei 15 % der Bevölkerung vor. In einer durchschnittlichen österreichischen Schulklasse sitzen demnach drei legasthene Kinder (EÖDL 2021).

Grundsätzlich kommt eine Diagnose einer Legasthenie nicht mit der alleinigen Wahrnehmung von Schwierigkeiten beim Lesen und/oder Schreiben aus. Vielmehr ist eine Testung mit einem wissenschaftlich anerkannten Testverfahren, wovon es im deutschsprachigen Raum mehrere gibt, unbedingt erforderlich (Scheerer-Neumann 2015, S. 19).

Getestet wird anhand der sozialen Bezugsnorm (analog zur Klassenstufe), der kriterienbezogenen Norm (Erreichung eines vorgegebenen Leistungsstandards) und an der Individualnorm (Leistungsentwicklung zu unterschiedlichen Testzeitpunkten) (Scheerer-Neumann 2015, S. 23).

Doch lässt die Zuordnung, wer nun Legastheniker/-in ist und wer nicht, zu wünschen übrig (Valtin 1981, S. 117). Die Vergleichbarkeit von Studien ist weitgehend mangel-

haft. So schwankt der Anteil an Legasthenikerinnen/Legasthenikern in der Gesamttestmenge anhand unterschiedlicher Testverfahren und Definitionskriterien zwischen 0,8 % und 16 % (Scheerer-Neumann 2015, S. 20, 25). Scheerer-Neumann bezeichnet die Zuordnung innerhalb von Grenzwerten zu normalen oder schwachen Leistungen im Lesen und Schreiben sogar als „*in gewisser Weise willkürlich*“ (Scheerer-Neumann 2015, S. 28) .

Auch bei langjähriger Therapie der Legasthenie bleiben Probleme im Lesen und Rechtschreiben oft bis ins Erwachsenenalter bestehen. Auch deshalb ist es bedeutend, langfristigen Stigmatisierungen entgegenzuwirken und Legasthenie als einen Teilaspekt der gesamten Leistungsfähigkeit zu akzeptieren (Suchodoletz 2006b, S. 290).

Der EÖDL listet auf seiner Homepage beispielhaft folgende Merkmale und Ausprägungsformen von Legasthenie auf. Dabei werden nicht nur die mit der Legasthenie verbundenen Defizite betont, sondern auch die damit verbundenen Ressourcen und Stärken. (EÖDL 2021):

- differente Informationsverarbeitung
- differente Wahrnehmung
- schnelle Auffassungsgabe
- differente Lernfähigkeit
- hohe Kreativität und viel Fantasie
- mehrere Gedanken gleichzeitig, Vorseilen der Gedanken
- umfassendes technisches Verständnis
- umfassende Sichtweisen
- bildhaftes Gedächtnis
- eigene Ordnung
- empfindsames Wesen
- Aufmerksamkeitsschwankungen, zeitweise Unaufmerksamkeit im Zusammenhang mit Symbolen (Buchstaben und Zahlen)
- intuitive Ablehnung der Symbolik
- Schwierigkeiten beim Erlernen der Uhrzeit

Diese Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zeigt aber die Möglichkeiten auf, wo entsprechende Therapien ansetzen können. Zusätzlich ist es wesentlich, eine Beschulung sicherzustellen, die den Stärken des jeweiligen Kindes entspricht anstatt es zu stigmatisieren (Suchodoletz 2006b, S. 290).

Aufgrund der mangelnden Definition von Legasthenie, kommt es auch dazu, dass es im Großteil des deutschsprachigen Raumes keine einheitlichen Standards für die Ausbildung von Therapeutinnen/Therapeuten im Legastheniebereich gibt. In Folge erarbeiten sich viele individuell eine Behandlungsstrategie, bei der sie unterschiedliche Elemente kombinieren. Dabei entscheidet mehr die subjektive Interpretation der Wirksamkeit der/des Einzelnen als deren wissenschaftliche Belegbarkeit (Suchodoletz 2006c, S. 16).

Sowohl in Deutschland als auch in Österreich liegt die Zuständigkeit für Legasthenie, obwohl sie im ICD-10 als Krankheit definiert wird, nicht bei den Krankenkassen. Legasthenietherapie auf Krankenschein gibt es in Österreich nur in Ausnahmefällen, wenn auch eine weitere Krankenbehandlung, etwa wegen einer Sprachstörung, in Form von Logopädie oder Ergotherapie, notwendig ist (Siekmann 2013, S. 40). In Deutschland hat jedes Bundesland unterschiedliche Förderansätze und allein in Bayern gibt es ein weitergehendes schulisches Konzept in Bezug auf Diagnostik und Therapie (Masuch 2016, S. 13).

In manchen deutschen Bundesländern werden von Jugendämtern im Sozialgesetzbuch geregelte Eingliederungshilfen bei bescheinigter Legasthenie vergeben, wenn die Legasthenie die psychosoziale Entwicklung oder soziale Eingliederung eines Kindes gefährdet (Scheerer-Neumann 2015, S. 27), (Suchodoletz 2006b, S. 284). In Österreich fehlt eine derartige Möglichkeit weitgehend.

2.4 Modelle der Legasthenie

Trotz intensiver Forschung existiert bis dato keine vollständige Klärung der Ursachen von Legasthenie und somit auch keine umfassende wissenschaftlich begründbare kausale Therapie (Suchodoletz 2006c, S. 15).

In der wissenschaftlichen Forschung im Bereich der Legasthenie sind u.a. Studien aus den Disziplinen Psychologie, Pädagogik, Deutschdidaktik, Linguistik, Kinderpsychiatrie, Neurologie und Genetik von Bedeutung (Scheerer-Neumann 2015, S. 13). Dies stellt auch insofern ein Dilemma dar, als es analog zu den vielfachen hypothetischen Ursachen ebenso viele dementsprechende Therapieansätze und -verfahren gibt (Suchodoletz 2006c, S. 15).

In der modernen Legasthenieforschung dominieren drei Erklärungsmodelle, die sich teilweise auch untereinander vermischen, und die in Folge erörtert werden sollen.

2.4.1 Der prozessorientierte kognitive Ansatz - Legasthenie als strukturelle Lernstörung

Die Vertreter/-innen des prozessorientierten kognitiven Ansatzes grenzen sich vehement davon ab, Legasthenie als Krankheit oder Behinderung, die in der Person immanent ist, zu begreifen.

Scheerer-Neumann sieht Legasthenie als Störung im Erwerb kognitiver Fähigkeiten. Der Erwerb von Lese- und Rechtschreibkenntnissen passiert in mehrstufigen Prozessen. In jedem dieser Prozesse werden unterschiedliche Lese- und Rechtschreibstrategien angewandt. So gesehen ist Legasthenie der Ausdruck des produktiven Umgangs eines Menschen mit der Schriftsprache. Dieser wird außerdem entwicklungspsychologisch beeinflusst. Auch nicht legasthene Kinder lernen in Phasen und inhomogen. Betroffene benötigen daher Förderung, die an ihrem jeweiligen Entwicklungsstand ansetzt, sowie alternatives Lernmaterial. So können auch ihnen entsprechende Lernerfahrungen ermöglicht werden (Scheerer-Neumann 1981, S. 184).

Folgendes Mehrebenenmodell veranschaulicht die wesentlichen Erklärungsmuster und versucht relevante Faktoren zu vereinen. Gleichzeitig verzichtet es, der Übersichtlichkeit halber, auf die vollständige Darstellung aller möglicherweise beteiligten Determinanten (Scheerer-Neumann 2015, 13f).

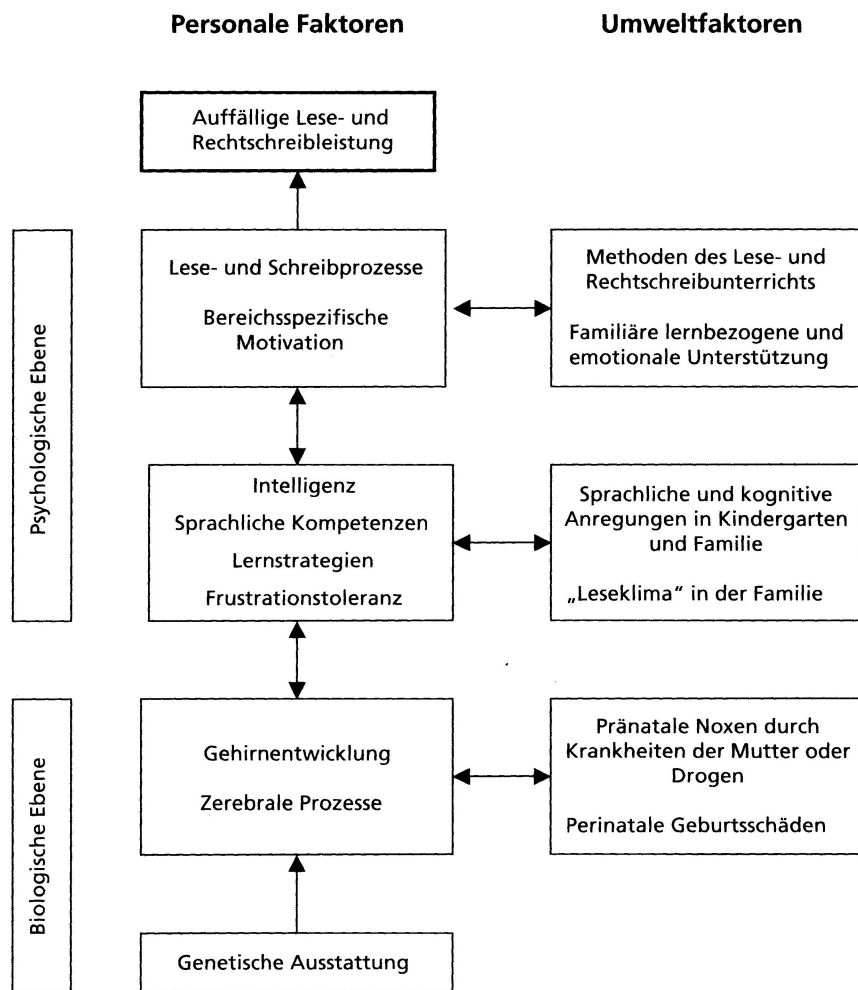


Fig. 2.1: Mehrebenenmodell zur Strukturierung der relevanten Faktoren und Forschungsfragen bei LRS (Scheerer-Neumann 2015, S. 13)

Dieses Modell unterscheidet bei der Entstehung auffälliger Lese- und Rechtschreibleistung zwischen der psychologischen und biologischen Ebene (horizontal dargestellt), sowie den personalen und umweltbezogenen Faktoren (vertikal). Es zeichnet sich auch insofern aus, als individuelle Probleme, nicht einer einzigen Ebene zugeordnet werden müssen, sondern, beispielsweise Probleme im Bereich der Lautanalyse sowohl neurologisch als auch psychologisch bedingt sein können. Es besteht auch keinerlei hierarchische Ordnung der Faktoren untereinander (Scheerer-Neumann 2015, 13f).

Der kognitiven Ansatz betont die entwicklungspsychologische Komponente. Nach der Theorie der kognitiven Klarheit schaffen es betroffene Kinder nicht in Bezug

auf Funktion und Aufbau der Schrift eine kognitive Klarheit zu erlangen. In Folge entwickeln sie keine entsprechende Lern- und Lesestrategien und in Folge eine Legasthenie (Valtin und Sasse 2014, S. 60).

Dies erklärt auch, im Sinne einer Lernstruktur, dass bei jedem legasthenen Kind einer Analyse aller beteiligten Teilprozesse erstellt werden muss, um die jeweils spezifisch nötige Therapie daraus ableiten zu können (Schulte-Körne 2006, S. 35).

Betz und Breuninger, definieren Legasthenie als „*Lernstörung, deren auffälligstes Symptom im Lesen und (Recht-) Schreiben liegt*“ (D. Betz und Breuninger 1998, S. 7) .

Die Störung ist dabei nicht auf das Lesen- und Schreiben beschränkt, sondern umfasst sämtliche Variablen wie Lernunlust, Misstrauen, Angst, Vorwegnahme von Misserfolgen und andere.

Die Autoren unterscheiden dabei die Begriffe Lernstörung und Leistungsstörung. Während eine Lernstörung dann entsteht, wenn ein Mensch ausreichend Gelegenheit zum Lernen hatte, der Erfolg aber dennoch ausbleibt, liegt eine Leistungsstörung vor, wenn ein Mensch bei einer Aufgabe, die er aller Voraussicht nach bewältigen könnte, versagt (D. Betz und Breuninger 1998, S. 28).

Eine Lernstörung kann durch eine sogenannte Werkzeugstörung ausgelöst werden. Werkzeuge beschreiben die notwendigen Grundfunktionen (Sehsinn, Hörsinn,...) damit Lernen auf einem gewissen Gebiet überhaupt möglich ist. Diese können nun gänzlich fehlen (etwa bei blinden Menschen der Sehsinn), beeinträchtigt (etwa das visuelle Wahrnehmungsvermögen bei sensomotorischen Schwierigkeiten) oder auch nur verzögert sein. Zu unterscheiden sind daher permanente Defizite von temporären. Bei zweitem besteht die Hoffnung, dass es durch Förderung, Reifung oder auch von selbst verschwindet. Die Gefahr ist jedoch nicht unerheblich, dass mit diesem Defizit rasch eine negative Lernstruktur einhergeht. Beeinflusst das Defizit bereits das Erleben und Verhalten des Kindes, so ist aus dem anfänglichen Werkzeugdefizit bereits ein strukturelles Defizit entstanden. Die Lernstörung kann sich lawinenartig fortsetzen, unabhängig davon, ob das ursprüngliche Werkzeugproblem überhaupt noch besteht. Darum ist so bedeutend, dass betroffene Kinder rasch adäquate Hilfe erhalten und sekundär, ob der ursprüngliche Auslöser ein medizinischer, sozialer oder psychologischer war (D. Betz und Breuninger 1998, 3ff).

2.4.2 Der neurowissenschaftliche Ansatz

Der neurowissenschaftliche Ansatz erklärt Legasthenie als eine genetisch bedingte Störung der Informationsverarbeitung, also als eine Behinderung, oder als ein heterogenes Krankheitsbild mit überwiegend biologischen Ursachen. Diverse genetische Faktoren, die in unterschiedlichen Chromosomen lokalisiert sind, und Umwelteinflüsse spielen bei der Entstehung von Legasthenie zusammen. Dies erklärt auch, warum Legasthenie in Familien gehäuft vorkommt, also vererbbar ist (Wilckens 2018, 95ff), (EÖDL 2021).

Auch Zwillingsstudien belegen, dass Vererbung und Genetik maßgeblich bei der Entstehung von Legasthenie beteiligt sind (Scheerer-Neumann 2015, S. 34). Zudem zeigen vielen Studien, dass Buben etwa doppelt so häufig wie Mädchen von Legasthenie betroffen sind (Scheerer-Neumann 2015, S. 41). Ebenso ist belegt, dass Kinder mit vorangegangenen Geburtskomplikationen, häufiger an Legasthenie leiden (Scheerer-Neumann 2015, S. 34).

Störungen der visuellen und akustischen Informationsverarbeitung sind je nach biologischem Reifungsgrad des Zentralnervensystems, häufige Mitverursacher von Legasthenie. Auch Lautsprachentwicklungsprobleme kommen sehr oft parallel mit dieser vor. Diskutiert wird auch ein Zusammenspiel von Glukosestoffwechsel und Lernprozessen (Wilckens 2018, 95ff). Ein lange vermuteter Zusammenhang zwischen Linkshändigkeit und Legasthenie konnte jedoch nicht bestätigt werden (Scheerer-Neumann 2015, S. 34).

Eine weitgehend anerkannte Theorie ist, dass Legasthenie maßgeblich durch ein Defizit der phonologischen Bewusstheit verursacht wird. Beim Schreiben müssen Phoneme (Standardlaute) in Grapheme (Schreibzeichen) umgewandelt werden, was Menschen mit mangelnder phonologischer Bewusstheit Schwierigkeiten bereitet (G. Thome und D. Thome 2020, S. 8).

Weitere wichtige Faktoren für gelingendes Lesen und Schreiben sind Aufmerksamkeitssteuerung, Abrufgeschwindigkeit und Speicherkapazität des Gedächtnisses. Der neurowissenschaftliche Ansatz wird noch Gegenstand vieler weiterer Forschungen sein, für die Kunsttherapie spielt er aber nur eine untergeordnete Rolle, zudem es auch noch kaum erprobte neurodidaktische Fördermöglichkeiten in der Pädagogik gibt (Wilckens 2018, S. 106).

2.4.3 Der systemische Ansatz

Im systemischen Ansatz wird betont, dass Legasthenie nie als monokausales Ereignis gesehen werden kann, sondern diverse Einflussgrößen bei der Entstehung von Legasthenie interagieren. Des Weiteren beeinflusst die Entwicklung im Lesen- und Rechtschreiben ihrerseits auch wieder die individuellen Lernvoraussetzungen sowie die familiären Interaktionen (Klicpera und Gasteiger-Klicpera 1998, 233ff).

Lernen ist generell ein komplexer Prozess, der durch viele Variablen beeinflusst wird. Zu unterscheiden sind dabei auf das jeweilige Individuum bezogene Faktoren und Umgebungsfaktoren. Diese stehen miteinander in Wechselwirkung. In Folge entwickelt ein jeder Mensch mehr oder weniger erfolgreiche individuelle Lernstrategien. Im Falle der Legasthenie bedeutet dies, dass die Lernstrategie aufgrund diverser Faktoren zum Erlernen des Lesen und Schreibens unzureichend ist (Schulte-Körne 2006, S. 34).

In diesem Sinne werden Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben

„als verzögerte oder fehlgeleitete Lernentwicklung angesehen, die ein Ergebnis kumulativer Lernerfahrungen ist.“ (Valtin und Sasse 2014, S. 60)

Die Wechselwirkungen geschehen dabei zwischen folgenden Faktoren:

- individuelle Merkmale (z.B. sprachliche, kognitive, emotionale und motivationale Faktoren)
- sozialkulturelle Herkunft (Bildungsnähe des Elternhauses, elterliche Anregung und Unterstützung)
- Schule und Unterricht (z.B. fehlende Anknüpfung an die Lernausgangslage, unzureichende Förderung in der Schule)

Oft verstärken sich diese Wirkungsfaktoren untereinander in einem Teufelskreis (Valtin und Sasse 2014, S. 60).

Legasthenie ist mitunter oft auch ein soziales Problem, da sich Bildungsstand, Berufsklasse und Leseverhalten der Eltern stark auf die Lese- und Schreibmotivation und somit auch auf die Kompetenz ihrer Kinder darin auswirken (Scheerer-Neumann 2015, S. 38).

Betz und Breuninger entwickelten bereits in den 1970er Jahren einen revolutionären systemischen Ansatz zum Verständnis und zur Therapie von Legasthenie und anderen Lernstörungen, das Essener Modell. Dieses wurde seither mehrmals empirisch überprüft und daraufhin adaptiert. Es beansprucht bis heute Gültigkeit (Wilckens 2018, S. 107).

Nachdem das Phänomen Legasthenie hier ganzheitlich betrachtet wird und neben dem schriftsprachlichen Defizit v.a. der potenziell entstandene Teufelskreis im Fokus steht, lassen sich daraus auch viele interessante Argumente für Kunsttherapie mit Legasthenie betroffenen ableiten. Auch andere Autorinnen und Autoren beziehen sich in ihrer Argumentation für die Notwendigkeit psychologischer Therapieverfahren auf dieses Modell (Wilckens 2018, S. 107) oder bezeichnen es als wertvolle Ergänzung zu ihren eigenen Theorien (Scheerer-Neumann 2015, S. 44). Darum soll dieses Konzept hier ausführlich dargelegt werden.

Betz und Breuninger betonen, dass Kinder nicht an einer Legasthenie leiden, sondern unter ihr, also an ihren Folgen. Das im Anschluss abgebildete Modell der Lernstruktur betrachtet Legasthenie als eine Lernstörung, die aufgrund eines komplexen Wirkungsgefüges begünstigt bzw. herbeigeführt wird.

Im Modell werden drei relevante Systemvariablen unterschieden: Umwelt = U, Selbst = S und Leistung = L. Diese stehen zueinander in andauernder Beeinflussung.

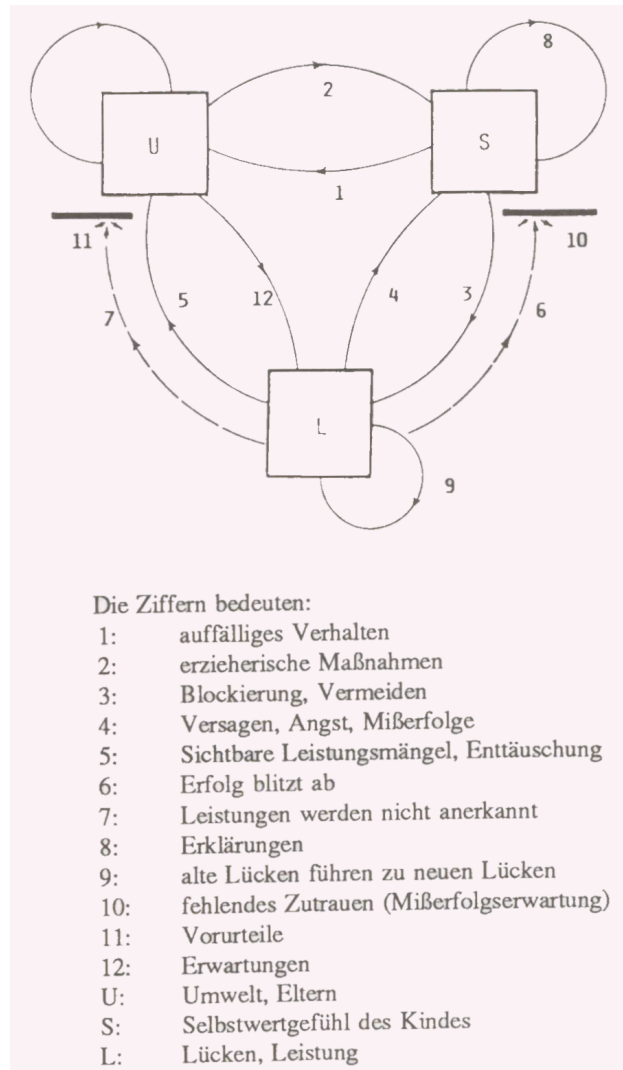


Fig. 2.2: Abbildung Lernstrukturmodell (D. Betz und Breuninger 1998, S. 127)

An dieser Stelle geht es weniger darum, alle im Modell abgebildeten Prozesse zu erörtern, sondern vielmehr darum, die Komplexität dieser aufzuzeigen. Oft wird irrtümlicherweise angenommen, eine Störung wie schlecht lesen und schreiben zu können, sei an einer einzigen Stelle im System lokalisiert. Vielmehr ist aber nicht eine einzelne Variable, sondern die Funktion der Gesamtstruktur auf Grund negativer Variablenwerte, beeinträchtigt, wobei das nicht gut lesen und schreiben Können, lediglich das auffälligste Symptom der mangelhaften Struktur darstellt (D. Betz und Breuninger 1998, S. 28, 64).

Somit stellen sich Betz und Breuninger gegen andere Vertreter/-innen der Legasthenieforschung und kritisieren, dass zu oft nach der einen Ursache der Legasthenie gesucht werde und viele Forschungsarbeiten der Multikausalität nicht gerecht werden. Bedeutend ist, dass das Versagen im Lesen und Schreiben nur eine gleichwertige Variable unter vielen (Stigmatisierung, Repressionen, Kompensationen, Vermeidungsverhalten, Angst, ...) ist. Darum ist es für eine adäquate Therapie bedeutend, die innere Struktur des Problems zu analysieren (D. Betz und Breuninger 1998, S. 28).

2.4.4 Die Stadien der Legasthenie

Die Stadien der Legasthenie entstammen dem Modell von Betz und Breuninger (D. Betz und Breuninger 1998, 33ff). Die einzelnen Stadien laufen nicht immer gleich ab, es kann auch ein Stadium übersprungen werden oder ein direkter Einstieg in ein späteres Stadium erfolgen. Bedeutend ist aber, dass jedes Stadium auch in seinen darauffolgenden weiterwirkt.

Erstes Stadium, ein Leistungsdefizit wird sichtbar

Das erste Stadium ist geprägt durch eine schwache Leistung, an der nicht konsequent gearbeitet wird, die allmählich die Funktion einer Konstanten im System übernimmt (Wilckens 2018, S. 109).

Kinder, die in der Schule wahrnehmen, dass sie nicht wie ihre Klassenkameradinnen/-kameraden lesen und schreiben lernen, erkennen rasch, dass sie von der Norm abweichen, in ihrer Selbstzuschreibung nicht normal sind. Die Betroffenen erleben sich folglich als defizitär und gehen davon aus, dass sie niemals lesen und schreiben lernen werden können (D. Betz und Breuninger 1998, 33ff).

Die unmittelbare soziale Umwelt kann sich wiederum nur schwer in das unmittelbare mit dem Lese- und Schriftspracherwerb verbundene Erleben des Kindes einfühlen. Da die individuellen Schwierigkeiten für Außenstehende nicht nachvollziehbar sind, werden Betroffene rasch als faul, unkonzentriert oder sogar dumm abgestempelt. Diese Zuschreibungen sind zutiefst moralisch behaftet (D. Betz und Breuninger 1998, 33ff).

Zusätzlich reagiert die unmittelbare Umwelt, also Lehrer/-innen, Eltern, Mitschüler/-innen, oft mit Repressalien. Schlechte Leistungen werden vor der Klasse kommentiert und kritisiert. Mitschüler/-innen belustigen sich zumeist daran. Auch wenn Lehrer/-innen hier konsequent eingreifen und die jeweiligen Stärken des betroffenen Kindes betonen, kommt es dennoch häufig zu Repressalien. Dass sich dies wiederum

auf den Selbstwert des legasthenen Kindes, das ohnehin mit seinen Schwierigkeiten hadert, auswirkt, ist naheliegend. Viele Eltern zweifeln bereits in diesem Stadium an ihrem Kind und an ihrem eigenen Erziehungsstil, der offenbar nicht fruchtet. Häufig werden diverse Ärztinnen/Ärzte aufgesucht, um das Problem möglichst medizinisch zu benennen und zu lösen (D. Betz und Breuninger 1998, 33ff). Im ersten Stadium ist alleiniges Funktionstraining jeder Form höchst indiziert. Die Legasthenie kann abgefangen und geheilt werden, solange das zweite Stadium noch nicht erreicht worden ist (D. Betz und Breuninger 1998, 33ff).

Zweites Stadium, Kompensation

Im zweiten Stadium versucht das Kind sich sein Scheitern zu erklären. Es weiß nicht, wie es das vorgegebene Ziel, den Erwerb des Lesens und Schreibens, erreichen kann. Da die moralischen Zuschreibungen des Umfeldes die Integrität des Selbstbildes massiv gefährden, sucht es selbst nach einer alternativen Erklärungsmöglichkeit und kommt etwa zum Schluss, dass es gar nicht lesen und schreiben lernen will. Oder es nutzt eine vorhandene Zuschreibung, etwa Unkonzentriertheit oder Ungeschicklichkeit als Vorwand und Notanker, um deshalb das Verlangte nicht lernen zu können. Diese Selbstzuschreibungen wirken zumeist als Self-fulfilling Prophecy. Das Unkonzentriert-Sein bzw. das Nicht-lernen-Wollen wird unbewusst zur Gewohnheit (D. Betz und Breuninger 1998, 36ff).

Eine Falle dabei ist, dass Kinder mit Lernstörungen ihre erlittenen Kränkungen und Demütigungen zu kompensieren versuchen. Weil den Betroffenen Anerkennung aus dem sozialen Umfeld für ihren Selbstwert fehlt, versuchen sie nun Anerkennung durch Ersatzhandlungen zu bekommen und Aufmerksamkeit zu erzwingen. Diese Kompensation kann gelingen, wenn das betroffene Kind in einem anderen Bereich, etwa Sport, überdurchschnittliche Leistungen erbringt (Adler und Götzinger-Hiebner 1998, 31ff). Oft jedoch kompensieren Schüler/-innen wenig erfolgreich, werden entweder laut, aggressiv und unaufmerksam oder ziehen sich ängstlich, resigniert, depressiv zurück. Auch psychosomatische Symptome und Krankheiten werden häufig entwickelt (Schulte-Körne 2006, S. 37).

Die Position des Klassenkaspers ist in der Regel leicht zu erwerben und wird von den Kameradinnen/Kameraden zumeist hoch honoriert (Adler und Götzinger-Hiebner 1998, 31ff). Der Unterricht wird gestört, die Lehrerin/der Lehrer wird lächerlich gemacht, es kommt zu Hypermotorik oder demonstrativer Langeweile. Im schlimmsten Fall können sich Delinquenz und Kriminalität entwickeln, in jedem Fall aber eine Verhaltensstörung. Hier wird oft verkannt, dass die Verhaltensstörung die Folge

der Lernstörung ist und nicht umgekehrt. Verhaltensstörungen sind Ausdruck innerer Not und das Ergebnis sozialer Fehlanpassungen. Entwickelt eine Schülerin/ein Schüler mit ursprünglicher Lernstörung Verhaltensauffälligkeiten, so sind diese ein Alarmzeichen. Sie/er kann seine seelische Integrität nicht mehr aufrecht erhalten und kompensiert inadäquat (D. Betz und Breuninger 1998, S. 5).

Besonders fatal ist, dass durch das größtmögliche Vermeiden von lesen und schreiben sowie dem damit verbundenen höheren Konzentrationsaufwand, immer größere Lücken im Lehrstoff entstehen, die selbst einem nicht legasthenen Kind große Schwierigkeiten bereiten würden (Wilckens 2018, S. 109). Die Kinder geraten in Stress und Zeitnot und beugen quasi selbst dem Lernfortschritt vor. Der Schulbetrieb nimmt nur wenig Rücksicht auf individuelle Lücken. Versagensangst und Lücken bedingen weiteres Versagen und weitere Lücken (Wilckens 2018, S. 109). Das Vermeidungsbedürfnis der Kinder wird zudem oft fälschlicherweise als grundlose Unlust oder Unkonzentriertheit gedeutet (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 188).

Eine sehr bedeutende Variable dabei ist die soziale Umwelt der Betroffenen, die Verhaltensprobleme mehr oder weniger begünstigt (Adler und Götzinger-Hiebner 1998, 31ff). In diesem Stadium ist die Reaktion von Lehrerinnen/Lehrern, Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen maßgeblich mitentscheidend über den weiteren Verlauf. Im ungünstigen und häufigsten Fall hat sich das Problem bereits zu einem Teufelskreis entwickelt. Alle Systemgrößen halten sich selbst aufrecht, das Kind kompensiert weiter und die Repressionen halten an (D. Betz und Breuninger 1998, 36ff), (Wilckens 2018, S. 109).

Drittes Stadium, Leistungsstörung

Im dritten Stadium kommt es zusätzlich zur Lernstörung zu einer Leistungsstörung. Die Lücken und offensichtlichen Defizite wachsen, das Kind gewöhnt sich an seine Minderleistung, nimmt diese auch vorweg und bekommt Angst. Diese wiederum führt zu einer Blockade sämtlicher kognitiver Lernprozesse. Innerhalb der strukturellen Lernstörung spielen Leistungs-, Selbstwert- und Verhaltensstörungen als lernhemmende Faktoren eine maßgebliche Rolle. Kinder machen sich selbst zunehmend Vorwürfe für ihre Lernlücken. Dieses schlechte Gewissen jedoch verstärkt die Vermeidungstendenzen und Selbstzweifel noch zusätzlich. Nun befinden sich alle Variablen in einem Kreislauf untereinander. Das Selbstwertgefühl wird durch wiederholte Erlebnisse des Versagens und eigene Schuldgefühle immer mehr geschädigt (D. Betz und Breuninger 1998, S. 40).

Für zukünftiges Lernen ist es fatal, wenn unangenehme Gefühle mit Elementen der Lernsituation verknüpft werden. Allein der Anblick eines Schulheftes kann dann ausreichen, Abwehrverhalten auszulösen. Je länger solche negativen Prozesse wirken, desto mehr ist die Entwicklung konstruktiver Lernelemente wie Ausdauer, Reflexivität und Problemlösungsverhalten, blockiert (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 188).

Es kann auch passieren, dass Kinder durch akute große seelische Belastungen, traumatische Erlebnisse oder Krankheiten direkt ins dritte Stadium einsteigen (Wilckens 2018, S. 111).

Viertes Stadium, negative Lernstruktur samt Misserfolgserwartung

Im vierten Stadium entwickeln betroffene Kinder schließlich Therapieresistenz und trauen sich gar keinen Erfolg, etwa in einem Diktat, zu. Die Verantwortungen für Misserfolge, wird bei sich selbst gesehen. Sollten wider Erwarten Erfolge eintreten, so werden diese als nicht verdient, sondern als zufällig erreicht angesehen. Positive Leistungen wirken nun nicht mehr als Motivator (D. Betz und Breuninger 1998, S. 43).

Besonders fatal für die Lernmotivation ist, dass Legastheniker/-innen durch die erlebten Misserfolge, erfahren, dass sich das Lernen und Üben nicht lohnt. Die Furcht vor dem Misserfolg, dominiert über die Hoffnung auf Erfolg. Ist diese misserfolgsorientierte Motivationslage erst einmal eingetreten, passieren Misserfolge im Sinne selbst erfüllender Prophezeiungen. Durch die Erwartung des Misserfolgs erstarrt die Lernbereitschaft endgültig, das Kind gibt auf (D. Betz und Breuninger 1998, S. 43). Das Versagen wird als gegeben und unveränderbar hingenommen (Scheerer-Neumann 2015, S. 45), (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 189).

Ähnlich verhält es sich mit den Eltern. Sie halten keine positiven Leistungen mehr für möglich. Treten sie dennoch ein, werden Kinder vielfach des Schummelns verdächtigt und die Leistung wird nicht gewürdigt (D. Betz und Breuninger 1998, S. 43).

Zu diesem Zeitpunkt gibt es nur mehr einen Ansatzpunkt für erfolgreiche Therapie beim Kind: die Stärkung seines Selbstkonzepts über Anbieten einer tragfähigen Beziehung. Ein zweiter ist selbstverständlich Elternarbeit und Sensibilisierung der Lehrer/-innen (D. Betz und Breuninger 1998, S. 43).

2.5 Sekundäre Auswirkungen von Legasthenie

Es ist weitgehend anerkannt und empirisch belegt, dass sich Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben in vielfacher Weise auf das Leben und Lernen der Betroffenen auswirkt (ÖBVL 2021). Viele legasthene Kinder sind "psychisch unausgeglichen" (Adler und Göttinger-Hiebner 1998, S. 31). Der EÖDL weist darauf hin, dass viele betroffene Kinder begleitend zusätzliche Problematiken entwickeln, die einer medizinischen und/oder psychologischen Abklärung und Therapie bedürfen. Diese werden als Sekundärlegasthenie oder sekundäre Symptome der Legasthenie bezeichnet (EÖDL 2021).

Betroffene Kinder erleben sehr früh chronische Misserfolge, für die sie sich zudem selbst verantwortlich fühlen und es ist daher naheliegend, dass viele von ihnen Lern- und Schulunlust, Lernblockaden, Selbstzweifel und Resignation entwickeln (Suchodoletz 2006c, S. 11). Schwierigkeiten im Erlernen des Lesens und Schreibens zu haben, wirkt sich auf das individuelle emotionale Erleben, das soziale Verhalten, die Konzentrationsfähigkeit, Ausdauer, Belastbarkeit, Impulsivität, Frustrationstoleranz, Selbstwertgefühl, Erziehbarkeit, soziales Zusammenleben und somit maßgeblich auf die eigene Zufriedenheit und die jeweilige Bildungsbiographie der Betroffenen aus (Adler und Göttinger-Hiebner 1998, 31ff). Nachdem das Lernen für betroffene Schülerinnen und Schüler förmlich zur Qual wird, können sie bei Ausbleiben adäquater Therapien, oft weder einen ihrer Intelligenz entsprechenden Schulabschluss, noch eine dementsprechende Berufsausbildung erreichen (Suchodoletz 2006c, S. 11).

Kinder mit Lernstörungen haben jedenfalls ein höheres Risiko, psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln. Legasthene Kinder, die bereits an einschlägigen Beratungsstellen betreut werden, haben zu 30 % bis 50 % klinisch relevante Sekundärsymptome (Scheerer-Neumann 2015, S. 46).

Insbesondere das Selbstbild und die Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit werden bei Legasthenikerinnen und Legasthenikern erheblich getrübt (Schulte-Körne 2006, S. 37), (Scheerer-Neumann 2015, S. 12). Zumeist kommt es im Vergleich zu nicht legasthenen Menschen zu irgendeiner Form von Nachteil in der Persönlichkeitsentwicklung und Bildungsbiografie.

Die Bandbreite umfasst dabei:

- Anpassungsstörungen
- niedrige Lebenszufriedenheit
- Aufmerksamkeitsdefizite, inneres Aussteigen, Müdigkeit, Unlust, Unkonzentriertheit
- destruktives Kompensationsverhalten als Abwehr der Selbstwahrnehmung als Versager/-in, demonstratives Gelangweilt Sein, Angebertum
- oppositionelles Verhalten, Lernverweigerung, Trotz, Störverhalten, Clownerien
- Geschwisterrivalität, Konflikte mit Gleichaltrigen und Familie
- Ängste, Prüfungsangst, soziale Angst, Isolation
- Minderwertigkeitskomplexe, Selbstverurteilungen
- psychosomatische Beschwerden, Schlaflosigkeit, Kopf- und Bauchschmerzen
- Depressionen
- Suizidalität
- Delinquenz

(Wilckens 2018, S. 17), (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 189)

2.5.1 Komorbiditäten bei Legasthenie

Es ist im Einzelfall schwer zu differenzieren und wissenschaftlich noch nicht ausreichend geklärt, inwieweit Komorbiditäten wie psychische Symptome bei Legastheniker/-innen als Basisstörung vorliegen oder Folge der Legasthenie sind (Suchodoletz 2006c, S. 17). In Anbetracht der Komplexität des Gesamtphänomens können diese sowohl Vorläufer als auch Begleiterscheinung sein (Scheerer-Neumann 2015, S. 42). Vertreter/-innen der systemischen Sichtweise und der ÖBVL betonen überwiegend die Meinung, sie seien Folgen der Legasthenie (ÖBVL 2021).

Wissenschaftlich belegt ist eine Komorbidität zwischen spezifischen Sprachentwicklungsstörungen und Legasthenie, 50 % der Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen entwickeln zusätzlich eine Legasthenie (Scheerer-Neumann 2015, S. 30). Auch Dyskalkulie kommt häufig in Kombination mit Legasthenie vor. Dieser Zusammenhang liegt vermutlich darin, dass viele mentale kognitiven Prozesse bei Rechenoperationen

sprachlicher Natur sind (Scheerer-Neumann 2015, S. 31). Häufig gehen auch Störungen der Emotionalität und des Verhaltens mit Legasthenie einher (Siekmann 2013, S. 43), (Scheerer-Neumann 2015, S. 42). Dies sollen in Folge auch an Ergebnissen diverser Studien konkretisiert werden.

2.5.2 Legasthenie und ADHS

Die Komorbidität von ADHS und Legasthenie wird in zahlreichen Studien beschrieben und dadurch erklärt, dass einige genetische und umwelttechnische Einflüsse maßgebliche Faktoren für die Entstehung beider Störungsbilder sind (Scheerer-Neumann 2015, S. 31).

Bei vielen späteren Legasthenikerinnen/Legasthenikern werden bereits im Kindergartenalter mit ADHS assoziierte Verhaltensauffälligkeiten festgestellt (Scheerer-Neumann 2015, 45f). In einer schulischen Studie von Endlich et al. (2014) hatten laut Auskunft der Eltern, 28,6 % der legasthenen Kinder und 44,4 % der Kinder mit kombinierten Lernstörungen, jedoch nur 9,6 % der Kontrollgruppe auch die Diagnose ADHS (Endlich et al. 2014) zit.n. (Scheerer-Neumann 2015, S. 46).

Scheerer-Neumann betont jedoch, dass dabei nicht übersehen werden darf, dass alleine Überforderungssituationen, die legasthene Kinder alltäglich erleben, Symptome der Unaufmerksamkeit und Unruhe auslösen können. Sie vergleicht dabei legasthene Schüler/-innen mit Studierenden der Germanistik, die unfreiwillig in einem Seminar für Molekularbiologie landen. Vermutlich werden auch diese nach einiger Zeit Symptome von Unaufmerksamkeit und Hyperaktivität zeigen (Scheerer-Neumann 2015, S. 46).

Es kann jedenfalls festgehalten werden, dass Konzentrationsprobleme und ADHS viele junge Legastheniker/-innen noch zusätzlich emotional beeinträchtigen.

2.5.3 Legasthenie und emotionale Labilität

Scheerer-Neumann, die Ergebnisse vieler Studien verglichen und zusammengeführt hat, schreibt, dass sozial-emotionale Auffälligkeiten häufiger bei klinischen Stichproben als bei schulischen gefunden werden, und dass die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer psychischen Folgestörung höher ist, wenn Leistungsschwächen kombiniert und in mehreren Bereichen auftreten (Scheerer-Neumann 2015, S. 43). In Folge werden Ergebnisse ausgewählter Studien dargelegt. Diese alle weisen darauf hin, dass, wenn das Selbstkonzept eines Kindes sowie sein Vertrauen in seine

Leistungsfähigkeit bereits erschüttert ist, eine Form von psychotherapeutischer oder psychologischer Unterstützung notwendig ist (Wilckens 2018, S. 93).

Studie nach Scholz

Scholz führte 1992 im Rahmen seiner Dissertation eine Studie an mindestens durchschnittlich intelligenten Volksschulkindern mit Lern- und Leistungsproblemen durch. Es ist anzunehmen, dass viele der geschilderten Testpersonen Legastheniker/-innen waren. Die Ergebnisse verglich er mit einer Kontrollgruppe und wertete sie mit Hilfe des DTK (Depressionstest für Kinder) und der HANES, KJ (Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche nach Bugle und Baumgärtel (1972)) aus.

Dabei konnte belegt werden, dass bereits intelligente 8 bis 11jährige derart unter ihrer Lern- und/oder Leistungsstörung leiden, sodass sie signifikant höhere Werte in beinahe allen erhobenen Testkategorien zeigten (Scholz 1992) zit.n. (Rossmann 1993, S. 19). Die getesteten Kinder hatten demnach einen signifikant geringeren Selbstwert und mehr dysphorische Gefühle, mehr Unruhezustände, eine erhöhte Depressivität und erhöhten Neurotizismus (Rossmann 1993, 17, 6ff), also emotionale Labilität und emotionale Gehemmtheit (*Duden* 2021).

Studie nach Kohn

Kohn führte 2013 eine Studie zur Erhebung sekundärer Symptome von Schüler/-innen mit Teilleistungsstörungen (Legasthenie $n = 136$, Dyskalkulie $n = 39$) im Vergleich einer Kontrollgruppe ($n = 1798$) durch. Eltern und Schüler/-innen wurden zu ihrem Selbstwertgefühl und ihrer Lebensqualität befragt. Das Ergebnis zeigt auf, dass Eltern von betroffenen Kindern deutlich öfter angeben, ihre Kinder litten unter psychische Begleiterscheinungen, als die der Kontrollgruppe. (Kohn 2013) zit.n. (Masuch 2016, S. 15).

Narrative Studie nach Wilckens

Wilckens belegt in einer Studie, dass das alleinige nicht perfekte Beherrschen der Rechtschreibung auch bei scheinbar positivem Bildungsverlauf von jungen legasthenen Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen, zu einer beachtlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führt, die durch die ständige Kompensation des Defizits oder das ständige Bemühen dieses zu verbergen, verursacht wird (Wilckens 2018, S. 17).

Dabei sind intelligentere betroffene Personen besonders anfällig, für die Entwicklung von Angst- und Anpassungsstörungen, da sie sich ihrer Einschränkungen bewusster sind bzw. diesen einen höheren Stellenwert einräumen (Rüdel 2006) zit.n. (Wilckens 2018, S. 85).

Studien an sozialpädiatrischen Zentren

Bäcker und Neuhäuser (2003) testeten in einem sozialpädiatrischen Zentrum Kinder mit Legasthenie anhand der Child Behavior Checklist für Eltern auf psychische Probleme. Bei etwa einem Drittel wurden auffällige Probleme wie Angst und sozialer Rückzug oder aggressives Verhalten nachgewiesen (Bäcker und Neuhauser 2003) zit.n. (Scheerer-Neumann 2015, S. 42).

Etwas höhere Ergebnisse erzielte eine Studie am Legastheniezentrum Braunschweig. Mehr als die Hälfte aller Eltern berichteten dort von psychischen Auswirkungen der Legasthenie auf ihre Kinder, wobei die Angaben der Jugendlichen nicht immer mit denen ihrer Eltern korrelierten (Scheerer-Neumann 2015, S. 43).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in vielen unterschiedlichen Studien belegt worden ist, dass überaus häufig emotionale Labilität mit Legasthenie einhergeht. In Folge sollen daher Beispiele verdeutlichen, welche Erklärungsmuster betroffene Kinder für ihre Teilleistungsschwäche haben.

Selbstzuschreibungen von legasthenen Kindern nach Valtin

Kinder, die in einem Bereich versagen, der anderen leicht fällt, und vielleicht sogar Spaß macht, legen sich naheliegenderweise Erklärungen dafür zurecht. Diese wiederum beeinflussen das Selbstbild und das Selbstkonzept bezüglich eigener Fähigkeiten und Leistungsfähigkeit, und indirekt auch die Leistungsmotivation und Anstrengungsbereitschaft und somit auch die Schulleistungen. Valtin führte 1996 eine Studie an legasthenen Kindern der 2. und 3. Schulstufe durch. Die Kinder wurden dabei aufgefordert, Erklärungen für eventuelle schulische Misserfolge frei, ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten, zu äußern. (Valtin und Naegele 2000, S. 41).

Die befragten Kinder brachten dabei sehr differenzierte Selbstzuschreibungen in Bezug auf die Erklärung des eigenen Erfolgs oder Misserfolgs hervor. Beachtlich ist, dass bei der Fülle an möglichen Antworten mehr als 30 % der Kinder mangelnde Anstrengung als Ursache für Misserfolg angaben, 19 % schulische Faktoren und 15 % fehlende Begabung. Für den Selbstwert ist es förderlich, wenn Erfolge als der eigenen Leistungsfähigkeit entsprungen (also internal verursacht) angesehen wer-

den, während es bei Misserfolgen entlastend ist, das Versagen externen Faktoren, etwa den Rahmenbedingungen der Schule, zuzuschreiben (Valtin und Naegele 2000, S. 41).

In einer weiteren, jedoch nicht repräsentativen, Studie, wurden 102 Kinder, die wegen schwerer Legasthenie und Selbstwertproblemen in Therapie waren, wiederum völlig frei zu ihren Vermutungen befragt, woher ihre Lernprobleme kämen. Dabei ist auffällig, dass ein Viertel der Kinder, v.a. diejenigen, die ein kinderpsychiatrisches Testverfahren hinter sich hatten, Vererbung als maßgebliche Ursache nannten. Dahinter folgte die Selbstzuschreibung hirnorganischer Störungen unterschiedlichster Art und Defizite der eigenen Sinnesorgane, sowie Geburtskomplikationen und mangelnde eigene Anstrengungsbereitschaft. Vier Kinder erklärten, die Legasthenie komme von Gott oder sei naturgegeben. Zusätzlich wurden soziale und schulische Faktoren wie Scheidung und Schicksalsschläge in der Familie, schlechte Lehrer/-innen, lästernde Mitschüler/-innen, und didaktische Mängel von Lehrenden, beklagt. Auffällig ist, dass v.a. ältere Kinder bereits multifaktoriell über ihre Legasthenie reflektieren (Valtin und Naegele 2000, 42ff).

Folgende Zitate von befragten Schülerinnen wurden in ihrer originalen Schreibweise belassen und erlauben einen Einblick in ihre Innenwelten.

Ben, Schüler der 7. Klasse schreibt beispielsweise: „1. *bischen faul*, 2. *frühe propleme in der Grundschule*, 3. *Nervosität*, 4. *Konsentration*.“ [sic!] (Valtin und Naegele 2000, S. 44)

Jörn, 6 Klasse meint: „1. *weil ich meinerseits nicht gerne Lese und deshalb habe ich Schwierigkeiten beim Schreiben*, 2. *weil ich mich immer ablenke*, 3. *Weil ich immer unkonzentriert bin*.“ [sic!] (Valtin und Naegele 2000, S. 44)

Benjamin aus der 9. Klasse vermutet: „*Ich nemme an das sie zum grösten teil aus Famielieren Problemen kommt da ich früher meine Hausaufgaben alleine machen muste. . . . Und ein kleiner teil durch Faulheit*.“ [sic!] (Valtin und Naegele 2000, S. 44)

Die beispielhaften Erklärungen von legasthenen Kindern verdeutlichen, welche Folgen Erklärungsmuster haben. Das Verantwortlich - Machen von Gott oder der Natur entlastet zwar, führt aber möglicherweise zu psychischen Nebenwirkungen wie Hadern mit dem Schicksal. Auch wenn Eltern oder die Vererbung verantwortlich gemacht werden, wirkt sich dies ungünstig auf die familiäre Dynamik aus (Valtin und Naegele 2000, S. 44).

In einer zweiten Frage wurde erfragt, was den Kindern die meisten Probleme bereitet. Genannt wurden zumeist Probleme in Verbindung mit dem Deutschunterricht, dahinter Fremdsprachen und Mathematik. Es wurde aber auch allgemein über soziale Schwierigkeiten in der Schule, v.a. mit Mitschülerinnen/-schülern, berichtet (Valtin und Naegele 2000, S. 45).

Zuletzt wurde die Frage gestellt, was man gegen die Legasthenie tun könne. Bei den Antworten finden sich sowohl zuversichtliche, etwa das vermehrte Üben von lesen und schreiben nach passenden Förderkonzepten und mit guten Lehrenden, als auch resignative wie beispielsweise: „*Man gewöhnt sich daran und lernt damit zu leben, dass man ein Depp ist.*“ [sic!] (Valtin und Naegele 2000, S. 45) oder wiederum Benjamin „*lesen und Legietraining und sich mit dem bischen an Legasthenie abfinden die man nicht bekemfen kann.*“ [sic!] (Valtin und Naegele 2000, S. 45)

Interessant mutet auch der Vorschlag an, dass Lehrende selbst Legastheniker/-in sein sollten, um ihre Lage zu verstehen und sie adäquat unterrichten und benoten zu können.

Zusammengefasst wird es überaus deutlich, dass schwere Probleme mit dem Lesen- und Schreiben sehr häufig Auswirkungen auf das Selbstkonzept der Betroffenen haben. Zu erwähnen ist, dass die befragten Kinder bereits alle psycho- und lerntherapeutische Hilfen erhalten haben, und diese auch als positiv und hilfreich bewerten. Erst psychologische Therapie ermöglicht ihnen die Reflexion und eine dementsprechende Verbalisierung ihrer Schwierigkeiten. Wie aber erst mag es ähnlich betroffenen Kindern gehen, die diese Unterstützungen nicht erhalten (Valtin und Naegele 2000, S. 45)?

3. DIE BEDEUTUNG WESENTLICHER FAKTOREN DES SELBST BEI LEGASTHENIE

Die Hypothese dieser Arbeit stützt sich darauf, dass Kunsttherapie die verletzte Selbstwirksamkeit und Ich-Kompetenz von legasthenen Kindern stärken kann. Um dies belegen bzw. widerlegen zu können, erfolgt an dieser Stelle eine Definition und Erklärung der entsprechenden Begrifflichkeiten sowie eine Diskussion, ob diese Faktoren des Selbst bei legasthenen Kindern eine entscheidende Rolle spielen.

In der Emotionspsychologie wird darauf hingewiesen, dass das Gefühl, ein Ziel irgendwie erreichen zu können, (also beispielsweise ein Diktat positiv bewältigen zu können) auch wenn man noch keinen konkreten Weg dazu kennt, von unterschiedlichen Faktoren abhängt (Kuhl 2001, S. 261). Auch im Großteil, der bisher geschilderten legastheniebezogenen Ansätze wird klar, welche bedeutende Rolle Selbstwert, Selbstbild, Selbstkonzept und Selbstwirksamkeit im Rahmen einer Legasthenie und deren Therapie spielen. In Folge sollen daher die wesentlichen Begriffe anhand psychologischer Literatur erklärt werden. Ein besonderes Augenmerk kommt in dieser Arbeit der Selbstwirksamkeit zu. Aus diesem Grund wird dieser Begriff ausführlicher beschrieben.

3.1 Selbstkonzept

Selbstkonzept bedeutet nach Kuhl „eine sprachnahe, symbolische Repräsentation verschiedener Selbstaspekte“ (Kuhl 2001, S. 760). Es beinhaltet einerseits die Selbstwahrnehmung eines Menschen, andererseits auch seine Vorstellungen, wie er gerne sein möchte (Zimbardo 1995, S. 501). Das Selbstkonzept verfügt dabei über eine dynamische mentale Struktur und vermittelt in Form einer internen Regulationsinstanz zwischen Gedanken, Gefühlen und Handlungen. Es charakterisiert sich durch folgende Merkmale (Zimbardo 1995, S. 502):

- Es reguliert Verhaltensabläufe und stimmt sie untereinander ab.
- Es ist dynamisch und veränderungsbereit.

- Es interpretiert die persönliche Bedeutung von Handlungen und Erfahrungen.
- Es beeinflusst das Verhalten mit Hilfe von Anreizen, Plänen und Regeln und steuert die Motivation.
- Es passt sich auf umweltbezogene Reaktionen, Anforderungen und Rückmeldungen an.

Kinder müssen ihr Selbstkonzept erst formen und tun dies anhand von (Zimbardo 1995, S. 502):

- Beobachtungen, wie andere Menschen sich gegenüber ihnen verhalten
- Beobachtungen des eigenen Handelns
- Ziehen von ursächlichen Schlüssen aus diesen Wahrnehmungen
- Vergleichen mit anderen Menschen hinsichtlich deren Meinungen, Kompetenzen und Emotionen

3.2 Selbstwirksamkeit

Expertinnen/Experten aus den Bereichen Medizin und Psychologie beschäftigen sich mit der Frage, wie Selbstwirksamkeit entsteht und gesteigert werden kann. Jeder Mensch hat ein inneres Bedürfnis, sich wirksam zu fühlen und zu erleben (Barouti 2018, S. 6). Selbstwirksamkeit macht uns stabil und stark und hat einen bedeutenden Einfluss auf den Selbstwert eines Menschen (Barouti 2018, S. 4). Der Faktor der Selbstwirksamkeit ist deshalb so bedeutend, weil er maßgeblich vor Ängsten, Depressionen, Gefühlen der Sinnlosigkeit, Selbstzweifeln und anderen Krankheiten schützt (Barouti 2018, S. 39).

Der Begriff Selbstwirksamkeit stammt ursprünglich von Bandura aus dem Konzept der sozialen Lerntheorie und bedeutet:

die Überzeugung, daß man in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen kann. Dieses Gefühl einer Person bezüglich ihrer Fähigkeit beeinflußt ihre Wahrnehmung, ihre Motivation und ihre Leistung auf vielerlei Weise. (Zimbardo 1995, S. 498)

Die Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die Erwartung bzw. die Haltung, eine Situation zu meistern. Dieser Begriff wird zumeist synonym mit dem der Selbstwirksamkeit verwendet (Barouti 2018, S. 14)

Barouti definiert ähnlich:

Selbstwirksamkeit benennt die subjektive Selbsteinschätzung: "Ich kann aus eigener Kraft etwas bewirken!" (Barouti 2018, S. 6)

Kuhl umschreibt Selbstwirksamkeit folgendermaßen:

die Erwartung, eine Handlung ausführen zu können, d.h. trotz innerer und äußerer Schwierigkeiten die ("Willens"-)Kraft zu haben, die Handlung tatsächlich auszuführen (Kuhl 2001, S. 259).

Dies schließt die Erwartung ein, sein Verhalten in Hinblick auf gesetzte Ziele steuern zu können. (Kriegler-Kastelic 2008)

Wir Menschen meiden Situationen, denen wir uns nicht gewachsen fühlen. Dabei kommt es nicht in erster Linie darauf an, ob wir die Fähigkeit und den Willen tatsächlich besitzen, die Situation zu meistern, sondern ob wir glauben, dass wir dabei erfolgreich sein können. In diesem Zusammenhang kommt es zu Generalisierungen. Bestehende positive Erwartungen hinsichtlich unserer eigenen Selbstwirksamkeit übertragen sich auf neue Situationen (Zimbardo 1995, S. 498), (Kriegler-Kastelic 2008).

Selbstwirksame Menschen glauben an sich, trauen sich etwas zu und sind zuversichtlich, dass ein Versuch jedenfalls Sinn macht, selbst wenn es nicht klappen sollte, um in ihrem Leben etwas zu bewirken (Barouti 2018, S. 6).

Hohe Selbstwirksamkeit führt zu (Kriegler-Kastelic 2008), (Zimbardo 1995, S. 500), (Barouti 2018, S. 27):

- Verbesserung der Leistungsfähigkeit bei gleichbleibenden kognitiven Fähigkeiten
- Reduktion der emotionalen und physiologischen Erregung
- Auswahl adäquater Bewältigungsmuster bei Stress
- Setzen stärker herausfordernder Ziele
- zuversichtlicher Herangehensweise beim Verfolgen der Ziele
- vermehrter Vorstellung positiver Zukunftsszenarien
- realistischerer Selbsteinschätzung von eigenem Erfolg und Misserfolg
- höherer Einsatzbereitschaft
- höherer Frustrationstoleranz

- längerer Ausdauer
- häufig gutem Zeitmanagement

Das Gefühl einer geringen Selbstwirksamkeit hingegen kommt Hilf- und Wirkungslosigkeit gleich und führt zu (Kriegler-Kastelic 2008), (Zimbardo 1995, S. 500), (Barouti 2018, S. 13):

- Apathie
- Zukunftsängsten
- Mutlosigkeit
- Gefühl der Vergeblichkeit
- Gefühl, als Opfer äußeren Umständen ausgeliefert zu sein
- Depressionen
- Aggressivität

Über das Wissen, wie einzelne Menschen deren Selbstwirksamkeit einschätzen, kann man gut auf deren Verhalten und dessen Effizienz schließen (J. Heckhausen und H. Heckhausen 2010, S. 346).

Die Universität Wien erachtet Selbstwirksamkeit als bedeutenden Faktor, um die Potentialentfaltung von Studierenden und Lehrenden zu verbessern. Sie betont, dass eine hohe Selbstwirksamkeit ein entscheidender Faktor für erfolgreiches Lernen und Handeln ist. Sie schützt vor Angst und stressbezogenen Einflüssen und unterstützt vor, während und nach der Erbringung einer Leistung (Kriegler-Kastelic 2008).

Je nachdem, wie viel Selbstwirksamkeit wir uns zutrauen, entscheiden wir in herausfordernden Situationen, wie viele Anstrengungen wir in Kauf nehmen (Zimbardo 1995, S. 498). Auf Legastheniker/-innen bezogen bedeutet dies, dass deren Einschätzung ihrer Selbstwirksamkeit darüber entscheidet, wie lange sie lesen und schreiben trotz ihrer Defizite üben können, oder ob sie aufgeben, jemals richtig lesen und schreiben zu lernen.

Modell der vier Quellen der Selbstwirksamkeit

Dieses Modell stammt ursprünglich von Bandura und wird folgendermaßen beschrieben:

a. Eigene Erfahrungen und Erfolgserlebnisse

Die wichtigste Grundlage eigener Selbstwirksamkeitserwartung ist die Erfahrung, herausfordernde Situationen durch eigenes Handeln bewältigen und meistern zu können (Barouti 2018, S. 15). Dieses Erleben nährt den Glauben an eigene Fähigkeiten. Durch die gefühlte optimistische Haltung entstehen weniger Ängste und Stress, sodass die kognitiven Ressourcen sich besser auf die eigentliche Aufgabenstellung fokussieren können. Ist eine gute Selbstwirksamkeitserwartung bereits aufgebaut, wird diese durch zeitweilige Misserfolge auch nicht gleich erschüttert, da die Ursache für das Scheitern meist in veränderbaren Faktoren gesehen wird (Kriegler-Kastelic 2008), (Zimbardo 1995, S. 498).

Kuhl unterscheidet zwischen optimistischem und pessimistischem Kausalattributionstil. Bei ersterem werden Erfolge stabilen und globalen Faktoren zugeschrieben, also den eigenen Fähigkeiten, während für Misserfolge instabile und spezifische Faktoren, also etwa individuelles Pech, verantwortlich gemacht werden (Kuhl 2001, S. 762).

Es ist förderlich, wenn Erfolge den eigenen Fähigkeiten zugeschrieben werden (etwa ich war erfolgreich, weil ich das gut kann, so werde ich mir das nächste Mal ein noch größeres Ziel setzen und dieses auch erreichen), und Misserfolge veränderbaren oder externalen Faktoren (ich habe zu wenig gelernt oder starke Kopfschmerzen, darum habe ich eine schlechte Note).

Besonders fatal ist es, wenn Misserfolge eigenen unveränderbar mangelhaften Fähigkeiten zugeschrieben werden. Dies bedingt eine ungünstige Ausgangslage, weitere Misserfolge bis hin zu einer förmlichen Illusion der Inkompetenz (Kriegler-Kastelic 2008). Die Gefahr ist sehr groß, dass es in jahrelangem Verlauf nicht nur zu einer ungünstigen Leistungsentwicklung, sondern auch zu gesundheitlichen Problemen kommt (Kuhl 2001, S. 762).

b. Stellvertretende Erfahrungen durch passende Vorbilder

Wir Menschen müssen nicht alle Erfahrungen selbst machen, es wirkt auch, wenn wir Erfahrungen anderer Menschen, quasi stellvertretend für uns beobachten. Dabei beeinflusst das Beobachten erfolgreichen Handelns unsere eigene Selbstwirksamkeit v.a. dann, wenn wir zur beobachteten Person wesensähnlich sind, bzw. wenn die be-

obachtete Person eine geringfügig bessere Leistung erbringt als wir selbst (Kriegler-Kastelic 2008), (Zimbardo 1995, S. 498). Positive und adäquate Vorbilder sind besonders hilfreiche und nachahmenswerte Beispiele für Selbstwirksamkeit (Barouti 2018, S. 17).

Auf Legastheniker/-innen bezogen würde das bedeuten, dass es besonders unterstützend ist, wenn sie ansprechende Leistungen anderer Legastheniker/-innen beobachten, die etwa schon länger in Lerntherapie sind (Kriegler-Kastelic 2008, S. 17).

c. Ermutigung und verbale Unterstützung durch andere

Ermutigt uns ein Mensch in einer herausfordernden Situation, etwa mit den Worten "du schaffst das!", so stärkt uns dies und wir trauen uns die Bewältigung besser zu (Barouti 2018, S. 17).

Verbale Unterstützungen von außen können die Selbstwirksamkeit maßgeblich unterstützen. Besonders wirksam ist dies, wenn der/die Unterstützende glaubhaft und vertrauensvoll wahrgenommen wird und über Expertinnen-/Expertenwissen verfügt. Hier können Mentorinnen/Mentoren aller Art unterstützend sein, also auch Therapeutinnen/Therapeuten. Die Gefahr dabei ist aber, dass überzogene positive Feedbacks den gegenteiligen Effekt haben und die Selbstwirksamkeit weiter schwächen (Kriegler-Kastelic 2008).

Es ist sehr bedeutend, dass die soziale Umwelt Betroffenen ermöglicht aus dem Teufelskreis selbsterfüllter Prophezeiungen zu entkommen, indem sie andere, als erwartete Rückmeldungen, über deren eben erbrachte Leistung vermittelt, und durch kompetente Reaktionen beabsichtigte Veränderungen positiv verstärkt (Zimbardo 1995, S. 500).

An die Stelle von Ermutigungen durch außen können auch Selbstinstruktionen treten. Diese ermöglichen es einer Person, sich selbst zu ermutigen (Barouti 2018, S. 18).

d. Gefühlsmäßige Aktivierung

Auch physiologische (z.B: Schwitzen der Hände) und emotionale Erregungszustände sowie unsere Reflektion darüber wirken sich auf die Selbstwirksamkeitserwartung aus. Es kann hilfreich sein, etwa in Prüfungssituationen, Körpersignale bewusst wahrzunehmen und alternative Interpretationen mit diesen Erregungszuständen zu koppeln (etwa: ich bin angespannt, dadurch aber besonders aufmerksam anstatt: ich bin nervös und werde deshalb versagen) (Kriegler-Kastelic 2008), (Zimbardo 1995, S. 498), (Barouti 2018, S. 19).

Zusätzlich spielt es eine Rolle, ob die entsprechende lehrende bzw. unterstützende/therapierende Person, selbst eine hohe Selbstwirksamkeit hat. Geht beispielsweise eine Lehrerin/ein Lehrer davon aus, dass sie ihre Schüler/-innen im Unterricht begeistern und individuell fördern können, so färbt diese Selbstwahrnehmung auf die Schüler/-innen ab und bewirkt weitaus mehr als Handeln und Reden (Kriegler-Kastelic 2008).

Spüren Menschen, beispielsweise Legastheniker/-innen, zu wenig Selbstwirksamkeit, um eine Aufgabe zu meistern, müssen zunächst Kompetenzen entwickelt werden, um die Selbstwirksamkeit zu stärken (Zimbardo 1995, S. 500). Dass beispielsweise Kunsttherapie eine gute Methode dafür ist, soll später erörtert werden.

3.3 Selbstkontrolle

Weitere Wirkfaktoren, die darauf schließen lassen, dass Menschen mit herausfordernden Situationen gut zurechtkommen, sind positive Kontrollüberzeugungen wie Optimismus, internale Kontrolle und Selbstsicherheit (Kuhl 2001, S. 259). Haben Menschen das Gefühl, darüber Kontrolle zu haben, was mit einem passiert, erfahren sie Selbstwirksamkeit (Zimbardo 1995, S. 439).

3.4 Selbstregulation

Bei der Erreichung von Zielen ist es bedeutend, dass der jeweilige Mensch über einen impliziten Zugang zu zahlreichen mehr oder weniger aussichtsreichen Handlungsalternativen verfügt. Dies kann aber nur so lange gelingen, als negative Emotionen, die durch negative Erfahrungen verursacht werden, herabreguliert werden können. Dies geschieht im Rahmen des Selbstsystems in Form von Selbstregulation (Kuhl 2001, S. 261).

Selbstregulation umschreibt eine weitgehend unbewusste Form des Willens und gleicht einer inneren Demokratie zahlreicher innerer Stimmen (J. Heckhausen und H. Heckhausen 2010, S. 348).

Prozesse der Selbstregulation sind v.a. dann bedeutsam, wenn Ziele umgesetzt werden sollen, die nicht mit dem aktuell dominanten Bedürfnis übereinstimmen (J. Heckhausen und H. Heckhausen 2010, S. 346). Sie entsteht in einem Zusammenspiel aus Selbstbehauptung und Selbstkontrolle. Dank dieser ist es uns möglich zu Gunsten der notwendigen Zielfokussierung, zeitweise innere Vorstellungen des Selbstsystems zu unterdrücken. Im Alltag nehmen wir Selbstregulation im Sinne eines inneren

”Ich - will wirklich” wahr, während sich Hemmungen des Selbst und des Willens v.a. durch Anspannungen und das Gefühl der Anstrengung äußert. Kann negative Emotionalität nicht erfolgreich herabreguliert werden, hemmt sie das gesamte System (Kuhl 2001, 766f).

3.5 Selbstbestimmung

Ein weiterer bedeutender Faktor ist der Grad der Selbstbestimmung, also die Bildung und Umsetzung von selbstkongruenten Zielen. Menschen, die ihre Ziele weitgehend selbstbestimmt und aus intrinsischer Motivation heraus verfolgen bzw. ihre Bedürfnisse sowie die Anforderungen der Gesellschaft übereinstimmend wahrnehmen, haben eine bedeutend höhere Lebenszufriedenheit, subjektives Wohlbefinden und Leistungsvermögen als solche, die fremdbestimmte Ziele verfolgen (Kuhl 2001, S. 223), (J. Heckhausen und H. Heckhausen 2010, S. 348).

3.6 Selbstwert

Der Begriff des Selbstwertgefühls einer Person umschreibt die generalisierte wertende Einstellung sich selbst gegenüber. Diese Einstellung beeinflusst sowohl die individuelle Stimmung als auch das Verhalten (Zimbardo 1995, S. 502). Der Selbstwert ist in Bezug auf Legasthenie der am besten in der Literatur untersuchte Aspekt.

3.7 Selbst und Legasthenie

In Folge sollen die Erkenntnisse der Selbstpsychologie mit denen der Legasthenieforschung zusammengeführt werden. Bedeutend ist dies v.a. in Hinblick auf die Wahl einer adäquaten Therapiemethode.

Viele Autorinnen/Autoren betonen, dass der Einfluss motivational-emotionaler Aspekte auf Lernen, Lernerfolg und Motivation groß ist (Schulte-Körne 2006, S. 37) und das Selbstkonzept der Betroffenen massiv beeinträchtigt ist (Siekmann 2013, S. 43), (Scheerer-Neumann 2015, S. 42). Darum muss eine adäquate Therapie der Legasthenie diese Faktoren unbedingt berücksichtigen. Nur die nachhaltige Stärkung des Selbstwertgefühls und ein verbessertes Bewusstsein der eigenen Fähigkeiten, schafft die Basis für nachhaltigen Lernerfolg (Schulte-Körne 2006, S. 37). Gegebenenfalls ist daher eine Psychotherapie als (zusätzliche) Therapie zu erwägen (ÖBVL 2021), (Scheerer-Neumann 2015, S. 12).

Die grundsätzliche negative Selbstbewertung von Kindern verdeutlicht sich auch dadurch, dass z.B. die Fähigkeit Rechtschreibfehler zu entdecken und verbessern, was objektiv betrachtet eine wichtige Fähigkeit und Leistung ist, nicht als solche wahrgenommen wird. Gesehen wird nur der Makel, quasi ich habe schon wieder einen Fehler gemacht (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 189).

Betz und Breuninger betonen, dass es Grundprinzip ihrer Theorie ist, vorrangig nicht nach Ursachen, sondern nach Wirkungen (Gefühlen, Reaktionen, Erwartungen, u.a.) zu suchen. Die Faktoren Selbstbild, -wirksamkeit, und Selbstvertrauen, sind in der Therapie von Legasthenie demnach von herausragender Bedeutung. Vor allem in den fortgeschrittenen Stadien befindet sich das Kind in mehreren Teufelskreisen (wie im Modell bereits erörtert). Die einzige Variable, die in allen Teufelskreisen vorkommt, ist das Selbstbild des betroffenen Kindes. Schon allein deshalb ist es unbedingt erforderlich, unverzüglich dort anzusetzen und den Selbstwert des Kindes wieder zu heben. Dies ist die absolute Voraussetzung für sämtliche Therapieerfolge in anderen Bereichen wie Konzentration, Rechtschreibung, Feinmotorik, ... (D. Betz und Breuninger 1998, 50ff).

In diesem Sinne hilft zu Beginn einer Selbstwert steigernden Therapie auch bereits allein die Erwartung und Hoffnung, diese werde helfen. Betz und Breuninger betonen daher, dass *„praktisch jede beliebige Form der Legasthenietherapie zu Anfangserfolgen führt, die manchmal schon hinreichen, um das Steuer herumzureißen“* (D. Betz und Breuninger 1998, S. 51) .

Zugleich muss aber angemerkt werden, dass es einer Illusion gleichkommt, allein die Steigerung des Selbstwertgefühles würde das gesamte Problem lösen. Ohne Therapie der Lernstörung wird der angegriffene Selbstwert rasch wieder sinken. Erfolgreiche Therapie soll deshalb gleichzeitig an möglichst vielen Punkten ansetzen und dem Kind Erfolge ermöglichen (D. Betz und Breuninger 1998, 50ff).

Deshalb ist es naheliegend, Therapiemethoden aus einem Gebiet zu wählen, in dem ein Kind noch keine negativen Erfahrungen gemacht hat. Um die Therapie- und Lernmotivation eines Kindes generell zu erhalten, ist es im Sinne der Steigerung seiner Selbstwirksamkeit, unbedingt erforderlich, dass es zwangsläufig Erfolge machen muss, die es auch als selbst erbrachte Leistung erkennen kann (D. Betz und Breuninger 1998, 50ff).

Dieser Hinweis spricht sehr dafür, dass in diesem Stadium Kunsttherapie eine sinnvolle Therapiemethode sein könnte, da davon auszugehen ist, dass die meisten Kinder noch keine negativen Erfahrungen mit Kunsttherapie gemacht haben. Zudem

können kunsttherapeutische Aufgaben so gestellt werden, dass ein Kind dabei förmlich Erfolg haben muss.

4. BEHANDLUNG UND THERAPIE VON LEGASTHENIE

4.1 *Zur Problematik der wissenschaftlichen Nachweisbarkeit von Wirksamkeit*

Generell ist *„der Nachweis der Wirksamkeit einer Behandlung hoch komplex und nur in Annäherung möglich.“* (Suchodoletz 2006c, S. 24)

Dieses Zitat bringt die Herausforderung, die Wirksamkeit psychologischer, sozialer und pädagogischer Behandlungskonzepte umfassend nachzuweisen, auf den Punkt.

So werden sowohl Eltern als auch betroffene Kinder, Lehrer/-innen und Außenstehende die Wirksamkeit ein und derselben Legasthenietherapie mit großer Wahrscheinlichkeit unterschiedlich bewerten. Auch wenn zur Messung der Effektivität einer Therapie ein Lese- Rechtschreibtest verwendet wird, variieren die Ergebnisse, je nachdem welches Testverfahren gewählt wird. Messung allein ist zudem nur bedingt aussagekräftig. Zusätzlich zu ihr braucht es immer die individuelle Beobachtung und Beurteilung des Erfolgs durch eine Therapeutin/einen Therapeuten (Suchodoletz 2006c, S. 24).

Unbedingt erforderlich zur wissenschaftlichen Belegbarkeit von Therapieerfolg ist die Durchführung von randomisierten Doppelblindstudien, die sehr aufwändig ist (Suchodoletz 2006c, S. 25). Dabei müssen folgende Minimalanforderungen sichergestellt werden (Mannhaupt 2006, S. 95):

- Der Effekt der Therapie ist allein auf deren Wirkung zurückzuführen.
- Ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe, die keine oder andere Therapien erhält, ist notwendig.
- Muss aus ethischen Gründen auf eine Kontrollgruppe verzichtet werden, ist jedenfalls ein Vergleich mit einer Normstichprobe Voraussetzung.
- Die Gruppengröße umfasst mindestens fünf Personen pro Gruppe.
- Die getesteten Personen sind repräsentativ für die Zielgruppe.

- Der Nutzen der Therapie sollte nachhaltig nachgewiesen werden können, nicht nur bei Therapieende.
- prinzipielle Wiederholbarkeit der Studie

Bei psychologischen Evaluationsstudien liegt ein methodisches Dilemma vor. Eigentlich müssten für eine aussagekräftige Studie, bei allen Teilnehmer/-innen idente Rahmenbedingungen vorliegen, obwohl jede/jeder andere Voraussetzungen hat und jeder Lernstand individuell ist (Scheerer-Neumann 2015, S. 87).

Diese Kriterien in der Forschung mit legasthenen Kindern alle vollständig zu berücksichtigen, ist eine große Herausforderung. So werden viele, auch sehr anerkannte, Studien im Bereich der Wirksamkeit von Legasthenietherapien, als mangelhaft bewertet. Grundvoraussetzung einer nachweislichen Wirksamkeit ist immer, dass ein Verfahren nachweislich eine deutliche Verbesserung im Lesen und/oder Schreiben bewirkt, nicht nur im individuellen Wohlbefinden (Suchodoletz 2006a, S. 269).

Besonders schwierig ist es die Effektivität emotionaler Behandlungsformen, im Vergleich zu reinem Training in Lesen und Rechtschreiben, zu belegen. Dazu wurden mehrere Studien durchgeführt. Bei den untersuchten Methoden handelt es sich um Spieltherapie und integrative Lerntherapie (Mannhaupt 2006, 95ff) sowie um kognitiv und neurologisch orientierte Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitstrainings (Scheerer-Neumann 2015, S. 69). Leider wurden alle Studien als mangelhaft beurteilt und können daher keine sicheren Hinweise auf die Wirksamkeit dieser Verfahren geben (Mannhaupt 2006, S. 105).

Die vorhandene Forschung gibt somit leider keine konkreten Antworten, sondern nur Orientierungshilfe, welche Therapieansätze bei welchem Kind sinnvoll sind. Umso wichtiger ist es, dass eine umfassende Therapie der Legasthenie immer individuell an den Bedürfnissen des jeweiligen Kindes anschließt (Mannhaupt 2006, S. 106).

Daraus, dass bei einem therapeutischen Verfahren die Wirksamkeit bisher nicht allgemein belegt wurde, lässt sich jedoch nicht schließen, dass diese Methode keine Wirksamkeit hätte. Der Wert einer Behandlung ergibt sich schlussendlich nicht allein aus der Wirksamkeit der Methode, sondern aus dem Gesamtnutzen der Behandlung. So kann es im äußersten Fall vorkommen, dass eine an sich unwirksame Methode, die jedoch dem Weltbild der Eltern/der Familie entspricht, im Einzelfall besser wirkt, weil sie die Störung des Kindes für diese nachvollziehbar erklärt, sodass der Umgang mit ihr maßgeblich erleichtert wird und Ressourcen aktiviert werden, als eine nachweislich wirksame. In Folge kann in diesem konkreten Einzelfall die Lernstörung tatsächlich besser bewältigt werden (Suchodoletz 2006c, 29f).

Hier wirken überwiegend Placebo- und Kontexteffekte, deren Erfolg keinesfalls zu unterschätzen ist, wie eine vergleichende Studie zahlreicher anerkannter und alternativer Therapiemethoden zeigt. Der Placebo Effekt ist oft vielfach höher, wenn Therapiemethoden besonders eindrucksvoll sind oder mit der jeweiligen eigenen persönlichen Lebensphilosophie übereinstimmen. Die Kontexteffekte beziehen sich v.a. auf die Atmosphäre der Behandlung und die Überzeugungskraft sowie den Optimismus, den die Therapeutin/der Therapeut ausstrahlt (Suchodoletz 2006c, S. 29). Allein durch die Zuwendung durch die Therapeutin/den Therapeuten wird den Betroffenen das Gefühl vermittelt, ernst genommen zu werden (Suchodoletz 2006c, S. 19).

So können all diese Methoden von Nutzen sein, wenn sie dazu führen, dass Kinder wieder zuversichtlicher sind, mehr Spaß am Lernen haben und am Unterricht besser teilnehmen. Dadurch können neue Erfolgserlebnissen entstehen, die bei klassischer Lerntherapie im Einzelfall vielleicht nicht so zustande gekommen wären (Suchodoletz 2006a, S. 269).

Die Tatsache dass lern- und überwiegend am Symptom orientierte Therapiemethoden, in Bezug auf Therapiemotivation und Persönlichkeitsstabilisierung, einen Nachteil gegenüber alternativen oder psychologisch orientierten haben, konnte auch durch Studien nachgewiesen werden (Suchodoletz 2006c, S. 17). Viele alternative Methoden wirken sich zwar nicht oder nur bedingt nachweislich auf die Qualität der Rechtschreibung aus, tragen jedoch, durch die Steigerung des Selbstwerts und einer Verbesserung der emotionalen Stabilität, maßgeblich zum Therapieerfolg bei (Suchodoletz 2006c, S. 28).

4.2 *Therapiekonzepte bei Legasthenie*

Förderprogramme bei Legasthenie gehen von den Grundprinzipien der Heil- und Sonderpädagogik aus. Insofern sollen Hilfen passgenau im Einzelsetting oder in Kleinstgruppen angeboten werden. Ziele sollen dabei realistisch erreichbar gesetzt werden. Besonders förderlich ist es, wenn bei der Therapie gleichzeitig mehrere Sinnesmodalitäten angesprochen werden (Ertasten von Buchstaben, Gliederung durch Farben, betontes Mitsprechen u.a.) (Suchodoletz 2006b, S. 282). Eine realistische Dauer einer Legasthenietherapie beträgt mindestens ein bis zwei Jahre (Suchodoletz 2006b, S. 283).

Legastheniker/-innen brauchen eine adäquate Förderung, die grundsätzlich inner-schulisch wie auch extern durchgeführt werden kann. Den Schulen fehlt es jedoch

zumeist an Kapazitäten, sodass zumeist außerschulische Förderung notwendig ist. Erhält ein Kind keine entsprechende Therapie ist mit weitreichenden Folgen bis hin zum Analphabetismus zu rechnen (Wilckens 2018, S. 146), (Valtin und Sasse 2014, S. 61), (Schulte-Körne 2006, S. 36).

Um überhaupt adäquate Therapie anbieten zu können, ist eine weitgehende Testung notwendig. Neben der Feststellung des Leistungsniveaus der Schriftsprache werden auch psychologische und soziale Parameter erfasst. Dies geschieht teilweise anhand von Fragebögen an Eltern, Lehrende und Kinder, teilweise auch im Gespräch oder in der Beobachtung der Eltern-Kind Interaktion (Scheerer-Neumann 2015, S. 67).

Die Therapie selbst richtet sich demgemäß nach einem Förderplan, der aber flexibel bleiben soll. Dabei werden die nötigen Therapieverfahren besprochen und Elternberatung wird durchgeführt. Manche Ziele erfordern eine begleitende oder vorangehende Psycho- oder Lerntherapie, für andere reicht ein psychologisch gut durchdachtes Lese- Rechtschreibtraining (Scheerer-Neumann 2015, S. 68).

Eltern können sich sehr schwer im Dschungel der Therapieverfahren zurechtfinden und erkennen, welche Therapiemethode tatsächlich wirksam und für genau ihr Kind geeignet ist. In der Therapie von Legasthenie gibt es ebenso viele Ansätze wie in der Ursachenforschung. So existiert innerhalb des deutschen Sprachraums bislang keine standardisierte Ausbildung mit Berufsschutz. Der Markt an Therapiemethoden ist groß. So finden sich neben heilpädagogisch orientierten und an lerntheoretischen Erkenntnissen ansetzende Therapieformen auch sehr fragwürdige alternative Methoden. Die Effektivität der jeweiligen Methode ist oft nicht wissenschaftlich gesichert (Siekman 2013, S. 43), (Wilckens 2018, S. 145), (Suchodoletz 2006c, S. 17), (Suchodoletz 2006b, S. 283). Dieses schließt aber nicht aus, dass diese Therapien im individuellen Fall dennoch nützlich sein können (Suchodoletz 2006c, S. 17), (Zangerle 2000, S. 195).

Scheerer-Neumann schreibt, dass es kein Patentrezept für gelungene Förderung bei Legasthenie geben kann. Eine professionelle Förderung von Legasthenikerinnen/Legasthenikern setzt vielmehr voraus, dass die fördernde Person ein umfassendes Verständnis des Problems mitbringt und die Fähigkeit hat, die individuellen Schwierigkeiten eines jeweiligen Kindes zu analysieren (Scheerer-Neumann 2015, S. 12).

Generell gibt es eine Tendenz dazu, dass es essenziell ist, nach der Förderung der emotionalen Aspekte (sofern diese notwendig ist), ein klassisches Lerntraining anzuschließen, das sich ganz auf die kognitiven Anforderungen im Bereich Schriftsprache, ausrichtet. Eine alternative Möglichkeit ist, dass die Lerntherapie auch die motiva-

tionalen und emotionalen Bedürfnisse der Kinder mitberücksichtigt. Kinder, die in Lerntherapien ohnehin von sich aus motiviert mitarbeiten und lernen, bedürfen keiner weiteren emotionalen Therapie (Mannhaupt 2006, S. 99).

Legasthenie Therapieprogramme bedienen sich vieler Aspekte unterschiedlicher Disziplinen. Bedeutend sind lerntheoretische Aspekte genauso wie kognitionspsychologische und verhaltenstherapeutische. Es wird vermutet, dass gerade eine Kombination dieser Aspekte eine gute Wirksamkeit ausmacht (Schulte-Körne 2006, S. 55).

Viele Expertinnen/Experten betonen, dass Therapie der Legasthenie auf drei Ebenen passieren muss (Valtin und Sasse 2014, S. 61), (Suchodoletz 2006b, S. 281):

1. **Lernebene:** Schriftsprachliche Kompetenzen müssen gezielt systematisch, anhand der zuvor erhobenen Stärken und Schwächen des Kindes, gefördert werden.
2. **Emotionale Ebene:** Die psychische Entwicklung der Betroffenen muss nachhaltig stabilisiert werden. Auch die individuellen motivationalen Faktoren des Kindes müssen Berücksichtigung erfahren. Die Selbstkontrolle soll verbessert werden.
3. **Soziale Ebene:** Das soziale Umfeld des Kindes, also Eltern und Schule, müssen ihre Anforderungen und Erwartungen an das jeweilige Kind überdenken.

Dennoch bedeutet dies nicht, dass alle betroffenen Kinder Förderung in allen drei Bereichen benötigen. Die Art der notwendigen Förderung bei Legasthenie ist vom Erscheinungsbild der Gesamtproblematik abhängig. Liegt allein ein Problem im Lesen und Schreiben vor, kann auch schulinterner Förderunterricht ausreichen. Wenn aber soziale und/oder emotionale Probleme dominieren, ist eine Lern- und/oder Psychotherapie erforderlich (Scheerer-Neumann 2015, S. 47).

Umgekehrt kann es auch sein, dass diese drei Ansätze, v.a. wenn bereits eine Sekundärlegasthenie entstanden ist, nicht ausreichen und eine zusätzliche Behandlung in Form von beispielsweise Logopädie, Psycho-, Ergo- oder Mototherapie aufgrund von Sprachentwicklungsstörungen, motorischer Ungeschicklichkeit, visueller und auditiver Probleme oder Aufmerksamkeitsstörungen, nötig ist (Suchodoletz 2006b, S. 295). Diese können weder das Lerntraining ersetzen, noch von der pädagogischen Lerntherapie voll übernommen werden (EÖDL 2021).

Schlussendlich bewähren sich Modelle, die bedarfsgerecht Elemente diverser Therapiemethoden in die Lerntherapie integrieren oder parallel vorsehen (Suchodoletz 2006b, S. 295).

4.2.1 Therapie der sozialen Situation

Die Einbeziehung der unmittelbaren sozialen Umwelt des Kindes in Diagnostik und Therapie der Legasthenie ist unbedingt erforderlich (Wilckens 2018, S. 108), (EÖDL 2021), (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 193). Nützliche Therapiekonzepte sehen sowohl Absprachen mit Lehrerinnen/Lehrern als auch die Motivation der jeweiligen Eltern zur Mitarbeit vor (Suchodoletz 2006b, S. 284).

Eltern legasthener Kinder sind im Vergleich zu Eltern nicht legasthener Kinder überdurchschnittlich stark belastet. Einerseits müssen sie mehr Zeit für die schulischen Belange und Therapien ihrer Kinder aufwenden, andererseits sind sie selbst psychisch deutlich mehr gefordert und vulnerabler (Suchodoletz 2006b, S. 294). Für viele Eltern gleicht das ständige Versagen ihres Kindes im Lesen und Schreiben einer sozialen Katastrophe (Wilckens 2018, S. 108). In Folge neigen besonders bemühte Eltern dazu, ihrem Kind zu viel an Übung abzuverlangen und überfordern es so noch zusätzlich. Betroffene Eltern sollten daher immer wieder hinterfragen, inwieweit sie im Interesse ihres Kindes handeln oder eigene Sorgen und Ratlosigkeit kompensieren wollen. Dabei kann der Austausch in Selbsthilfegruppen, eine Psychotherapie oder Familienberatung unterstützend sein (Suchodoletz 2006b, S. 294).

Dies ist auch systemisch gesehen von Relevanz, da die Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstkonzept maßgeblich von schulischen und familiären Faktoren beeinflusst wird. Wenn Eltern emotionale Zuwendung von Schulleistungen abhängig machen, begünstigt dies Angstentwicklung beim Kind. Ein gutes Vertrauen der Eltern in die Leistungsfähigkeit ihrer Kinder trotz Legasthenie fungiert hingegen als stützender Faktor (Scheerer-Neumann 2015, S. 47). So wird betont, dass allein das Schaffen einer schützenden familiären Atmosphäre durch Elternarbeit den Schweregrad der Legasthenie beeinflussen kann (Schulte-Körne 2006, S. 39). Umgekehrt sollen Eltern erkennen, wenn sie durch ihre gut gemeinten Erwartungen und Ängste um die Zukunft des Kindes, ein Umfeld schaffen, das mithilft, Lernstörungen aufrecht zu erhalten (D. Betz und Breuninger 1998, S. 87), (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 193).

Eltern empfinden es überwiegend entlastend, wenn sie den Teil der Erziehung, der sich auf das Lernen bezieht, teilweise an eine Therapeutin/einen Therapeuten abgeben können (D. Betz und Breuninger 1998, S. 87). Auch unterstützt es Eltern, wenn sie eine genaue Vorgabe erhalten, wie sie Hausübungs- und Lernsituationen gestalten können, wie viel Übungsaufwand sinnvoll und notwendig ist und wie sie konsequent mit ausweichendem Verhalten ihrer Kinder umgehen können. Im alltäglichen Umgang mit legasthenen Kindern ist es besonders wichtig, auf die konsequente

Einhaltung von transparenten Regeln zu achten, gleichzeitig den Kindern aber auch Selbstständigkeit zuzugestehen. Erwünschte Verhaltensmodifikationen sollen jedenfalls durch Belohnungsprogramme verstärkt werden. Auch dabei unterstützt Elternarbeit (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 193). So gesehen ebnet sie in Form einer guten Basis den Weg zu einer längerfristigen Therapie, in der Eltern und Therapeutinnen/Therapeuten an einem Strang ziehen (D. Betz und Breuninger 1998, S. 87).

Des Weiteren ist es sinnvoll, auch Lehrer/-innen soweit als möglich in die Therapie einzubeziehen. Es ist wichtig, dass auch sie jedenfalls mit den Zielen und Maßnahmen der Therapie vertraut sind. Manchmal sind Lehrer/-innen auch dankbar für konkrete Verhaltensvorschläge. Diese Zusammenarbeit kann helfen, Repressionen innerhalb der Schule zu beenden. Häufig kann erreicht werden, dass Lehrende zwischenzeitlich den Stand des Lerntrainings bei der Benotung berücksichtigen und nur gewisse Fehlergruppen beurteilen. Ob die Lehrenden offen dafür sind, mit Therapeutinnen und Therapeuten an einem Strang zu ziehen, ist sehr unterschiedlich. Sind Lehrende nicht zur Zusammenarbeit bereit, kann dies von außen aber kaum geändert werden (D. Betz und Breuninger 1998, S. 51, 87).

Manchmal kann es zielführender sein, das Milieu zu wechseln, als die Lehrkraft oder das Klassenklima ändern zu wollen. Es ist auffällig, dass Kindern auch oft allein durch einen Klassenwechsel soweit unterstützt werden können, sodass Erfolge wieder möglich werden, da ihnen unvoreingenommen begegnet wird und die bereits bekannten Repressalien plötzlich ausbleiben (D. Betz und Breuninger 1998, S. 51).

Auch im Rahmen von lerntherapeutischen und psychologischen Gruppentherapien machen legasthene Kinder neue Erfahrungen, die ihr soziales Umfeld beeinflussen. Betroffene Kinder lernen in der Therapiegruppe quasi eine Menge Leidensgenossen kennen. Sie erfahren vielleicht zum ersten Mal, dass sie nicht die/der Einzige mit diesem Problem sind. Dadurch verändert sich auch das Sozialsystem der Kinder in Richtung einer förderlicheren Atmosphäre (D. Betz und Breuninger 1998, S. 88) .

Eine indirekte soziale Wirkung der Therapie ist, dass Kinder lernen, welches Verhalten für sie oft kontraproduktiv ist. Wenn das Klima zu Eltern und Lehrenden bereits negativ behaftet ist, reagieren viele bockig, aggressiv, frech oder unkonzentriert. Die Gruppentherapie kann den Weg zu neuen Verhaltensalternativen ebnen (D. Betz und Breuninger 1998, S. 88).

4.2.2 Psychologisch orientierte Therapieverfahren des Selbstkonzepts

Die relevanten Faktoren des Selbst wurden bereits in Kapitel 3 erörtert. In der Literatur der Legasthenie sowie der Kunsttherapie wird oft nicht explizit zwischen den Begriffen Selbstwirksamkeit, -wert, -konzept, -regulation, -kontrolle etc. unterschieden. Auch werden sie nicht überall exakt nach derselben Definition verwendet. Zumeist dominiert der auch umgangssprachlich gebräuchliche Begriff Selbstwert. Die Begrifflichkeit der jeweiligen Autorin/des jeweiligen Autors wird in Folge belassen. Es soll aber darauf hingewiesen werden, dass streng gemäß emotionspsychologischer Definition, auch ähnliche Begriffe damit gemeint sein können.

Ziele der psychologischen Therapie sind (D. Betz und Breuninger 1998, 210ff):

- Verbesserung des Selbstkonzepts
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Ersetzen lernhemmender Selbstzuschreibungen durch lernfördernde
- Konstruktiver Umgang mit der Diskrepanz zwischen eigenen, familiären und schulbezogenen Leistungserwartungen und den tatsächlich erbrachten Leistungen sowie Korrektur der Erwartungen
- Entdramatisierung von Misserfolgen, bessere Wahrnehmung von Erfolgen und Misserfolgen und damit verbundenen Interpretationen
- Sensibilisierung der Wahrnehmung
- Aufmerksamkeitstraining
- Erkennen von Vermeidungsverhalten als Faktor, den Selbstwert zu schützen
- Reflexion sowohl von erfolgreichen als auch destruktiven Kompensationsmöglichkeiten, bessere Kanalisation von negativen und Steigerung der positiven
- Reduktion von Angst, Aggressionen, Verhaltensauffälligkeiten durch einen stützenden Rahmen
- Aufbau von Resilienz im Umgang mit neu eintretenden, belastenden Situationen als Prävention, sodass es zukünftig zu keinem erneuten Aufbau von Lern- und Leistungsstörungen mehr kommt
- Steigerung der Effizienz des jeweiligen Lernverhaltens durch Vermittlung von Lernstrategien und Tricks

Diese Stärkung des Selbstwerts passiert vorwiegend dadurch, dass sich Menschen glaubhaft anerkannt fühlen, wenn sie von einer Bezugsperson bei einer Erfolgssituation begleitet und dafür gelobt werden. Jede Kompetenz und jede Ressource soll wahrgenommen und den Betroffenen rückgemeldet werden, damit auch diese ihre Stärken und Leistungen verstärkt wahrnehmen. Einfach gesagt, wenn sich die Therapeutin/der Therapeut über Leistungen des Kindes authentisch mitfreut, wird der Selbstwert am nachhaltigsten gestärkt. Dabei ist selbstverständlich Fingerspitzengefühl erforderlich, sodass nicht automatisch etwa aus Mitleid alles oberflächlich gelobt wird (D. Betz und Breuninger 1998, S. 88).

Psychologische Therapieverfahren sind sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting möglich. Als Therapiemethode der Wahl kommen klassische Psychotherapie sämtlicher Schulen genauso wie psychologische oder alternative Therapiemethoden, wie beispielsweise Kunsttherapie, in Frage. In einem Vergleich zahlreicher etablierter und alternativer Therapiekonzepte anhand ihrer Wirksamkeit hat sich gezeigt, dass sich sowohl Sensomotorisches Training als auch NLP und Psychotherapie, positiv auf die sekundären Symptome der Legasthenie auswirken (Suchodoletz 2006a, S. 220, 249, 254).

Im Falle der Psychotherapie ist zu beachten, dass sie zweierlei Konzepte anbietet: In ersterem, zur Behandlung von sekundären Symptomen der Legasthenie wie psychosomatischen Beschwerden, Ängsten und aggressivem Verhalten, wird eine Psychotherapie als unbedingt erforderlich und sinnvoll erachtet. Sollte die Psychotherapie jedoch versuchen, und das passiert v.a. in psychoanalytischen Verfahren, die Entstehung der Legasthenie als neurotisches Symptom zu deuten und zu therapieren, fehlen hierfür jedoch bislang jegliche Belege. Von Psychotherapie kann eine hinreichende psychische Stabilisierung des Kindes erwartet werden, jedoch kein Verschwinden der Probleme im Lesen und Schreiben (Suchodoletz 2006a, S. 254).

Betz und Breuninger beziehen sich in ihrer Theorie der psychologischen Gruppentherapie auf die Gestaltpsychologie. In dieser ist die Therapiesituation „ein Ort der schöpferischen Freiheit“, der Mensch wird ganzheitlich betrachtet. Dazu ist es auch notwendig, dass die Therapeutin/der Therapeut aufgrund der Situation der jeweiligen Klientin/des jeweiligen Klienten die passende Methode aus einem großen Methodenreichtum wählt (D. Betz und Breuninger 1998, S. 210).

Gelingt es für den therapeutischen Prozess passende Randbedingungen herzustellen und die Eigenart eines jeden Menschen zu berücksichtigen, können sich seine schöpferischen Kräfte entfalten. Das psychische Feld der Klientin/des Klienten wird so umstrukturiert und Selbstregulation erreicht (Zabransky 2000, 243f).

Jeder Mensch besitzt die Fähigkeit zur Selbstregulation. Bei Legasthenikerinnen/Legasthenikern ist sie häufig im Ausmaß und in der Ausrichtung eingeschränkt. In der Therapie werden neue Einstellungen, Bewertungen und Verhaltensmöglichkeiten kennengelernt, Gefühle werden zunehmend besser bewusst gemacht und benannt. Sofern diese Erkenntnisse in die jeweilige Lebensrealität des Alltags eingefügt werden, auch in Bezug auf das soziale Umfeld, kann zunehmendes Gleichgewicht in der Selbstregulation entstehen (D. Betz und Breuninger 1998, S. 210).

Die Therapeutin/der Therapeut soll die Methodenwahl insofern vernehmen, als jene Verfahren verwendet werden sollen, sodass sie der Erreichung der oben aufgelisteten Ziele möglichst in einer absehbaren Zeit wirksam und effektiv dienen. Häufig verwendete Methoden stammen etwa aus der Verhaltenstherapie, der systemischen Psychotherapie und dem Psychodrama. Gerne verwendet werden (D. Betz und Breuninger 1998, S. 212):

- Wahrnehmungs- und Konzentrationsübungen
- Selbstinstruktionsverfahren, die eigene Bewertungsmuster und Selbstgespräche verändern können
- Methoden zur aktiven Angstbewältigung, positive Verstärkung durch imaginierte oder gespielte Angstbewältigung
- Entspannungsverfahren
- Motivierende Methoden, um die Therapiemotivation zu erhalten und die Therapie von der Schule abzugrenzen, z.B. Spiele
- Methoden der Gestaltungs- und Kunsttherapie
- Methoden, die die Schreibmotivation stärken (Tagebücher, Gruppenzeitungen, Geschichten, Briefe,...)

Der ÖBVL betont d'accord mit vielen anderen Autorinnen/Autoren, dass es wichtig ist, betroffenen Kinder und Jugendlichen zu lernen, wie sie mit ihrem Defizit Legasthenie in der Schule in Bezug auf Lehrende und Klassenkolleginnen/-kollegen umgehen können, ohne Verhaltensauffälligkeiten zu gebrauchen. Etwa sollen sie adäquate Methoden erwerben, um auf sich aufmerksam zu machen, wenn sie Hilfe brauchen oder den Stoff nicht verstehen, ohne zu stören (ÖBVL 2021).

Das Selbstwertgefühl der Schüler/-innen kann auch im Rahmen einer klassischen Lerntherapie gut gestärkt werden. Neben einer Steigerung der Schulleistung kommt es meist analog zur positiven Veränderung des Selbstkonzepts und zur Redukti-

on von Angst. Die dabei getesteten Verfahren, etwa das Training nach Matthes, enthalten neben klassischen Lernmethoden auch Entspannungsübungen und legen herausragenden Wert auf das Herstellen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut/-in und Schüler/-in (Scheerer-Neumann 2015, S. 71).

Andere Trainingsverfahren nach Rheinberg und Krug wurden zum Abbau von Misserfolgsorientierung entwickelt und evaluiert. Sie behandeln v.a. die Faktoren realistische Zielsetzung, Selbstbewertung und Ursachenzuschreibung und führen nachweislich zu realistischeren Zielsetzungen, besserer Selbstmotivation und geringerer Furcht vor Misserfolg (Scheerer-Neumann 2015, S. 71).

Der ÖBVL betont, dass es wichtig ist, betroffenen Kinder zu erklären, dass sie nicht dumm oder faul sind, sondern nur langsamer lesen und schreiben lernen als andere Kinder (ÖBVL 2021).

Oft kommt es bei legasthenen Kindern zur Entwicklung von Schulangst. Nachdem Angst potenzielle Leistungen blockiert, können weder neue Inhalte aufgenommen, noch Leistungen erbracht werden, zu denen die/der Betroffene ansonsten gut in der Lage wäre. In dieser Situation ist es unbedingt erforderlich, die Angst vor oder zeitgleich zur Lernproblematik zu behandeln. Dabei kann keine Behandlung Ängste wegzaubern. Vielmehr wird gelernt, die Angst zu bewältigen, sodass sie Denken, Handeln, Fühlen und Leistung nicht mehr beeinträchtigt (D. Betz und Breuninger 1998, S. 52, 162).

4.2.3 Lerntherapie

Der ÖBVL, der Österreichische Bundesverband für Legasthenie, arbeitet nach der Holistisch - Ontogenetischen Methode HOM. Die Grundlagen der HOM sind: Empathie, Wertschätzung des Kindes, Beobachtung des Kindes, Elterngespräch, Hypothesenbildung, Wahl der Methode, Evaluierung und gegebenenfalls Änderung der Methode sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Logopädinnen/Logopäden, Ergo- und Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Augen- und HNO - Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen und Motopädagoginnen/-pädagogen (ÖBVL 2021).

Die Lerntherapie kommt einer Entwicklungstherapie gleich. Es ist bedeutend, Kinder dort abzuholen wo sie stehen und sie weder zu über- noch zu unterfordern (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 188). Wichtig ist es, dass Kinder ein persönliches Interesse daran entwickeln, orthographisch richtig zu schreiben und viele Erfahrungen sammeln, wie sie orthographische Hürden bewältigen können (Siekman 2013, S. 28).

Zu Beginn der Lerntherapie stehen Schülerinnen und Schüler förmlich vor einem riesigen Berg voller Lücken und Lerndefiziten. Diesen gilt es nun behutsam Stück für Stück abzuarbeiten. Die Lernenden sollen rasch erkennen, dass sie entgegen ihrer Erwartungen durchaus in der Lage sind, vorhandene Lücken zu schließen und Neues zu lernen. Jedes Programm, das dazu führt, dass Lernende erkennen, dass auch sie lesen und schreiben lernen können, ist dafür geeignet. Die stützende Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten ebnet dafür den Weg (D. Betz und Breuninger 1998, S. 89, 95). Valtin und Sasse betonen, dass ein Kind erst dann erfolgreich zu einer Lerntherapie bereit sein wird, soweit es den Wert des Schriftsprachgebrauchs für sich erkennt. Umso wichtiger ist es daher dem Kind rasch kleine Erfolgserlebnisse in diesem Bereich zu ermöglichen (Valtin und Sasse 2014, S. 61).

Ebenso wichtig ist es aber auch, betroffenen Kindern von Anfang an die Wahrheit zu sagen, nämlich dass das Erlernen der Rechtschreibung für sie ein Knochenjob ist, den ihnen niemand und keine Therapiemethode abnehmen kann. Psychologische Unterstützung kann helfen, die Motivation für diese Aufgabe aufrechtzuerhalten, erledigen muss sie jedoch das Kind selbst (D. Betz und Breuninger 1998, S. 265).

Grundsätzlich reicht es nicht, dass Legastheniker/-innen quantitativ mehr üben, sie müssen auch anders üben. Ihnen fehlt die Möglichkeit, einfach automatisch Lesen und Rechtschreiben zu lernen, sie müssen lernen "bewusst" zu schreiben, was gleichzeitig bedeutet die Struktur der Schriftsprache systemisch zu erkunden. Kinder sollen befähigt werden, selbst das Problem in einem Wort zu erkennen und hierfür die Lösung anhand gelernter Strategien zu finden (Schulte-Körne 2006, S. 51, 55).

Mannhaupt schlägt vor, sich bei der Konzeption von Lerntherapien auf folgende Fragen zu konzentrieren (Mannhaupt 2006, S. 106):

- Welche konkreten Probleme im Bereich der Schriftsprache liegen beim jeweiligen Kind vor?
- Wo steht das Kind in der Entwicklung seiner schriftsprachlichen Fertigkeiten?
- Welche Voraussetzungen braucht es für die folgenden Lernschritte?
- Welches (wissenschaftlich überprüfte) Programm kann bei diesem Problem eingesetzt werden?

In Folge werden wichtige Bestandteile gesammelt wiedergegeben (D. Betz und Breuning 1998, S. 266, 268), (Schulte-Körne 2006, S. 36), (Schulte-Körne 2006, S. 46, 53), (Scheerer-Neumann 2015, S. 69), (Suchodoletz 2006b, S. 292), (ÖBVL 2021):

- Anpassen des Lernangebots an den Lernentwicklungsstand des Kindes
- Prinzip der kleinen Schritte, das Selbstwertgefühl wird über Erfolgserlebnisse aufgebaut, Übertreibung entsteht durch Erfolge
- Vermeidung von Misserfolgen
- Schrittweises Vorgehen, Reduktion von Komplexität
- Vermittlung metakognitiver Lernstrategien, Selbstinstruktion, -überwachung und -reflexion
- Bewusstmachen linguistischer und phonologischer Strukturen
- Aufbau eines orthographischen Lexikons
- Ehrliche transparente Aufklärung über den Arbeitsaufwand
- Gute Beziehung zwischen Therapeut/-in und Schüler/-in
- Unterstützung zur Selbstregulation
- Vermittlung von intrinsischer Lernmotivation, zusätzliche Motivationshilfen wie kleine Belohnungen helfen durch Tiefs
- Lernen durch Nachahmung am positiven Modell
- Vermittlung von Grundtechniken der Rechtschreibung z.B. Artikulationskontrolle
- Erarbeitung von Fehlerschwerpunkten und Kategorien, wobei nur die Rechtschreibfehler gewertet werden, die aktuell in der Kategorie geübt werden
- Ständige Erfolgsmeldung etwa in Form von Leistungskurven
- Vermittlung von Lesestrategien
- Vermittlung von Methoden zum selbstständigen Üben (Lernkartei, Computer,...)
- Regelmäßiges Üben in Form von Hausübungen auch zu Hause
- Auflockerung des Trainings durch Spiele und Rätsel
- Materialien und Programme sind hilfreich, sie *machen* aber keine Therapie

Heutzutage ist es unumstritten, dass die Arbeit am Computer für legasthene Kinder eine sinnvolle Ergänzung zu herkömmlichen Unterricht und Therapie darstellt. Diverse Evaluationsstudien konnten aber keine spezifische Überlegenheit des Einsatzes von Lernsoftware diesbezüglich belegen (Zimdars und Zink 2006, S. 58). Auffällig ist jedoch, dass allein die Tatsache, am Computer zu arbeiten, bei vielen Kindern Motivation, Konzentration und Ausdauer für die Therapie hebt und gerade sehr schwache Schüler gute Fortschritte damit machen können (Zimdars und Zink 2006, S. 75).

Die Sinnhaftigkeit psychotherapeutisch orientierter Verfahren darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass dennoch zusätzlich eine Lerntherapie notwendig ist. Es würde auch niemand annehmen, man würde nach einer Psychotherapie unmittelbar Rad fahren oder Schwimmen lernen. Ebenso verhält es sich mit dem Lesen und Schreiben (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 191).

4.3 *Kombinierte Psycho- und Lerntherapie*

Wie bereits ausgeführt, ist es vorteilhaft, wenn die unterschiedlichen Ebenen der notwendigen Therapie in einem Modell kombiniert angeboten werden. Dabei ist es sinnvoll, die Kompetenzen der jeweiligen Therapie gut abzustecken. Auch in der Diagnostik soll eine klare Trennung zwischen der Schwächen im Lesen und Schreiben und Problemen im emotionalen Erleben, passieren. Des Weiteren sollen beide Therapierichtungen ein gemeinsames Ziel verfolgen und die Interventionen beider mit diesem kompatibel sein (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 191). Aufgabe der emotionalen Therapie ist es die entstandenen Verletzungen des Selbstwerts und andere seelische Schwierigkeiten, mit Hilfe psychotherapeutischer Verfahren und kindertherapeutischer Methoden aufzuarbeiten. Genannt werden dabei auch explizit Spiel- und Musiktherapie (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 188), Aufgabe der Lerntherapie ist die Verbesserung im Lesen und Rechtschreiben.

In der kombinierten Lerntherapie wird erfolgreiches Lernen auch dadurch ermöglicht, indem das bereits Erreichte positiv wahrgenommen und verstärkt wird. Des Weiteren sollen Selbstbild, Leistungsideale, Selbstwahrnehmung, emotionale Besetzungen und destruktive Verhaltensketten verändert werden. Im Schonraum der Therapie wird es aufgrund positiver Lernerfahrungen ermöglicht, die Komponenten Lernversagen und negative Erlebens- und Verhaltensanteile zu entkoppeln. Sinnvoll kann es daher sein, wenn Therapeutin/Therapeut und Kind gemeinsam einfache Texte lesen, um den Schwierigkeitsgrad nachhaltig anzupassen. Wird die Situation in der Psychotherapie

gut bewältigt ist, ist dies den betroffenen Kindern oft auch anschließend in der Schule möglich (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 192).

Im etablierten Trainingsprogramm von Kossow, das überwiegend lerntheoretisch orientiert ist, ist eine anfängliche Spieltherapie fixer Bestandteil. Diese soll eine emotional entlastende und lernfördernde Atmosphäre schaffen. Auch Konflikte sollen dort bearbeitet werden. Diese Spieltherapie soll außerdem Lust und Liebe zum Lesen und Rechtschreiben wecken und ehestmöglich in die eigentliche Lerntherapie weitergeführt werden (Schulte-Körne 2006, S. 40, 43).

An dieser Stelle sollen exemplarisch zwei Modelle kombinierter Lerntherapie vorgestellt werden. Die Autorin hat diese beiden gewählt, da es die einzigen sind, wo Kunsttherapie eine wesentliche Rolle spielt. Ersteres, das Essener Modell nach Betz und Breuninger ist über Jahrzehnte durchgeführt und evaluiert worden, beim zweiten handelt es sich um ein Pilotprojekt der Kunsttherapeutin Masuch.

4.3.1 Das Essener Modell nach Betz und Breuninger

Das Essener Modell zeichnet sich dadurch aus, als alle drei in Kapitel 4.2 geschilderten Ebenen der Therapie fester Bestandteil sind und teils parallel laufen. Dieses standardisierte Programm möchte möglichst viele Betroffene erreichen und ist zugleich effektiv und ökonomisch. Die Abfolge der einzelnen Bestandteile ist immer gleich, enthält aber keine Wertung über mehr- oder weniger wichtige Bestandteile.

Das Hauptziel des Modells ist:

daß ein Schüler lernt, mit den Rechtschreibfehlern, die er nach wie vor macht, so umzugehen, daß darunter nicht mehr sein Selbstwertgefühl leidet und er sich im Berufsleben als Legastheniker behaupten kann. (D. Betz und Breuninger 1998, S. 90)

Das Essener Modell beginnt mit einer der Therapie des Kindes vorangestellten intensiven Elternarbeit. In der ca. dreimonatigen Phase finden wöchentlich Gruppenterminen mit ca. 12 Erwachsenen statt. Es wird großer Wert darauf gelegt, dass sowohl Vater als auch Mutter daran teilnehmen. Hauptziel ist es, den Eltern zu ermöglichen, sich in die Situation ihrer Kinder einzufühlen. Dazu werden neben der Information über das Thema Legasthenie v.a. Methoden der Selbsterfahrung und Partnergespräche sowie Hausaufgaben verwendet. Anschließend wird die Elternarbeit parallel zur Therapie des Kindes in Einzelgesprächen weitergeführt (D. Betz und Breuninger 1998, S. 87).

Nach der einführenden Elternarbeit und noch vor der eigentlichen Lerngruppe, findet eine wöchentliche psychologische Gruppentherapie statt, die ca. 3 Monate dauert und Ermutigungsphase genannt wird. Inhalte sind eine Grundausbildung in sozialen Fertigkeiten, Wahrnehmungs- und Entspannungsübungen und Methoden zu erfolgreicherem Lernen sowie Umgang mit Angst und Aggressionen. Ihr Ziel ist es die Schüler/-innen zu ermutigen und eine weitgehende Veränderung der Einflüsse, die in ihr/ihm wirken, zu erreichen. So werden Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Lernlücken geschlossen werden können.

Betz und Breuninger haben mehrere Modelle der psychologischen Gruppentherapie entwickelt. Die Kinder werden dabei je nach vorherrschender Problematik in die Aggressionsgruppe (bei unruhigem, hyperaktivem, lautem und aggressivem Verhalten), die Angstgruppe (bei Ängsten, stille zurückgezogene Kinder) oder in die gestaltungstherapeutische Gruppe zugeteilt. Bei manchen Kindern reicht eine dreimonatige Therapie in der Gruppe nicht aus. In diesem Fall wird zumeist im Einzel- oder Familiensetting weiterbehandelt (D. Betz und Breuninger 1998, 210ff).

Anschließend geht die psychologische Gruppentherapie direkt in die eigentliche Lerntherapie über. Nun ist zwar das Training der Rechtschreibung Hauptinhalt, es wird aber immer wieder auf das bereits psychologisch Gelernte Bezug genommen. Das System bleibt auch so durchlässig, dass je nach Bedarf, flexibel einzelne psychologische Gruppenaktivitäten eingeschoben werden können (D. Betz und Breuninger 1998, S. 211). Die Gruppentherapie wird je nach Bedarf durch Einzelsitzungen ergänzt.

Das Modell wurde empirisch mit Kontrollgruppen evaluiert. Ebenso wurde untersucht, ob der eine oder andere Therapiebestandteil größere Bedeutung hat als die weiteren hätte (D. Betz und Breuninger 1998, S. 91). Der Vollständigkeit halber soll erwähnt werden, dass sich einerseits viele andere Autorinnen/Autoren auf dieses Konzept beziehen, weil sie es für sehr erfolgreich halten, andere aber auch die empirische Evaluation als mangelhaft bezeichnen (Suchodoletz 2006a, S. 269).

Die wichtigsten Ergebnisse sind (D. Betz und Breuninger 1998, S. 91):

- Alle Schüler/-innen, die irgendeine Behandlung erhalten haben, konnten die Fehlerquote im Rechtschreiben um durchschnittlich 29 % verringern.
- Auch ohne nachfolgendes Rechtschreibtraining stellten sich massive Verbesserungen der Leistung ein. Jede Therapie kann das Fehlen einer anderen Therapie kompensieren.

- Am stärksten wirkt es sich negativ aus, wenn das Elterntaining fehlt. Dieses wirkt sich v.a. stark indirekt aus, als es den Erfolgen in den anderen Bereichen den Weg bahnt.
- Das Elterntaining bewirkte ein weitaus verbessertes Familienklima, Fehler des Kindes konnten aufgrund dessen besser akzeptiert werden.
- Am effektivsten wirkt die Kombination aller Therapiemethoden.
- Die unterschiedlichen Therapien sollen nicht gleichzeitig eingeführt werden, um das Kind nicht zu überfordern, sondern nacheinander.
- Es gibt Kinder, die durch alleiniges Rechtschreibtraining sofort profitieren, diese Kinder befinden sich noch in den anfänglichen Stadien und haben noch keine Schulangst.
- Bei Kindern mit Schulangst ist eine Form von psychologischer Therapie unbedingt vor der Lerntherapie Voraussetzung. Ansonsten kommt es zum Erliegen der Therapiebereitschaft.
- Bei Kindern der Kontrollgruppe verschlechterte sich die Leistung um durchschnittlich 10 %.
- Die Rechtschreibleistung verbessert sich auch nach Therapieende nachhaltig weiter auf durchschnittlich 45 %.
- Schüler/-innen wurden in die Lage versetzt sich nach Beendigung der Therapie selbst weiterzuhelfen.

4.3.2 *Kombinierte Lern- und Kunsttherapie PTE Nürtigen nach J. Masuch*

Die Kunsttherapeutin Johanna Masuch entwickelte im Rahmen ihrer Masterarbeit ein kombiniertes Therapiemodell gemeinsam mit der PTE (Pädagogisch Therapeutische Einrichtung) Nürtigen (Masuch 2016, S. 45). Die PTE legt grundsätzlich großen Wert auf interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Therapie von Legasthenie sowie auf Berücksichtigung sekundärer Symptome und Einleitung ergänzender externer therapeutischer Maßnahmen hierfür. So begrüßten die Lerntherapeutinnen/Lerntherapeuten das projektbezogene zusätzliche Angebot an Kunsttherapie (Masuch 2016, S. 33) und hätten die Zusammenarbeit auch gerne nach Beendigung fortgeführt (Masuch 2021, 5:05).

In Folge wird das Therapiemodell anhand der Masterarbeit und dem Interview mit Frau Masuch vorgestellt.

Insgesamt wurden sieben legasthene Schüler/-innen im Ausmaß von zehn Stunden über drei Monate hin parallel zur herkömmlichen Lerntherapie, kunsttherapeutisch im Einzelsetting begleitet (Masuch 2016, S. 62). Die Einschränkung auf sieben Kinder entstand aufgrund der zeitlichen Ressourcen der Kunsttherapeutin. Das Interesse und der Bedarf von Seiten der Eltern und der PTA wäre bedeutend größer gewesen (Masuch 2021, 14:47). Die Therapeutin entschied sich für die Kinder, die sich am schnellsten angemeldet hatten (Masuch 2021, 14:47).

Vorrangiges Ziel der Kunsttherapie war es, den Selbstwert der Kinder zu heben und die Sekundärsymptomatik zu reduzieren. Dieser Prozess wurde von vorangehenden und begleitenden interdisziplinären Teambesprechungen mit den Lerntherapeutinnen/Lerntherapeuten begleitet (Masuch 2021, 7:52). Masuch legt auch einen großen Wert auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und Abstimmung der beiden Therapierichtungen untereinander.

Wir müssen ja auch die Lerntherapeutinnen mit fundiertem Wissen überzeugen und die arbeiten ja sehr strukturiert und sehr, sehr klar. Und es kann ja nicht zu einer Konkurrenzveranstaltung werden. Natürlich geht das Kind dann lieber in die Kunsttherapie, wenn es da tun und lassen kann, was es möchte. Das ist aber nicht zielführend. Wir haben ja immer noch den Zielauftrag. (Masuch 2021, 33:34)

Auch die Eltern wurden vor Projektbeginn ausgiebig informiert und in die Therapie einbezogen (Masuch 2016, 31ff). Die Ergebnisse wurden mit Hilfe eines Fragebogens und einer Kontrollgruppe im Prä- Postvergleich ausgewertet (Masuch 2016, S. 3).

Das Projekt wurde trotz großer Zufriedenheit aller Beteiligten aus organisatorischen Gründen nach einem Durchlauf beendet. Es stellt das vermutlich bisher einzige aktuelle Konzept, das Therapie von Legasthenikerinnen/Legasthenikern mit Kunsttherapie verbindet, im deutschsprachigen Raum dar. Das Modell zeichnet sich insofern aus, als alle drei Ebenen der Therapie (soziale: Elternarbeit und Kooperation mit Schule durch Lerntherapeutin und Kunsttherapeutin, psychologische: Kunsttherapie als ressourcenstärkende psychologische Therapiemethode sowie klassische Lerntherapie) an einer Beratungsstelle vereint werden (Masuch 2016, 34ff).

Die empirische Aussagekraft der Überprüfung der Studie anhand ALS Fragebögen (Aussagen Liste zum Selbstwertgefühl) ist wegen ihrer kleinen Stichprobe nicht als repräsentativ anzusehen, zudem erwies sich die Methodik der Evaluierung nicht als geeignet. Es bedarf daher weiterer, größer angelegter randomisierter kontrollierter Studien (Masuch 2021, 48:20), um zu belegen, was die Rückmeldungen aller Betei-

ligten nahelegen, nämlich dass Kunsttherapie einen nachweislichen positiven Effekt auf das Selbstwertgefühl legasthener Kinder hat (Masuch 2016, S. 82).

So hebt Masuch hervor, dass sich die Kunsttherapie aus Sicht der Lerntherapeutinnen positiv auf die Lerntherapie ausgewirkt hat *„dass sie (die Lerntherapeutinnen) auch gesagt haben, ich merke es, wenn die Kinder bei dir waren, die sind bei mir fokussierter, die können sich leichter auf die Lernziele einlassen.“* (Masuch 2021, 7:52) Auch die Eltern waren vom positiven Effekt überzeugt *„Also die Eltern hätten gezahlt dafür, weil sie gesagt haben, sie merken, dass es den Kindern so guttut.“* (Masuch 2021, 10:11)

Die PTE Stuttgart wäre ebenso interessiert an einer weiteren konzeptuellen und wissenschaftlichen Zusammenarbeit gewesen, jedoch ist das finanzielle Budget hierfür nicht vorhanden (Masuch 2016, S. 86).

Masuchs Ziel ist es generell, kunsttherapeutische Arbeit in die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Teilleistungsstörungen zu integrieren, und diese so ganzheitlich zu erweitern. *„Ich glaube aber,... dass da ein riesen Bedarf sein wird, den wir als Kunsttherapeuten auch gut nützen sollten und uns damit aber erst einmal fundiert auseinandersetzen müssen, bevor wir in diesen Bereich gehen können.“* (Masuch 2021, 5:05) Die methodische Vorgangsweise soll im Kapitel Kunsttherapie und Legasthenie weiter erörtert werden.

4.4 Das Setting Gruppentherapie

Eine zumeist kostensparendere Alternative zu Einzeltherapie ist Therapie in der Gruppe. Diese eignet sich laut ÖBVL v.a. dann, wenn zusätzlich zur Legasthenie auch Probleme in der Interaktion mit anderen Kindern und Jugendlichen bestehen (ÖBVL 2021).

Die Zusammensetzung der Therapiegruppe soll über die gesamte Zeitdauer möglichst gleichbleibend sein. Es ist sinnvoll, die Gruppen im Vorhinein nach folgenden Faktoren möglichst homogen zusammenzustellen, nämlich nach aktuellem Leistungsstand, Alter sowie der vorherrschenden Äußerungsform des negativen Selbstwertgefühls (zumeist Angst oder Aggression) (D. Betz und Breuninger 1998, S. 222), (Schottenloher 1983, S. 89).

Es erschwert die Gruppenarbeit sehr, wenn sowohl sehr stille und ängstliche als auch sehr laute, hyperaktive und aggressive Mitglieder in ein und derselben Gruppe sind. Selbstverständlich kann auch die Arbeit mit inhomogenen Gruppen sehr

gewinnbringend sein, sie erfordert jedoch viel mehr Zeit, Energie und Professionalität der Leiterin/des Leiters. Es besteht jedenfalls die Gefahr, dass die stilleren Gruppenmitglieder zu kurz kommen (D. Betz und Breuninger 1998, S. 218). Auch ist es sinnvoll, zu Beginn einer Gruppenstunde die Kinder jeweils dort abzuholen, wo sie gerade sind. So gesehen ist es fast unmöglich, die Bedürfnisse in der Emotion sehr inhomogener Kinder auf einen Nenner zu bringen (Schottenloher 1983, S. 128). Kontinuierliche Gruppenprozesse werden auch dadurch erleichtert, wenn ein Anfangsritual im Laufe der Stunden beibehalten wird. Dies schafft Vertrauen, Orientierung und Struktur (Schottenloher 1983, S. 129).

Gruppentherapie hat im Vergleich zu Einzeltherapie Vor- und Nachteile. Aufgrund ökonomischer Rahmenbedingungen und der Notwendigkeit zur Effektivität ist die Arbeit in der Gruppe aber oft vorteilhaft bzw. vorgegeben.

Vorteile der Therapie in Gruppen sind (D. Betz und Breuninger 1998, S. 211), (Schottenloher 1983, S. 89), (Wieland 2003, S. 15).:

- Gruppen ermöglichen die Erfahrung, dass andere Mitglieder ähnliche Schwierigkeiten haben, das reduziert die Stigmatisierung.
- Im Austausch mit Leidensgenossen wird Mitgefühl erlebt.
- Die Gruppe bereichert durch eine Erweiterung an Einfällen, Haltungen und Ideen.
- In Gruppen wird Lebendigkeit, Intimität, Begeisterung, Herzlichkeit und emotionale Intensität unvergleichbar erlebt.
- Defizite und deren Lösungen in Verhaltens- und Lernstrategien werden besser an anderen beobachtet und anschließend auf sich selbst adaptiert.
- Probleme im Sozialverhalten werden gut sichtbar und ansprechbar.
- Viele Methoden verlangen eine Gruppe, etwa Rollenspiele und Partnerübungen.
- Gruppen ermöglichen eine Vielfalt an Feedbacks.
- Gruppen bieten eine Erweiterung der eigenen Sichtweise und Wahrnehmung.
- Die Gruppensituation ähnelt der Realität des Schulalltags.
- Menschliche Entwicklung passiert in Gruppen.

Da in einer alleinigen Gruppentherapie nicht alle Probleme eines Kindes adäquat und ausreichend behandelt werden können, sind begleitend Einzeltermine notwendig.

Dies etwa bei besonders langsamem Lerntempo, bei körperlichen Verkrampfungen, bei besonderen Ängsten und wenn die Erfahrungen einer Person in der Gruppe näher reflektiert werden sollen (D. Betz und Breuninger 1998, S. 222).

Kontraindikationen für Gruppentherapie sind:

- sehr starke Geschwisterrivalität, Gefahr der Wiederholung in der Gruppe
- Schüler/-innen, wo die eigentliche Symptomatik der Legasthenie im Vordergrund steht und noch keine Lernstörung entwickelt ist, hier ist individuelle Einzelförderung am Symptom sinnvoller
- wenn der Altersunterschied zu den anderen Gruppenmitgliedern größer als zwei Jahre wäre
- Jugendliche öffnen sich in Gruppen oft schlechter als im Einzelsetting

Nachdem ein gutes Therapiekonzept immer auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Kindes abgestimmt werden muss, kann es kein fixes Konzept geben, das bei allen gleich angewendet wird und nützt (Suchodoletz 2006b, S. 281). In dieser Hinsicht kommt auch die Förderung in Gruppen an ihre Grenzen.

4.5 Die Bedeutung der Beziehung in Schule und Therapie

Die Bedeutung der tragfähigen Beziehung zwischen Kind und Therapeut/-in in der Therapie von Legasthenikerinnen/Legasthenikern hebt die psychoanalytische Therapeutin McLeod folgendermaßen hervor:

Das Ich kann nur erstarken auf dem sicheren Hintergrund einer zuverlässigen Gefühlsbeziehung. Dies ist aber unmöglich „wenn wir in einer Symptombehandlung Leistungen vom Kind abverlangen, für die es noch nicht einmal die nötigen Grundlagen besitzt. McLeod (1967) zit.n. (D. Betz und Breuninger 1998, S. 213)

Eine tragfähige Beziehung ist auch insofern bedeutend, als sie dem Kind Raum für ein Alternativerleben schafft. Legastheniker/-innen haben oft erlebt, dass das Umfeld auf ihre Schwierigkeiten mit Unverständnis, Ungeduld und Schuldzuschreibungen, antwortet. Mit der Therapeutin/dem Therapeuten erlebt das Kind eine völlig neue Reaktion. Dafür reicht manchmal bereits eine wohlwollende nonverbale Kommunikation in einer Lernsituation. Wenn Alternativerleben ermöglicht wird, kann auch festgefahreneres Verhalten angepasst und verändert werden. Auch wenn die gestellten Aufgaben schwieriger werden, bleibt die Therapeutin/der Therapeut unterstützend.

Das Kind erfährt, dass gestellte Fragen niemals dumm sind und dass es Fehler machen darf. Durch Fremdvertrauen wächst auch das eigene Vertrauen des Kindes in seine Fähigkeiten. Das Kind soll so langsam an die Realität des Alltags der Schule herangeführt werden (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 192).

Eine tragfähige Beziehung zwischen Lehrer/-innen oder Therapeutinnen/Therapeuten und dem legasthenen Kind ist umso wichtiger, als das Kind in den Zustand versetzt werden muss, sich mit dem Üben von Lesen und Schreiben auseinanderzusetzen. Genau dieses Üben empfindet es üblicherweise aber als Repressalie. Nur wenn die Beziehung sehr gut ist, und die Schülerin/der Schüler sich nicht vorstellen kann, dass die Bezugsperson ihn bestrafen will, entsteht die Bereitschaft zum Üben. Dies wird zwar immer noch als unangenehm erlebt, aber nicht mehr als Schikane. Es verbleibt, bei allen guten Ratschlägen und Strategien, die Therapeutinnen/Therapeuten vermitteln, immer im Entscheidungsbereich der Klientin/des Klienten, ob sie/er diese annimmt und umsetzt (D. Betz und Breuninger 1998, S. 45).

Therapeutinnen/Therapeuten, Eltern und Lehrer/-innen fungieren auch als Modell, an dem Kinder lernen. Neuartige und insbesondere komplexe Verhaltensmuster und -reaktionen können einfacher erlernt und angewendet werden, wenn sie an einer anderen Person, die das angestrebte Verhalten zeigt, beobachtet werden. Besonders wirkungsvoll ist dies, wenn die beobachtete Person damit Erfolg hat oder belohnt wird (Zimbardo 1995, S. 672). Umso wichtiger ist, wie erwachsene Modellpersonen selbst mit eigenen Fehlern und Herausforderungen umgehen.

5. KUNSTTHERAPIE

5.1 Definitionen von Kunsttherapie

In der Kunsttherapie geht es vorrangig um den Ausdruck innerer Bilder und Gefühle sowie die Resonanz der/des Malenden darauf, nicht jedoch um Handwerk, Kunst oder das Beherrschen einer bestimmten Technik (Reineke 2012, S. 38)

Der Professor für Kunsttherapie an deutschen und österreichischen Hochschulen Menzen definiert Kunsttherapie folgendermaßen: „*In der Kunsttherapie geht es um einen innerpsychischen Formbildungs- und Gestaltungsvorgang, der sich in der bildnerischen Formdynamik eines ästhetischen Mediums spiegelt.*“ (Menzen 2013, S. 2)

Künstlerisches Tun im Rahmen einer Kunsttherapie, ist eine kreative Kraft sowie eine Unterstützung bei der Bewältigung des Lebens. In der Therapie entstandene Bilder sind gleichsam Fenster, die erlauben ins jeweilige Ich zu blicken. Malend schaffen sich Menschen Bilder. Diese Bilder sind ein Spiegel, eine Möglichkeit sich selbst zu erkennen (Honegger 2003, S. 7).

Laut der Pionierin Edith Kramer ist Kunsttherapie eine Methode die

*für gestörte Menschen die Freuden der Befriedigungen zugänglich macht,
die kreative Arbeit schenken kann.* (Kramer 2003, S. 28)

Mit Hilfe von Vertrauen und therapeutischem Geschick können diese Erfahrungen für die gesamte Persönlichkeit nützlich sein (Kramer 2003, S. 28).

*Malen ist das geeignetste Mittel, um averbale Empfindungen umzusetzen,
weil es einfach, vielfältig und sichtbar ist.* (Egger 1982, S. 10)

Knill und Eberhart bezeichnen die Kunsttherapie als Lösungskunst (Eberhart und Knill 2010, S. 1).

Der Österreichische Berufsverband für Kunsttherapie ÖBKT versteht sich als Gesundheitsberuf mit ganzheitlichen Ausdrucksmethoden (Öbkt 2021).

Bislang existiert keine einheitliche Theorie kunsttherapeutischer Verfahren. Die „eine“ Kunsttherapie gibt es demnach nicht (Kraus 1996, S. 9), sondern eine bunte Vielfalt kunsttherapeutischer Schulen. Kraus geht noch weiter, indem er schreibt, es gäbe ebenso viele Kunsttherapien wie Kunsttherapeutinnen/-therapeuten (Kraus 1996, S. 9). So bedienen sich Kunsttherapeutinnen/Kunsttherapeuten, je nach Erfordernis der therapeutischen Situation, Methoden unterschiedlicher Schulen (Seiler 2017, S. 41), (Schuster 1986, S. 24) und hat deren Therapie auch unterschiedliche Wirksamkeit, je nachdem wie Therapeutinnenpersönlichkeit/Therapeutenpersönlichkeit und Klientin/Klient als entscheidende Faktoren zusammenpassen (Kraus 1996, S. 9).

Das Hauptunterscheidungsmerkmal zu anderen Therapien ist das kunsttherapeutische Dreieck. Dieses bildet das Herzstück einer Kunsttherapie und setzt sich aus der Therapeutin/dem Therapeuten, der Klientin/dem Klienten und dem Werk als Drittem zusammen (Seiler 2017, S. 52). Diese Dreierbeziehung dreht sich um ein Werk, das auf unvorhersehbare Art und Weise entsteht und sich weiterentwickelt. Das Werk ist während des gesamten Therapieprozesses für Klientin/Klient und Therapeutin/Therapeut sinnlich wahrnehmbar und in Konsequenz sprachlich fassbar und reflektierbar (Seiler 2017, S. 55).

Kunsttherapie ist eine Therapieform, die einer eigenen Sprache, nämlich der bildnerischen, folgt und auf deren Grammatik und Gesetzmäßigkeiten aufbaut. Diese Grammatik und Gesetzmäßigkeit hat die Kunsttherapeutin/der Kunsttherapeut gelernt und geübt, es ist förmlich ihre/seine „Muttersprache“. So ist sie/er in der Lage, die Bildsprache der Klientinnen/Klienten zu verstehen und mit ihnen gemeinsam, eine künstlerische Sprache zu entwickeln, die ihrem individuellen Ausdrucksbedürfnis und –vermögen entspricht (Schottenloher 1994, S. 19).

Die so erarbeitete Gestaltung ist Selbstgestaltung und Lebensgestaltung zugleich. Sie eröffnet Klientinnen/Klienten neue Perspektiven und fördert gesunde Selbstanteile. Die Erfahrung der Künstlerin/des Künstlers, sich auf Unbekanntes, Unvorhergesehenes einzulassen, zu experimentieren, dabei die eigenen Möglichkeiten und Grenzen zu entdecken und diesen sichtbaren Ausdruck zu verleihen, ist wesentlicher Bestandteil künstlerisch-therapeutischer Praxis (Schottenloher 1994, S. 19).

Die Anleitung der Kunsttherapeutin/des Kunsttherapeuten wechselt zwischen einem genauen Blick auf die Welt, und der Möglichkeit alles zu verändern. Es liegt ganz in der Hand der malenden Person, etwas zu kreieren, etwa eine Hand aus Stein zu gestalten. Die Scheu, etwas dabei falsch zu machen, mindert sich dabei (Reineke 2012, S. 39).

Das Wesen der Kunsttherapie lässt sich auch folgendermaßen zusammenfassen: „*Ich male - also bin ich!*“ (Leutkart 2003, S. 27). Egger vergleicht Malen mit dem Atmen. Dabei entstehe ein steter Rhythmus von Entscheiden und Entstehen sowie von Hervorbringen und In-Sich-Aufnehmen (Egger 1982, S. 10). So erfüllen Malen und Gestalten v.a. zwei große Funktionen: Sie ermöglichen, in sich selbst hineinzuspüren und innere Regungen bildnerisch zu übersetzen. Andererseits bieten sie auch die Möglichkeit, mit Hilfe eines Werkes mit der Außenwelt in Beziehung zu treten. Ein Bild steht oft indirekt stellvertretend für eine Person (Leutkart 2003, S. 27).

Nach dem Gestaltungsprozess erfolgt der Transfer in den Alltag, wobei das Werk als Brücke fungiert. Knill bezeichnet diesen Prozess als "Ernte". Konsequenzen für das reale Leben können abgeleitet, erwünschte Veränderungen geübt werden. Das Werk bleibt dabei eine sichtbare Erinnerungsstütze und erinnert fortan nachhaltig an die damit verknüpften positiven Emotionen und Erfahrungen und regt zu weiteren ähnlichen Handlungen an (Knill 2007, S. 68).

Vorteile von Kunsttherapie verglichen mit herkömmlichen verbalen Therapien sind beispielsweise (Schottenloher 1983, S. 136)

- Innere Erfahrungen, Träume, Phantasien etc. lassen sich leichter mit Bildern ausdrücken als mit Sprache.
- Künstlerischer Ausdruck erweitert die Kommunikationsmöglichkeiten.
- Die innere Zensur kann leichter umgangen werden, als bei verbaler Arbeit.
- Bilder bleiben dauerhaft bestehen und können immer wieder betrachtet werden und den erreichten Prozess verdeutlichen
- Therapie in Bildern fördert Autonomie, der/die Malende lernt sich selbst in Bildern zu helfen.
- Wenn in Bildern neue Stärken entdeckt werden, stärkt dies das Selbstvertrauen und schafft Selbstwirksamkeitserwartung.
- Beim Gestalten kann es zu Flow Effekten kommen. Durch Freude und Glücksgefühle können Sorgen und Ängste für kurze Zeit vergessen werden.

Kunsttherapie ermöglicht v.a. einen Wechsel des Fokus. Belastende Erfahrungen und Erlebnisse können ausgeblendet und durch neue Bilder gleichsam überlagert werden (Seiler 2017, S. 46).

Der Einsatz von Material und dessen Erforschung allein führt schon oft zu einer konzentrierten Arbeitsweise. Viele Gruppen verstummen, ohne dass die/der Leiter/

-in explizit dazu auffordert. Die ganze Aufmerksamkeit der Teilnehmer/-innen gilt dabei dem Tun (Wirtensohn-Baader 2003, S. 22).

5.2 Zielgruppen der Kunsttherapie

Kunsttherapie eignet sich gleichermaßen für Menschen aller Altersgruppen (Sandofer-Malli 2021). Der ÖBKT beschreibt auf seiner Homepage Kunsttherapie als erwiesenermaßen hilfreiches Verfahren bei Burnout, Burnout Prävention, Trauma, Gewalt, Missbrauch, Demenz, für Menschen mit besonderen Bedürfnissen, mit Kindern, in der multikulturellen Arbeit, in der Rehabilitation und in der Persönlichkeitsentwicklung (*Öbkt* 2021)

Das Institut für Kunsttherapie in Österreich IKT konkretisiert potentielle Zielgruppen in folgenden Arbeitsbereichen (Sandofer-Malli 2021):

- Kunsttherapie im sozialen Bereich: Bewältigung von Problemen, Persönlichkeitsentwicklung, Integration, soziale Benachteiligung, private Neuorientierung, Einsamkeit, Hochsensibilität, Schlafstörungen, Isolation, Gewalterfahrungen, Kinder mit auffälligem Verhalten
- Kunsttherapie im Berufsleben: Burnout, Rehabilitation, berufliche Neuorientierung, Mobbing
- Kunsttherapie im Präventivbereich: bei Stress und damit verbundenen Folgeerscheinungen, in Kindergärten, Schulen, Beratungsstellen, Kliniken, sozialen Einrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, als Tagesstruktur
- für Menschen mit Diagnosen oder nach längeren Krankenständen

Menschen, die sich aus unterschiedlichen Gründen in einer Krankheit oder Krise befinden werden unterstützt, ihr kreatives Potential und zugleich ihre Selbstheilungskräfte wieder zu aktivieren. Dabei steht kein Leidensgeschehen im Vordergrund, sondern das Wiederbeleben schöpferischer Kräfte sowie das Ermöglichen von Lernerfahrungen in kognitiver und emotionaler Hinsicht (Mechler-Schönach 2005, S. 12).

Laut Myschker gehört die Kunsttherapie zu den uralten hilfreichen Verfahren bei seelischen Schwierigkeiten. Die pädagogische Kunsttherapie bietet dabei ein spezielles „ganzheitliches Konzept für präventive und rehabilitative Maßnahmen“ (Myschker 2009, S. 286) . Sie wirkt sowohl auf der primären- als auch sekundären- und tertiären Ebene präventiv (Myschker 2009, S. 286).

Knill, der Gründer der intermodalen Kunsttherapie, fasst die Zielgruppe für Kunsttherapie sehr weit. Sie umfasse alle Menschen, die irgendwie an eine Grenze geraten oder sich in einer Notenge befinden und Hilfe suchen. Ihnen allen ist gemein, dass sie zu viel Schmerz, Not oder Verwirrung empfinden und gleichzeitig zu wenige Möglichkeiten zur Kompensation zur Verfügung haben. Ihr Spielraum ist eingengt, was die Betroffenen zusätzlich noch als persönlichen Mangel empfinden (Eberhart und Knill 2010, S. 65).

Auch Thomas plädiert dafür, die Zielgruppe für Kunsttherapie möglichst integrativ zu sehen. Die Grenzen zwischen gesund und krank und ähnlichen Begriffen seien fließend, ebenso die Notwendigkeit von Kunsttherapie. Einen weiteren Vorteil der Kunsttherapie sieht er außerdem in der Möglichkeit, in Gruppen zu arbeiten. Kunsttherapie in der Gruppe sei sogar besonders gewinnbringend, wenn die Teilnehmenden unterschiedlich bedürftig sind und ein Projekt mit „kranken“ und „gesunden“ Menschen gemeinsam durchgeführt wird (Thomas 1996, S. 29).

Noch weiter geht der Arzt Sillo-Seidl. Bilder und Kunsttherapie sollen laut ihm all jene Menschen, *„die sich dem Tag nicht gewachsen fühlen“* (Seidl 1991, S. 58) unterstützen, um ausgeglichener und fröhlicher zu werden. Sie ist zutiefst präventiv und verhindert im Idealfall, dass Medikamente und ärztliche Hilfe überhaupt notwendig werden (Seidl 1991, S. 58).

Ähnlich plädiert auch der Psychiater Neumann für eine verstärkte Etablierung der Kunsttherapie im Vergleich zu herkömmlichen verbalen Therapien. Nicht nur jeder psychisch kranke Mensch, sondern jeder Mensch brauche laut ihm eine nichtsprachliche Ausdrucksmöglichkeit. So solle Kunsttherapie allen unglücklichen, gesunden und kranken Menschen empfohlen werden (Neumann 1996, S. 165)

Im Ausbildungscurriculum des Hochschullehrgangs Kunsttherapie und Pädagogik der Privaten Pädagogischen Hochschule der Diözese Linz erschließt sich *„die Bandbreite des Einsatzes kunsttherapeutischer Tools im pädagogischen, sozialpädagogischen und sozialtherapeutischen Handlungsfeld“* (Curriculum Kunsttherapie und Pädagogik 2021, S. 2) .

Kunsttherapeutische Aufgabengebiete werden dabei sehr umfassend gesehen.

Über die Entwicklungsförderung hinaus sind kunsttherapeutische Aufgabengebiete im präventiven und im rehabilitativen Bereich mit ausgleichender Dimension in allen Stadien des Lebenszyklusses anzutreffen. Das bedeutet, dass sich umfassende Tätigkeitsbereiche eröffnen: in der Ein-

zeltherapie, der Altenbetreuung, der Sozialpädagogik und der Erwachsenenbildung. (*Curriculum Kunsttherapie und Pädagogik* 2021, S. 3)

Unter Punkt 4 liegt der Schwerpunkt der Ausbildung „auf der rehabilitativ orientierten Kunsttherapie mit ihren heilpädagogischen und ressourcenorientierten Ansätzen.“ (*Curriculum Kunsttherapie und Pädagogik* 2021, S. 4) Dem Berufsfeld der Pädagogischen Kunsttherapie ist das gesamte Modul 11 gewidmet (*Curriculum Kunsttherapie und Pädagogik* 2021, S. 7).

5.3 Kunsttherapie mit Kindern

Schuster zeigt auf, warum Kunsttherapie gerade bei Kindern eine zielführende Methode ist. Sie diene allgemein der Entwicklungsförderung und steigere die Lernfähigkeit (Schuster 1986, S. 79). Im Besonderen kann sich das Kind durch problemlösende Bilder mögliche zukünftige Problembewältigung vergegenwärtigen. „Das Kind führt sich sozusagen vor Augen, wie die erfolgreiche Problembewältigung aussehen muß.“ (Schuster 1986, S. 88) .

Egger betont die Bedeutung der Kunsttherapie in der Arbeit mit Kindern besonders. Kinder können innere Vorgänge nur dann wahrnehmen, wenn sie zunächst in eine sichtbare Form gebracht werden. Mögliche Formen des Ausdrucks sind Sprache, Bewegung, Töne, Formen und Farben. Diese Mittel stehen bereits in der vorsprachlichen Phase zur Verfügung und eignen sich somit auch für junge Kinder (Egger 1982, S. 10). Kinder stellen dabei immer ihre eigene innere Realität dar, wie sie sich selbst und die Welt empfinden (Egger 1982, S. 12).

Laut Egger, die v.a. in Form von offenen Malateliers arbeitet, wirkt Kunsttherapie mit Kindern als Lernhilfe auf folgenden Ebenen (Egger 1982, 28ff):

1. Entwicklung der Wahrnehmung: Malen motiviert dazu, die Welt mit allen Sinnen genau wahrzunehmen und zu betrachten, um das Betrachtete anschließend zweidimensional malen zu können. Das Papier steht dabei für eine begrenzte, überblickbare Welt.
2. Ausdruck von Empfindungen: Bildnerisches Gestalten hat therapeutische Wirkung und verschafft Erleichterung.
3. Ausdruck von Problemen: „Jedes Bild ist Ausdruck des psychisch-physischen Zustandes des Malenden.“ (Egger 1982, S. 29) Malen ist ein präzises Sprachmittel. Das Verstehen der entstandenen Bilder äußert sich dahingehend, als die Therapeutin/der Therapeut beobachtet, wie ein Bild entsteht, wie ein Kind

bei der Sache ist, wo es Schwierigkeiten hat und was ihm Freude bereitet. Hin-gegen soll sie/er keinesfalls versuchen, durch neugieriges Fragen eine tiefere Bedeutung zu finden.

4. Entwicklung von Selbstsicherheit: Malen ist eines der besten Mittel, Selbstsicherheit und innere Ausgeglichenheit zu erlangen. Oft tauchen beim Malen Schwierigkeiten und scheinbare Fehler oder Defizite auf. Diese neue zu bewerten und aus anfänglich Unschönem Überraschendes entstehen zu lassen sind große Lernprozesse. Das Schöne am Malen ist, dass bereits Gemaltes immer wieder verändert werden kann. Ein Fehler ist in diesem Fall ein Anstoß für weitere Schritte, kein Makel. Diese Erfahrung kann auf den Alltag transferiert werden und stärkt den Selbstwert.
5. Förderung der Selbstständigkeit: Ein Kind agiert im Gestaltungsprozess selbstständig.
6. Verarbeitung von Aggressionen: Es gibt zahlreiche kunsttherapeutische Methoden, die Aggressionsabbau zum Ziel haben. Die Energie der empfundenen Wut wird dabei in Handlungen umgelenkt. Häufig werden dazu Methoden gewählt, die starkes haptisches Erleben ermöglichen, etwa großflächiges Malen mit den Fingern (Egger 1982, S. 36). Im Bild können aggressive Impulse ausgedrückt und ausgelebt werden, ohne jemanden real zu verletzen (Schottenloher 1983, S. 22).
7. Auseinandersetzung mit der Umwelt: Kontaktaufnahme mit der Umwelt, Bieten von Stimuli und Integrieren der Umwelt
8. Üben von motorischen Abläufen: Mit Hilfe lustiger Techniken können motorische Abläufe lustvoll geübt werden.

Auch Schottenloher plädiert für einen gesteigerten Einsatz von Kunst und kreativem Gestalten in Familie, Schule, Therapie und Heilpädagogik. Gestalten unterstützt und fördert seelisch gut entwickelte Kinder gleichermaßen wie Kinder mit Defiziten und Problemen (Schottenloher 1983, S. 8, 12). Eine reiche innere Vorstellungskraft zu haben ist eine bedeutende Komponente für das seelische Wachstum eines Menschen. Kinder die phantasievoll spielen, bewältigen dabei oft Konflikte. Diese Fähigkeit, die der Selbstheilung dient, benutzt auch die Kunsttherapie (Schottenloher 1983, S. 14). Der Schwerpunkt beim Malen liegt auf dem individuellen Ausdruck, der eigenen inneren Welt und Phantasie (Schottenloher 1983, S. 89).

Ein weiteres Argument für Kunsttherapiegruppen oder Malateliers für Kinder ist, dass dort automatisch soziales Lernen entsteht. Die Kinder lernen, aufeinander Rücksicht zu nehmen, indem sie beispielsweise Platz machen, wenn ein Bild eines anderen Kindes wächst. Kinder die sonst verbal und physisch viel Platz einnehmen, lernen sich einzufügen, grundsätzlich eher stille Kinder, erlauben sich auch einmal, frech zu sein (Lüscher 2003, S. 68).

Von Kindern gezeigtes Erleben kann mitunter hochexplosives Material enthalten. Umso wichtiger ist ein sorgsamer Umgang damit. Beim Betrachten eines Bildes geht es daher vielmehr darum, das Gesehene neutral in Worte zu fassen als es vorschnell zu interpretieren. Interpretationen können für die Therapeutin/den Therapeuten ein wichtiger Leitfaden für weitere Interventionen sein. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dem Kind einen für ihn falschen Lösungsweg förmlich aufzudrücken. Denn bei jeder Interpretation spielen auch eigene Projektionen der Therapeutin/des Therapeuten eine womöglich irreführende Rolle (Schottenloher 1983, S. 12).

5.4 Wesen kunsttherapeutischer Verfahren

Es ist in Anbetracht der vielen unterschiedlichen kunsttherapeutischen Schulen und Strömungen nicht möglich, alle an dieser Stelle zu erörtern. Im Sinne der Forschungsfrage wird auf die übereinstimmenden Faktoren und Überschneidungspunkte kunsttherapeutischer Theorien fokussiert. Daher werden an dieser Stelle die Ergebnisse einer Publikation von Mechlar-Schönarch vorgestellt, die das Wesen unterschiedlicher kunsttherapeutischer Verfahren (Emotionszentrierte Kunsttherapie nach Schütz, Maltherapie nach Jung und Riedel, humanistische Kunsttherapie nach Knill und Pädagogische Kunsttherapie nach Domma) in folgenden vier Orientierungen zusammenfasst, nämlich Ressourcen-, Handlungs-, Erlebnis- und Beziehungsorientierung. Diese sind elementarer Bestandteil sämtlicher Schulen (Mechler-Schönarch 2005, S. 12).

5.4.1 Ressourcenorientierung

Knill legt in der Intermodalen Kunsttherapie großen Wert auf „*low skills, high sensitivity*“ (Seiler 2017, S. 55). Die Anforderungen an handwerkliches Können werden bewusst niedrig gehalten, der Schwerpunkt liegt ganz bei der sinnlichen Wahrnehmung des Gestaltens. Viele Menschen sind zu Beginn einer Kunsttherapie skeptisch und behaupten von sich, nicht kreativ zu sein oder nicht malen zu können. Durch die niederschwellige Aufgabe und das Interesse am Material überwiegt die

Neugier dann rasch der Skepsis und sensorische Faszination tritt ein (Knill 2007, S. 68).

Als hilfreich erweist es sich auch, wenn mit Hilfe der Therapie der Fokus auf positive Erlebnisse und Erfahrungen gelegt wird und negative Emotionen so in den Hintergrund geraten können (Seiler 2017, S. 28). Für viele Menschen geschieht es unerwartet, dass sie inmitten eines kunsttherapeutischen Prozesses gesunde, schöne und hoffnungsvolle Anteile, etwa in einem Bild, erkennen. Dieses Schöne erleichtert das Ertragen schwieriger und ungesunder Aspekte, die auf der anderen Seite stehen. Kunsttherapie zeigt vielfach Ressourcen auf, die der gestaltenden Person zuvor nicht bewusst waren. Diese erlebt sich plötzlich schöpferisch (Wieland 2003, S. 13).

5.4.2 Handlungsorientierung

Der Gestaltungsprozess in der Kunsttherapie wird durch den Faktor Material als eigentliche haptische Grundlage geprägt. Mit Hilfe dessen kann im wahrsten Sinne des Wortes ein *”Be-Greifen”* entstehen (Wirtensohn-Baader 2003, S. 22).

Jedes Material gibt allein durch seine Beschaffenheit Möglichkeiten, aber auch Gestaltungsgrenzen vor (Schottenloher 1983, S. 10). So fungiert es als Projektionsfläche für innerpsychisches Erleben (Wirtensohn-Baader 2003, S. 22).

Generell ist ein breites Materialangebot eine besondere Einladung zum kreativen Tun. Durch die Verschiedenartigkeit der Papiere, Farben, Materialien etc. wird ein breites Spektrum an Ausdrucksmöglichkeiten ermöglicht, sodass jede Person etwas individuell Passendes darin findet. Gibt es Vorurteile oder Ängste gegenüber einem Material, etwa wegen negativer Erfahrungen aus dem schulischen Zeichenunterricht, kann über alternative Medien wie Ton oder Sand, oder niederschwellige Methoden, ein positiver Einstieg gelingen (Wirtensohn-Baader 2003, S. 22).

5.4.3 Erlebnisorientierung

Die gestaltenden Person sucht im Kontakt mit dem angebotenen Material nach dem Wesen dessen, was sie darstellen möchte. Dieser Prozess ist schwer mit Worten zu beschreiben. Gestalten bedeutet in diesem Sinne Erkennen und Erfahrung auf einer tieferen Ebene, abseits der rationalen Ebene des Verstands (Schottenloher 1983, S. 10).

Viel wichtiger als das Produkt der Kunsttherapie, also ein Bild, eine Plastik, ein Text oder ähnliches, das im herkömmlichen pädagogischen Kontext möglichst perfekt sein soll, ist der Gestaltungs- und somit Entstehungsprozess. Mitunter können auch häss-

liche Bilder wertvolle Begleiter bei der Verarbeitung schmerzhafter Lebensprozesse sein (Thomas 1996, S. 13)

5.4.4 Beziehungsorientierung

Die wesentlichste Aufgabe einer jeden Kunsttherapeutin/eines jeden Kunsttherapeuten ist es, eine vertrauensvolle, empathische Beziehung anzubieten. In dieser sicheren Atmosphäre können sich innere Gestaltungsprozesse entfalten und Neues kann gewagt werden. Die Kunsttherapeutin/der Kunsttherapeut ist dabei Begleiter/-in auf dem Entdeckungsweg der Klientin/des Klienten (Wieland 2003, S. 15).

Die Rahmenbedingungen der kunsttherapeutischen Beziehung sollen laut Riedel in möglichst vielen Faktoren einer früher Mutter - Kind Bindung ähnlich sein. Die Klientin/der Klient soll sich geborgen und angenommen fühlen, Vertrauen empfinden und erleben, dass er an etwas teilhaben darf. Unbedingte Voraussetzung dafür ist das Verzicht auf jeglichen Leistungsanspruch (Riedel und Henzler 2016, S. 28).

Kunsttherapie findet in einem besonders geschützten Raum statt. Dieser Raum, der durch die Therapeutin/den Therapeuten zur Verfügung gestellt wird, ermöglicht nach Knill, der gestaltenden Person eine alternative Welterfahrung, die sich weitgehend vom Alltagsleben unterscheidet. Ein geschützter Raum eröffnet neue Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten. Diese können anschließend durch Reflexion in die Alltagswelt integriert werden (Eberhart und Knill 2010, S. 65).

Unterstützend ist häufig, dass zu Beginn einer Therapie, allein die Hoffnung und die Erwartung, dass diese helfen werde, zu einer Reduktion des Stresslevels und zur vermehrten Ausschüttung von Serotonin und Oxytocin führen. In vielen Fällen kann so seelisches Leiden rasch alleine auf Grund der Therapeutischen Allianz massiv gebessert werden (Seiler 2017, S. 28).

Schottenloher spricht von drei Fundamenten der Kunst- und Gestaltungstherapie (Schottenloher 1983, S. 11):

1. Schöpferische Tätigkeit schafft Unabhängigkeit und Flexibilität. Wenn ich kreativ schaffen kann, kann ich immer wieder neue Lösungswege entwickeln und muss nicht an alten festhalten.
2. Durch Gestalten lerne ich mich besser kennen und kann Erlebtes verarbeiten. Dadurch, dass das Innere durch das Bild ins Äußere gebracht wird, entsteht innere Reinigung, Spannungen werden abgebaut. Gestalten führt zu sinnvollem Handeln anstatt zu einem Verharren in Ohnmacht.

3. Im Gestaltungsprozess und im Bild offenbart sich auch für Außenstehende die Innenwelt der/des Malenden. Verständnis von Außenstehenden entsteht. In Folge können weitere Hilfestellungen gegeben werden. Im therapeutischen Sinne nach C.G. Jung unterstützen die aufsteigenden Bilder den Findungsprozess seines wahren Selbsts.

Schottenloher betont die vorrangige Stellung des Gestaltungsprozesses im Vergleich zu dessen Interpretation folgendermaßen:

Der Schwerpunkt liegt auf dem spontanen Prozeß des Gestaltens, auf dem Bewußtwerden und Durcharbeiten der Bildaussagen und auf der Eröffnung neuer Handlungsmöglichkeiten. Die diagnostische Auswertung der Bilder steht im Hintergrund. (Schottenloher 1983, S. 7)

Je nach Einsatzort der gestalterischen Arbeit obliegt es der Verantwortung der/des Anleitenden, ob und wie weit dabei in die Tiefe gegangen wird. Ein Bild oder eine Plastik wirkt dabei immer, auch wenn nicht darüber gesprochen wird. Insofern empfiehlt sich gestalterisches Arbeiten jedenfalls für Pädagogik im Sinne der Pädagogischen Kunsttherapie genauso wie als Kunsttherapie im klassischen Sinne. Je weiter dabei in die Tiefe gegangen wird, desto mehr gewinnt die eigene kunsttherapeutische Qualifikation der anleitenden Person an Bedeutung. Während viele Methoden auch von Lehrerinnen und Lehrern gut in die pädagogische Arbeit integriert werden können, verlangt die tiefere Arbeit ausreichend Qualifikation, Selbsterfahrung und Supervision der Therapeutin/des Therapeuten (Schottenloher 1983, S. 8).

Malen ist dabei Therapie und Selbsthilfe zugleich. (Honegger 2003, S. 7). Die Grenze zwischen Kunsttherapie als Therapie und Kunsttherapie als Selbsterfahrung oder Selbstentfaltung ist oft schwer zu ziehen. Schottenloher verweist auf eine Definition von Ulman und Dachinger (1975): Ein Prozess sei demnach dann Therapie *„wenn er wünschenswerte Veränderungen in der Persönlichkeit oder im Lebensstil ermöglicht und unterstützt, die die Sitzungen überdauern“* (Schottenloher 1983, S. 136) .

Beim abschließenden Besprechen eines Bildes ist es bedeutend, gar nicht oder nur sehr wenig und äußerst behutsam zu deuten. Größere Bedeutung hat es, Lösungen, Ressourcen, Selbstheilungsanteile und Zielvorstellungen im Bild zu identifizieren und anzusprechen (Riedel und Henzler 2016, S. 45). Indem eine gestaltende Person ihrer Sehnsucht folgt und diese bildnerisch darstellt, kann der Fokus von vergangenen oder aktuellen Problemen auf Positives gelenkt werden. In Folge entsteht Motivierung (Riedel und Henzler 2016, S. 51).

Besonders wertvoll ist die nachhaltige Wirkung von Kunsttherapie. Hat ein Mensch erst einmal intensive kunsttherapeutische Erfahrungen gemacht, so wird er befähigt, die kreative Beschäftigung auch später für sich zu nutzen, auch um schwierige Lebenssituationen besser bewältigen zu können. Die gewonnenen Erfahrungen gehen nie mehr verloren und stehen auch in Zukunft zur Verfügung (Leutkart 2003, S. 28).

5.5 Die Wirksamkeit der Kunsttherapie

Das IKT beschreibt Kunsttherapie als „zeitgemäße, innovative Form der therapeutischen Intervention.“ Sie ist überall dort besonders wirksam „wo durch das gesprochene Wort alleine keine deutliche Verbesserung in der Problembearbeitung erlangt wird.“ (Sandofer-Malli 2021, S. 1).

Das Medium Kunst generell stellt eine besondere Variante menschlichen Erkenntnisvermögens dar. Kunstbezogene Erfahrungen bleiben mitunter oft mit Worten schwer beschreibbar, enthalten förmlich einen Rest Unbeschreibbarkeit (Mechler-Schönach 2005, S. 18)

Der Nachweis von Wirksamkeit kunsttherapeutischer Methoden ist noch nicht weit fortgeschritten. Vielmehr fehlt eine weitgehend einheitliche umfassende kunsttherapeutische Theorie. Zudem werden nicht einmal zentrale Begriffe einheitlich verstanden und interpretiert. Dies erschwert den interdisziplinären Dialog sowie die Etablierung (Seiler 2017, S. 4).

Erst wenn die spezifischen Wirkungsfaktoren der Kunsttherapie, v.a. im Vergleich zu gesprächsbezogenen Therapien, besser erhoben und publiziert werden, kann die Bedeutung und Berechtigung der Kunsttherapie in Schule und psychotherapeutischer Landschaft aufgezeigt werden (Seiler 2017, S. 5).

Thomas weist auf die Problematik der Nachweisbarkeit von Wirksamkeit generell hin, in dem er die Frage aufwirft, wer eine solche Wirksamkeit eigentlich objektiv feststellen könne. Schlussendlich ist psychisches Befinden und dessen Verbesserung höchst individuell und nur die/der jeweilige Hilfesuchende kann und muss entscheiden, was ihr/ihm wirklich hilft. Dies trifft auf Kunsttherapie genauso zu, wie auf sämtliche andere therapeutische Verfahren (Thomas 1996, S. 18).

Generell basiert die Wirksamkeit von Kunsttherapie auf Lernprozessen (Seiler 2017, S. 41). Der Psychotherapieforscher Grawe betont dabei die immense Bedeutung motivationaler Faktoren. Da nur ein geringer Teil der Problematik eines Menschen auf der bewussten Ebene beeinflusst und therapiert werden kann, muss die implizite und

unbewusste Ebene miteinbezogen werden. Dies wird in Form eines möglichst förderlichen emotionalen und motivationalen Rahmen ermöglicht (Grawe 2004, 127f). Wirksames therapeutisches Lernen erfordert zwingend eine Aktivierung positiver Ziele (Grawe 2004, S. 431). „*Der Therapeut muss sich mehr damit befassen, was er fördern will und wie er das am besten könnte, als damit, was er beseitigen will.*“ (Grawe 2004, S. 108) .

Hat eine Person positive Assoziationen vor Augen, werden auf neuronaler Ebene Neurotransmitter wie Adrenalin und Dopamin ausgeschüttet. In Folge erhöht sich die Lernbereitschaft und neue, intensive Lernerfahrungen werden erst ermöglicht (Grawe 2004, S. 431).

In der Kunsttherapie wird eine Wirkung dann als solche bezeichnet, wenn bei der teilnehmenden Person eine Veränderung wahrgenommen wird, bei der davon ausgegangen werden kann, dass sie aufgrund des kunsttherapeutischen Kontextes entstanden ist. Als Wirkfaktor ist demnach alles zu bezeichnen, was eine angenommene oder wahrgenommene Veränderung auslöst oder beeinflusst (Seiler 2017, 14f), oder anders gesagt, als all diejenigen Elemente, die dazu beitragen, dass sich „*der Patient bessert.*“ (Hautzinger und Eckart 2007) zit.n. (Seiler 2017, S. 14)

Die Wirkfaktoren liegen dabei jeweils in der Person der Therapeutin/des Therapeuten und der Person der Klientin/des Klienten sowie bei etwaigen Gruppenmitgliedern, außerdem in der verwendeten Methode. Besonders zentral sind dabei die gemeinsamen Wirkfaktoren zu betrachten, die in sämtlichen Therapieschulen zur therapeutischen Effektivität beitragen (Seiler 2017, S. 14)

So führt Mechler - Schönach die potentiellen Wirkungsfaktoren unterschiedlicher kunsttherapeutischer Schulen zusammen. Kunsttherapeutische Prozesse können demnach unter anderem befreiend, aktivierend, integrierend, kommunikativ, ordnend und strukturierend sein (Mechler-Schönach 2005, 15ff).

Als verbindende kunsttherapeutische Wirkfaktoren listet sie folgende Aspekte auf (Mechler-Schönach 2005, 15ff):

- Ausdruck: mit Hilfe des geschützten Rahmens wird individueller Ausdruck fern jeder Zensur ermöglicht
- Befreiung durch den Ausdruck
- Erinnern: frühkindliche und primärprozesshafte Erlebnisse können aktiviert werden, ebenso scheinbar verschüttete Ressourcen.

- Form- und Symbolbildung: innere Bilder erhalten Gestalt, Form und Farbe; In Folge sind Distanzierung, Bearbeitung und Veränderung des Geschaffenen möglich.
- Symbolisches Handeln: Material lädt förmlich zum Experimentieren und spielerischem Probieren ein; Kunsttherapie ermöglicht Probehandeln am Werk.
- Bildsprache als zusätzliches Kommunikationsmittel, auch für Unbewusstes
- erweiterte Wahrnehmung: Wahrnehmung und Sensibilität werden verfeinert
- Erkenntnis: im Betrachten des Werkes eröffnet sich die Möglichkeit für tiefgehende Einsicht und Erkenntnis, neue Lösungswege können entstehen.
- Aktivierung von Ressourcen und brachliegenden schöpferischen Kräften
- Bewältigungskapazität als Gegenpol zu belastenden Erfahrungen

Riedel, Vertreterin der Maltherapie nach C.G. Jung, gliedert die Wirksamkeit der Kunsttherapie in vier Prozesse: den Gestaltungs-, Symbolisierungs-, Besprechungs- und Beziehungsvorgang. Teilweise Unbewusstes wird wahrgenommen, gestaltet und anschließend verstanden (Riedel und Henzler 2016, S. 25). Im Malen und Gestalten arbeitet der/die gestaltende Person an ihrer Selbstgestaltung und -heilung. Zudem stärkt das Gestalten nebenbei den Selbstwert, da Erfolgserlebnisse sichtbar werden, auf die Klientinnen/Klienten stolz sind (Riedel und Henzler 2016, S. 13).

5.6 Die Evaluation der Wirkfaktoren menschlicher Veränderungsprozesse in der Kunsttherapie nach dem ModiV

Es ist eine Notwendigkeit, Wirksamkeit kunsttherapeutischer Behandlung nicht nur plausibel anzunehmen, sondern auch nachzuweisen. Eine Möglichkeit ist es, sie anhand eines gängigen Modells, dem ModiV, zu evaluieren. Dieses Modell stellt interaktionale Veränderungsprozesse anhand von 16 Wirkfaktoren dar, die in einer wirksamen psychologischen Therapieform enthalten sein sollen. Mit dessen Hilfe kann eine Bestandsaufnahme der Situation eines Menschen umfassend dargestellt werden und in weiterem Verlauf ein Veränderungsziel für den Therapieprozess erarbeitet und evaluiert werden (Seiler 2017, S. 146).

Seiler kombiniert das Modell ModiV mit Konzepten der Kunsttherapie und extrahiert dabei möglichst umfassend und schulenübergreifend die Wirkfaktoren einer kunsttherapeutischen Behandlung (Seiler 2017, S. 149).

In Folge wird dargestellt, dass tatsächlich die Wirksamkeit der Kunsttherapie auf sämtliche Ebenen menschlicher Veränderung, nachgewiesen werden kann (Seiler 2017, 154ff).

1. **Erfahrungsraum:** Kunsttherapie bietet einen alternativen, vom Alltag abweichenden, Erfahrungsraum. Dieser ist im Gestalten real erlebbar. Probehandeln und Experimentieren sind gefahrlos möglich. Obwohl der Erfahrungsraum weitgehend eigenständig und gestaltungsbezogen ist, tun sich zumeist Überschneidungen mit der Wirklichkeit auf. Themen der kunsttherapeutischen Arbeit können alltagsbezogen, subjektbezogen (Natur, Gesellschaft, Personen) oder auch kunst- oder spirituell bezogen sein. Häufig entstehen auch Wunsch- oder Leitbilder oder Bilder der Innenwelt (Seiler 2017, S. 155).
2. **Interaktion:** Die Interaktion zwischen Kunsttherapeut/-in, Klient/-in und Werk steht im Zentrum der Therapie. Die schaffende Person tritt mit ihrem Werk in Beziehung. Des weiteren schafft Kunsttherapie die Möglichkeit mit Hilfe des Werkes nonverbal zu kommunizieren, stellt demnach einen Kommunikationshilfe dar (Seiler 2017, S. 156).
3. **Diskontinuitäten:** Kunstbezogene Erfahrungsräume sind zumeist andersartig und unterstützen wertvolle Erfahrungen der Diskontinuität. Kunsttherapeutische Prozesse beinhalten häufig Überraschendes, Unkontrollierbares, Komplexes, Vielfältiges und Performatives. In der Kunsttherapie hat v.a. das Performative einen großen Stellenwert, denn es beschreibt den Aspekt des Entstehens, des Bewegens, des Veränderns (Seiler 2017, S. 157). Knill verändert hierfür den Begriff des Dritten (Knill 2007, S. 62).
4. **Aufmerksamkeit:** Im Gestaltungsprozess ist der/die Gestaltende „*situativ ganz und gar von einer Sache bestimmt und ausgefüllt.*“ Kämpf-Jansen zit.n. (Seiler 2017, S. 157). Häufig verwendete Begriffe in der kunsttherapeutischen Literatur für diese Aufmerksamkeit, die sich auf Innen- und Außenwelt richtet, sind Achtsamkeit, Wachheit und Konzentration. Dank dieser Aufmerksamkeit kann Belastendes in den Hintergrund treten, was in Folge den Weg für neue Lernerfahrungen ebnet (Seiler 2017, S. 158). Knill bezeichnet diesen Prozess als Dezentrierung (Knill 2007, S. 71).
5. **Emotionale Beteiligung:** In der Kunsttherapie ist die gestaltende Person hochgradig emotional beteiligt. Viele Gefühle, Empfindungen und Stimmungen werden verstärkt wahrgenommen, häufig kommt es zu einer persönlichen Berührung des Innersten oder einer Betroffenheit. Darüber hinaus können auch

Kräfte gesammelt werden und Entspannung und Harmonie erlebt werden (Seiler 2017, S. 159).

6. **Erwartungen:** Die persönlichen Erwartungen einer Person beeinflussen ihr Handeln. Erhofft sich eine Person, dass durch eine Therapie Negatives vermieden oder Gutes erreicht werden kann, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass sie aktiv wird (Seiler 2017, S. 159).
7. **Intrinsische Motivationen:** Malende spüren häufig ein inneres Bedürfnis, etwas auszudrücken. Sie geben sich dem Gestaltungsprozess hin. Ein besonderes Potential der Kunsttherapie liegt darin, als die gestaltende Person im Gestalten ihr eigenes Bedürfnis erfüllen kann. Dies kann einen ersten Schritt zum Transfer in den Alltag darstellen. Generell entspringen viele künstlerische Werke einem inneren Antrieb. Dieser kann sich in Form von Interesse, Neugier, Faszination oder auch Verantwortungsgefühl und sozialer Verantwortung äußern. Im Sinne der pädagogischen Kunsttherapie hat auch das innere Bildungsbedürfnis eines Menschen einen großen Stellenwert (Seiler 2017, S. 159).
8. **Extrinsische Motivationen:** Ein jeder Mensch hat ein Bedürfnis nach Wertschätzung und Sicherheit. Im sicheren kunsttherapeutischen Raum fühlen sich Klientinnen/Klienten angenommen und erfahren Empathie, Wertschätzung und individuelle Zuwendung. Kunsttherapeutische Materialien schaffen eine Vielzahl an Möglichkeiten, Neues sanktionsfrei zu probieren. Die Therapeutin/der Therapeut begleitet dabei stabilisierend, helfend, fördernd und stärkend (Seiler 2017, S. 161). Menschen erfahren, dass sie im Gestalten etwas Befriedigendes schaffen (Egger 1982, S. 33).
9. **Denken:** Im Rahmen der Kunsttherapie werden unterschiedliche kognitive Denkprozesse aktiviert. Neben dem reflexiven Denken kommt es auch zu neuen Bedeutungsgebungen und somit Erkenntnisgewinn. Besonders charakteristisch ist das imaginäre Erfahren im Bildraum. Phantasie, Imagination und Vorstellungskraft werden aktiviert. Innere mentale Bilder können auch dadurch angeregt werden, indem die Therapeutin/der Therapeut die Wunderfrage stellt. Sie ist quasi ein Eintrittstor in die Traumwelt. Bedeutend ist dies insofern, als anschließend ein Transfer in den Alltag angeregt wird. Kunstbezogene Erfahrungen können so alltagswirksam gemacht werden. In diesem Sinne setzt sich die Kunsttherapie im Vergleich zur Pädagogik mehr mit dem auseinander, was sein könnte, als mit dem, was tatsächlich ist (Seiler 2017, S. 162).

10. **Wahrnehmung:** In der Kunsttherapie kommt es zu vielen sinnlichen Wahrnehmungen, die emotionale Reaktionen hervorrufen. Der Fokus liegt bei sinnlich-ästhetischem Erleben und dem Entdecken unserer Wirklichkeit (Seiler 2017, S. 163) Egger betont, dass Malen und Gestalten alle drei Phasen der Wahrnehmung unterstützt: sowohl bei der Aufnahme als auch bei Umsetzung und Wiedergabe von Reizen (Egger 1982, S. 28).
11. **Reaktion:** Belastende Probleme und Konflikte einer Person werden häufig in irgendeiner Form in Bildern sichtbar. Die Chance liegt darin, dass kunsttherapeutische Prozesse auch kognitive Reaktionen, Verknüpfungen und Gegenkonditionierungen auslösen können. Belastende Erfahrungen, beispielsweise Angstgefühle oder Konfliktsituationen, können in kunstbezogenen Prozessen unter neuen Bedingungen reguliert werden. Dabei entstehen neue Verknüpfungen. Das gute Gefühl des Malprozesses kann anschließend beim Betrachten des Bildes immer wieder zurückgeholt werden. Das Bild bleibt quasi Zeuge einer positiven Erfahrung. Weitere Reaktionen sind die Aktivierung von Selbstheilungskräften und schöpferischen Ressourcen, sowie die Erfahrung, dass konzentriertes Arbeiten lustvoll sein kann (Seiler 2017, 163f).
12. **Aktivität:** Menschen, die kunsttherapeutisch arbeiten sind dabei auf viele Arten aktiv: sie malen, gestalten, formen, kleben, schreiben, modellieren, entwerfen, hämmern, gestalten und setzen ihre Körpersprache ein; In dieser Aktivität erleben sie Probehandeln, Anfangen und Beenden, Exploration und vielfach einen symbolischen Wert dieser Aktivitäten. Auch das individuelle Ausdrücken in einem Werk und das Finden einer eigenen nonverbalen Bild- und Zeichensprache sind aktive Prozesse (Seiler 2017, 164f).
13. **Resonanzen:** Kunsttherapeutisches Tun löst auf vielen Ebenen Resonanzen aus, nicht nur ästhetischer Art. Eine gestaltende Person erlebt sich selbst als schöpferisch und aktiv, keinesfalls als passiv leidend. Darüber hinaus wird sie von der Schönheit des Entstandenen belohnt. Häufig kommt es auch zu genussvollen oder befriedigenden Erfahrungen, die durch das ermutigende Lob der Therapeutin/des Therapeuten verstärkt werden. Momente des Glücks bewirken Befreiung (Seiler 2017, S. 165).
14. **Modalität:** Kunsttherapie spricht alle Sinne an und setzt häufig den intermodalen Transfer ein. Durch die Kombination unterschiedlicher Reize werden sensorische, kognitive und motorische Modalitäten verknüpft. So entsteht auch eine Verbindung von Denken, Fühlen und Handeln. Am Ende des Prozesses

wird das Gestaltete in Sprache umgesetzt, indem das Bild mit der Therapeutin/dem Therapeuten reflektiert wird.

15. **Konformität und Kongruenz:** In der Kunsttherapie zielen sämtliche einflussnehmende Faktoren in dieselbe Richtung. Eine angestrebte Verhaltensänderung kann etwa in mehreren unterschiedlichen Bereichen eingeübt werden. Ziel ist dabei auch eine optimale Inkongruenz herzustellen, sodass die Klientin/der Klient zwar gefordert, aber nicht überfordert ist, die Inkongruenz auszugleichen (Seiler 2017, S. 143). In der kunsttherapeutischen Literatur finden sich viele Aspekte der Kongruenz (Seiler 2017, S. 167). Egger etwa betont, dass es wichtig ist ein Kind weder zu über- noch zu unterfordern. Dies passiert, indem sie dem Kind von Anfang an einen Teil der Verantwortung für eine Gestaltung lässt. Wenn ein Kind etwa etwas aus eigener Kraft erreichen kann (etwa feinmotorische Striche), soll man ihm diesen Prozess nicht abnehmen oder ihn durch Erklärung vorwegnehmen (Egger 1982, S. 19).
16. **Zeit:** Kunsttherapie arbeitet mit der Vergangenheit von vorsprachlichen Erfahrungen über die Gegenwart hin, bis in die Zukunft. Gearbeitet wird dabei in Prozessen. Einmal positiv in der Kunsttherapie Erlebtes soll nach Möglichkeit auch zu Hause weiter ausgeübt werden (Seiler 2017, S. 167).

Seiler stellt zusammenfassend fest, dass die von ihr untersuchten kunsttherapeutischen Publikationen somit Wirkung in allen 16 Dimensionen, die für therapeutische Prozesse erforderlich sind, nachweisen. Jedoch muss zu bedenken gegeben werden, dass diese Studie auf Wirkungsverständnissen unterschiedlicher Autorinnen/Autoren gründet. Auch bilden diese teilweise nur ab, was für wirksam gehalten wird, aber nicht, was definitiv nachweisbar wirksam ist. So gesehen ist diese Studie richtungsweisend für die Etablierung der Kunsttherapie, müsste jedoch durch weitere Forschung untermauert werden (Seiler 2019, S. 117).

5.7 Kunsttherapie und Selbst

In dieser Arbeit wird vorrangig das Ziel verfolgt, eine etwaige Stärkung der Selbstwirksamkeit durch Kunsttherapie bei (legasthenen) Kindern zu belegen. In Ermangelung einschlägiger Literatur werden zunächst generelle Ansatzpunkte diskutiert, wie Selbstwirksamkeit überhaupt gesteigert werden kann. Anschließend werden diese Erkenntnisse mit der Kunsttherapie verknüpft und aktuelle Forschungsergebnisse dazu präsentiert. Die Verknüpfung mit dem Thema Legasthenie passiert im Anschluss.

5.7.1 Möglichkeiten der Stärkung von Selbstwirksamkeit

Die Psychotherapeutin und Pädagogin Barouti hat sich ausgiebig mit therapeutischer Arbeit, mit dem Ziel, die Selbstwirksamkeit zu stärken, auseinandergesetzt. Obwohl sie keine Kunsttherapeutin ist, integriert sie in ihre Methoden zur Förderung der Selbstwirksamkeit häufig Bilder. Diese sollen entweder imaginiert oder auch real gestaltet werden. Dabei betont sie, dass es mehr um den Prozess der Bildentstehung geht, als um ein besonders kunstvolles Ergebnis in Form eines schönen Werkes (Barouti 2018, S. 95).

Ihre Leitlinien zur Förderung der Selbstwirksamkeit ähneln denen der Kunsttherapie und lauten folgendermaßen (Barouti 2018, S. 121):

- Kinder sollen sich mit ihren Ängsten und Problemen ernst genommen fühlen.
- Es ist wichtiger, einzelne kleine Fortschritte zu loben, als das Endergebnis.
- Der Fokus wird auf all das gelenkt, was gelingt, nicht aber auf Nicht Gelingendes.
- Es ist wichtig, dem Kind etwas zuzutrauen und ihm das authentisch zu vermitteln.
- Das Kind soll im Probieren und Experimentieren gefördert werden, Anleitungen sollen gering gehalten werden.
- Kinder sollen lernen, sich erreichbare, aber herausfordernde Ziele zu setzen.
- Ein gleichbleibender Rahmen soll Sicherheit vermitteln.
- Das Kind soll Respekt und Achtsamkeit für seine individuelle Herangehensweise erfahren.
- Die begleitende Person soll selbst ein Vorbild punkto Selbstwirksamkeit sein.

5.7.2 Wechselwirkungen zwischen Kunsttherapie und Selbstkonzept

Bevor dediziert auf die Wirkungen von Kunsttherapie auf die Selbstwirksamkeit eingegangen wird, werden ihre Effekte auf das Selbstkonzept generell beleuchtet. Dazu finden sich in der Literatur vielfach Hinweise auf einen positiven Einfluss kunsttherapeutischer Methoden auf unterschiedliche Bereiche des Selbst.

Kunsttherapie zeichnet sich dadurch aus, dass sie Menschen mit verschiedenen Ebenen des eigenen Selbst in Kontakt bringt (Wieland 2003, S. 12). Dadurch dass wir Menschen das jeweils verwendete Material (Papier, Ton, Kreide, Stein,...) fühlen,

riechen, betasten, formen und gestalten können, werden Reaktionen auf verschiedenen Ebenen ausgelöst. Im Gestalten entsteht ein inniger Kontakt mit dem eigenen psychischen Erleben. So gerät der/die Gestaltende in eine innere Bewegtheit, die wiederum während des Gestaltungsprozesses im Material ausgedrückt wird. In diesem Prozess kommt der jeweilige Mensch wieder näher zu sich selbst (Wieland 2003, S. 12).

Diese Annäherung an das eigene Selbst passiert in mehrerlei Hinsicht: Es entsteht in der Gegenwart, zeigt in die Vergangenheit und führt in die Zukunft. Kreatives Gestalten regt zukünftiges Gestalten an, der Mensch gerät förmlich in einen Fluss des schöpferischen-seelischen Prozesses. Ein jedes Werk hat einen Bezug zu sich selbst in seiner gegenwärtigen Situation (Wieland 2003, S. 14).

Der Transfer einer Gestaltung in das Selbstkonzept geschieht insofern, als diese ausgiebig betrachtet und ihr Entstehungsprozess reflektiert wird. So können auch unbewusste Impulse, Gefühle oder Wünsche zugänglich gemacht und anschließend ins Selbstkonzept integriert werden. Zudem können neue Lösungsstrategien gefahrlos ausprobiert und erprobt werden (Wieland 2003, S. 13). So fördert Kunsttherapie auch die Selbst- und Fremdwahrnehmung (Wieland 2003, S. 13).

Malen und Gestalten ist mit Freude verbunden und bietet sich daher als Therapiemethode an, wenn Menschen seelisch verwundet sind. Die dabei empfundene Freude wirkt sich positiv auf das Selbstvertrauen aus und fördert eine positive Lebenseinstellung. Im Malprozess können sich Menschen förmlich versenken, Gedankenkarusselle werden gestoppt. Ein *tiefes inneres Wissen* steigt auf und formt den Gestaltungsprozess, der eine eigene Sprache spricht. Voraussetzung für dieses Versinken ist, dass jeglicher Leistungsanspruch dabei unterlassen wird (Schottenloher 1983, S. 10).

Kunsttherapeutisches Gestalten stärkt sämtliche Funktionen des Selbst (Wieland 2003, S. 15). Die Erfahrung, mit den eigenen Händen etwas erschaffen zu können, hebt den Selbstwert und das Selbstvertrauen, die Erfahrung des Formen und Gestalten Könnens steigert das Vertrauen, auch das eigene Leben aktiv gestalten und formen zu können (Wieland 2003, S. 16), (Thomas 1996, S. 27). Nebenbei werden auch Kreativität und Spontaneität gefördert (Thomas 1996, S. 27).

Im Gestalten kommt es zu einem Hineinspüren. Einmal Gemaltes oder Geformtes bleibt veränderbar. Farben können verwischt werden, Ton kann verformt, Papier geschnitten und geklebt oder erneut übermalt werden. Immer wieder tauchen neue Gestaltungslösungen auf und müssen untereinander abgewogen werden. Dieser Integrationsprozess stärkt die Funktionen des Ich (Wieland 2003, S. 16).

Darüber hinaus werden die Ich - Funktionen auch auf handwerklicher Ebene gestärkt. Es braucht Überwindung und Mut, den ersten Strich auf ein leeres Blatt Papier zu setzen oder in einen Stein zu schlagen. Jedes Material schafft Möglichkeiten und Grenzen. Es ist ein Lernprozess die Ressourcen zu nutzen und die Grenzen zu akzeptieren. Wenn jemand längerfristig an einem Werkstück arbeitet, erfährt er, dass es zielführend ist vorausschauend zu arbeiten. Auch erleben viele eine Form von Anspannung, wenn Erfolg nicht zugleich sichtbar ist. So werden Ausdauer, Konzentration und Durchhaltevermögen gestärkt (Wieland 2003, S. 16).

Wird im Rahmen des Gestaltens ein Missgeschick erlebt, etwa wenn ein Stück eines Steines abbricht oder Farben ungewollt verfließen, so wird die Fähigkeit gefördert, dieses Missgeschick zu integrieren, um das Werk dennoch zu vollenden. Dies stärkt die Frustrationstoleranz und zeigt, dass eigentliche Missgeschicke neue Kunstwerke und Leistungen ermöglichen (Wieland 2003, S. 16).

Auch Merzen betont, dass es oberstes Ziel der Ausdrucksmalerei ist, die Kreativität zu fördern und den Selbstwert zu steigern. Dies geschieht etwa in den Malatelieres nach A. Stern oder B. Egger (Menzen 2013, S. 303).

5.7.3 Selbstwirksamkeit in der Kunsttherapie

Barouti empfiehlt explizit die Arbeit mit Bildern zu nutzen, um das Selbstwirksamkeitsgefühl zu stärken. Bilder sind direkt mit Emotionen verknüpft und spielen eine bedeutende Rolle in der Schaffung neuer Verknüpfungen sowie gewollter Änderungen bereits bestehender, im Gehirn. Dabei macht das Gehirn keinen Unterschied, ob ein Bild tatsächlich vorhanden oder nur imaginiert ist (Barouti 2018, S. 31).

Zahlreiche kunsttherapeutische Studien legen nahe, dass Kunsttherapie einen positiven Einfluss auf das Selbstwirksamkeitsgefühl der Teilnehmenden hat (M. Betz 2019, S. 85). Auch der ÖBKT betont, dass der kunsttherapeutische Ablauf das Selbstwertgefühl verbessert und die Lebensaktivität steigert (Öbkt 2021).

Bislang gibt es nur einige wenige Forschungsarbeiten, die den Zusammenhang von Kunsttherapie und konkret der Selbstwirksamkeit behandeln. Beide hier Vorgestellten belegen einen nicht unbeachtlichen Effekt auf die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden, der zudem nachhaltig ist. Jedoch, bei nicht vorliegender Repräsentativität der Stichproben, sind diese beiden Studien als Ausgangspunkt für weitere nötige Forschungsarbeiten zu sehen, nicht als gesicherter Beleg.

Studie Projekt Lebenskünstler

Betz evaluierte das kunsttherapeutische Projekt Lebenskünstler in Freiburg anhand qualitativer Interviews auf dessen positive Wirkung auf die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden (M. Betz 2019, S. 81). Das Projekt richtete sich an Menschen in prekären Lebenssituationen, die Interesse an Kunst und an vielfältigen Ausdrucksmöglichkeiten haben (M. Betz 2019, S. 83). Erhoben wurde (mit nicht repräsentativer Stichprobe) der Grad selbstwirksamer Gefühle vor, während und nach der künstlerischen Betätigung.

Es konnte gezeigt werden, dass während des kunsttherapeutischen Angebots der weitaus höchste Wert an Selbstwirksamkeitsgefühl erreicht wird. Gleichzeitig gab keine einzige Person an, während der Aktivität, ein niedriges Selbstwirksamkeitsgefühl erlebt zu haben. Es konnte jedenfalls bestätigt werden, dass kunsttherapeutische Aktivitäten die Selbstwirksamkeitserwartung steigern (M. Betz 2019, S. 88).

Des Weiteren kann aus den Ergebnissen auf eine Nachhaltigkeit des Angebots geschlossen werden. Es wird sehr plausibel dargestellt, dass sich die erlebte hohe Selbstwirksamkeit in der Projektsituation auch auf den Alltag übertragen und generalisieren lässt, als diese u.a. auf bewältigende Lösungsstrategien von Herausforderungen basiert und so besonders langanhaltend über die Situation in den Alltag hinein weiterwirkt (M. Betz 2019, S. 88). In der künstlerischen Arbeit müssen immer wieder neue Lösungswege gesucht werden. In diesem Sinne ändert die gestaltende Person flexibel ihre mentale Einstellung, sodass das aktuelle Problem im Gestaltungsprozess nicht als unüberwindbares Hindernis, sondern vielmehr als vorübergehende Schwierigkeit und als Lernerfahrung kodiert wird (Fritsche 2016) zit.n. (M. Betz 2019, S. 86).

Wenn eine Person davon überzeugt ist, über Fähigkeiten zu verfügen, mit denen sich auftretende Herausforderungen meistern lassen, wird sie mit großer Wahrscheinlichkeit vor schwierigen Situationen nicht zurückschrecken und sich nicht entmutigen lassen (M. Betz 2019, S. 89).

Eine erfolgreiche Strategie zur Bewältigung von Herausforderungen, die Studienteilnehmer/-innen vielfach erwarben, war zwischenzeitlich Abstand vom Werk zu suchen, im Vertrauen, dass in der Zwischenzeit eine neue Lösungsidee entstehen kann. Dies erfordert einerseits ein gewisses Maß an Frustrationstoleranz als auch ein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (M. Betz 2019, S. 90).

Studie stationäre Kunsttherapie

Auch eine nicht näher beschriebene Studie von Dennstedt zur Wirksamkeit von Kunsttherapie im stationären Kontext zeigt auf, dass Kunsttherapie die Selbstwirksamkeitserwartung steigert. Zudem erwarben Patientinnen/Patienten durch kunsttherapeutische Begleitung eine neue Haltung bezüglich ihres Krankheitsbilds und lernten neue Ressourcen und Einstellungen kennen. Beispiele sind etwa das Erkennen der Notwendigkeit von Eigenverantwortung, um wichtige Änderungen im Leben vorzunehmen.

Nach sechs Monaten wies die Testgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant bessere Werte in den Bereichen Selbstmanagement, Bewältigung von schwierigen Situationen, Selbstwirksamkeitserwartung und Sinnerfüllung auf. Diese Studie belegt die Steigerung der Resilienz durch Kunsttherapie (Menzen 2018, S. 118).

6. KUNSTTHERAPIE MIT LEGASTHENIEBETROFFENEN

6.1 *Argumente für Kunsttherapie bei Legasthenie*

Die Kunsttherapie ist bislang nicht einmal ein Randphänomen in der Therapie von legasthenen Menschen. Suchodoletz befragte 300 Fachleute, die sich mit Legasthenie beschäftigen, über die Verbreitung von unterschiedlichen, überwiegend alternativen, Therapiemethoden in Deutschland. Weder Kunst- noch Musik- oder Gestaltungs-therapie wurden dabei erwähnt. Da Suchodoletz versucht, eine möglichst umfassende Sammlung dieser Therapiemethoden zu erstellen, ist daraus zu schließen, dass Kunsttherapie derzeit keine bekannte alternative Therapiemethode ist (Suchodoletz 2006c, S. 20).

Suchodoletz selbst jedoch bezeichnet seine Erkenntnisse als vorläufig und trotz aller Wissenschaftlichkeit subjektiv, und keinesfalls endgültig. Es können jederzeit neue Erkenntnisse zur Behandlung von Legasthenie gewonnen werden (Suchodoletz 2006b, S. 280).

Thomas meint, Kunsttherapie könne auch abseits der bereits etablierten Bereiche wie Onkologie, Psychosomatik, Menschen mit Beeinträchtigungen, in beinahe allen Bereichen der Medizin gewinnbringend eingesetzt werden (Thomas 1996, S. 34). Die Teilleistungsstörung Legasthenie ist im ICD 10 klassifiziert und ein Bereich der Medizin.

Aus Sicht der Kunsttherapie ist nach den bereits geschilderten Erkenntnissen von Suchodoletz und anderen (auch wenn die Kunsttherapie dabei nicht namentlich erwähnt wird), zu schließen, dass es bei einer Therapie nicht allein darauf ankommt, ob tatsächlich eine messbare Verbesserung der Lese- Rechtschreibleistung eintritt. Diese könnte wiederum durchaus indirekt durch Stärkung des Selbstwerts, Entspannung der familiären Situation und ähnlichen Faktoren maßgeblich dazu beitragen, dass sich die Problematik der Legasthenie bessert. Insofern richtet Suchodoletz auch einen Appell an Therapeutinnen und Therapeuten bereits etablierter Ansätze, sich gut über neue Methoden und Theorien und deren Anbieter zu informieren, und stets

offen zu bleiben und zu hinterfragen, ob der eigene Therapieansatz alleine der richtige für das Kind/die Familie/die jeweilige Situation ist (Suchodoletz 2006c, S. 31).

Die Hoffnung ist groß, dass insbesondere Kinder, die in ihrer emotionalen Entwicklung beeinträchtigt worden sind und so zu neurotischem Lösungsverhalten in Form von Symptomen neigen, durch kreative Prozesse neue, positive Lösungswege finden können. Dies wird auch dadurch erleichtert, dass Kinder im Vergleich zu Erwachsenen häufig noch einen spontanen Zugang zum kreativen Ausdrücken haben. Energie, die an ungelöste Konflikte gebunden ist, kann mit Hilfe der kreativen Therapie und des künstlerischen Prozesses frei bekommen werden. In diesem gelungenen Fall von Therapie, ist es für die Betroffenen nicht mehr nötig, Symptome zu zeigen (Schottenloher 1983, S. 136). In diesem Sinne kann angenommen werden, dass Kunsttherapie Legasthenikerinnen/Legasthenikern mit Kompensation in Form von Sekundärsymptomen dabei unterstützen kann, alternative Lösungswege zu entdecken.

Kramer schreibt, dass sich Kunst als Therapie v.a. für Kinder, die in irgendeiner Form auffällig sind, eignet. Konkreter erwähnt sie Kommunikationsschwierigkeiten, Lernschwäche, Verhaltensauffälligkeiten und Labilität. Diese stellen nicht unbedingt eine pathologische Störung dar, sind aber v.a. allem im pädagogischen Bereich alltäglich anzutreffen. So fasst sie auch die Zielgruppe für Kunsttherapie weit (Kramer 2003, S. 28).

Menzen erwähnt in seinem Lehrbuch auch das Arbeitsfeld der Kunsttherapie mit teilleistungsgestörten und behinderten Menschen. Er geht dabei jedoch nicht näher darauf ein, welche Teilleistungsstörungen damit gemeint sind (Menzen 2013, S. 134). Allerdings lässt sich daraus schließen, dass kunsttherapeutische Methoden, die für Menschen mit Beeinträchtigung geeignet sind, auch für Menschen mit Teilleistungsstörungen (und damit ist auch die Teilleistungsstörung Legasthenie umfasst) hilfreich sind. Dazu Mentzen: *„Die Kunsttherapie orientiert sich in diesem Arbeitsfeld gleichermaßen [sic!] an den beziehungsanalytischen, wahrnehmungstheoretischen, an den basal-ästhetischen wie an den neurologisch fundierten Stimulationstheorien.“* (Menzen 2013, S. 134)

Egger betont, dass schöpferische Kräfte Mittel zum Lernen sind und das intellektuelle Lernen fördern und bereichern können. Menschen mit einer Beeinträchtigung (oder auch Teilleistungsschwäche) profitieren besonders von Kreativität, um ihr Defizit in einem Bereich kompensieren zu können. Wenn nicht alle notwendigen Lebensaufgaben befriedigend erledigt werden können - und Lesen und Schreiben sind derartige Lebensaufgaben - ist Kreativität besonders von Nöten. Kreativität ist dabei eine Fähigkeit, die alle Menschen besitzen, die aber wie ein Muskel, trainiert werden muss.

Förderung von Kreativität ist demnach für Personen mit Beeinträchtigungen höchst indiziert (Egger 1982, S. 124).

Lüscher, die in Zürich in schulinternen und externen Malateliers arbeitet, betont, dass Malarbeit präventiv hilft und so dazu beiträgt, später sonst notwendige, teurere Einzeltherapien zu verhindern. Das Wort Therapie verwendet sie in der Schule absichtlich nicht. Dadurch soll allen Kindern Zugang zum Malatelier ermöglicht werden, unabhängig von eventuellen Diagnosen oder vorhandener Vorbehalte der Erziehungsberechtigten. *„Niemand braucht krank oder behindert zu sein, um malen zu dürfen.“* (Lüscher 2003, S. 67)

Kinder, die Defizite im sprachlichen Bereich oder in der Intelligenz haben, können besonders von Kunsttherapie profitieren, da sie sich in den gemalten Bildern nicht wie sonst üblich, als schwach, sondern als stark und selbstbewusst, wahrnehmen (Lüscher 2003, S. 73). Kinder mit Legasthenie werden hier zwar nicht extra erwähnt, jedoch liegt bei vielen klar eine Schwierigkeit im schriftsprachlichen Bereich, kombiniert mit schlechten Schulleistungen, vor und so sind sie von dieser Empfehlung, Kunsttherapie zu machen, inbegriffen.

Auch das Feedback von Eltern, Lehr- und Hortpersonal bestätigt klar, dass das Angebot eines Malateliers im Setting Schule eine wichtige prophylaktische Funktion hat. Kinder werden dabei ganzheitlich und auf liebevolle Weise gefördert und begleitet (Lüscher 2003, S. 73).

Bröcher, der sich mit Kunsttherapie in der Grund- und Sonderschule beschäftigt, befürwortet die Integration von Kunsttherapie in Form von im Stundenplan verankerten fixen Förderstunden in den Schulalltag (Bröcher 1999, S. 207).

Schottenloher versteht Kunsttherapie generell als Möglichkeit, aus Teufelskreisen auszubrechen. Kinder, die unter emotionalen Schwierigkeiten leiden, sind mitunter bis zum Platzen voll mit widersprüchlichen Gefühlsregungen. In dieser Unausgewogenheit fällt es ihnen zumeist schwer, adäquate Ausdrucksformen zu finden. Werden aber keine oder unpassende, kompensierende Ausdrucksformen gefunden, so führt dies in einen Teufelskreis (Schottenloher 1983, S. 42). Dass derartige Teufelskreise bei vielen Kindern mit Legasthenie entstehen wurde bereits erörtert. So gesehen ist anzunehmen, dass diese Methode, auch wenn sie sich nicht direkt auf Legasthenikerinnen und Legastheniker bezieht, auch bei Kindern hilfreich ist, die u.a. wegen einer legasthenen Problematik in einen solchen Teufelskreis geraten. Kunsttherapie vermittelt ihnen ein Werkzeug, das Selbstheilung und Selbstbefriedigung fördert und aus Ohnmacht herausführt (Schottenloher 1983, S. 42).

Ein Argument für Kunsttherapie mit Legastheniebetreffenden ist auch, dass sich zeichnerische Arbeit v.a. mit Linien positiv auf Denkprozesse und die Konzentration auswirkt. Geradliniges Zeichnen vermittelt Klarheit und kann Menschen mit Konzentrations- und Lernproblemen unterstützen (Leutkart 2003, S. 28).

6.2 Gestaltungstherapie im Rahmen des Essener Modells

Betz und Breuninger entwickelten im Rahmen des bereits im Kapitel 4.3.1 geschilderten Essener Modells eine gestaltungstherapeutische Gruppe als eine Form alternativer psychologischer Gruppentherapie. Diese Gruppen fanden in einer als Werkstatt umgebauten Garage statt. Die Kinder konnten dort u.a. mit Ton, Speckstein, Keramik und Farben experimentieren (D. Betz und Breuninger 1998, S. 73).

Diese gestaltungstherapeutische Gruppe wurde entwickelt, um im Vergleich zu den herkömmlichen psychologischen Gruppen, v.a. sozial unsichere, sprachlich gehemmte, motorisch unruhige und am kreativen Gestalten interessierte Schüler/-innen besonders ansprechen zu können. Betz und Breuninger evaluierten die Vorteile gegenüber den herkömmlichen Gruppen. Auffällig war, dass Teilnehmer/-innen sich sehr rasch in der Werkstatt wohlfühlten, dieses außerschulische Angebot attraktiv wahrnahmen und so in Folge gut annehmen konnten (D. Betz und Breuninger 1998, S. 74).

Die Beschäftigung im Tun entkrampft das Verhalten in sozialen Beziehungen. Der Hauptfokus liegt am Gestalten eines Gegenstandes, Kommunikation passiert nebenbei sowie der Aufbau einer positiven Beziehung zur Leiterin/zum Leiter. Die Therapeutin/der Therapeut nimmt den Gestaltungsprozess als persönlichen Ausdruck des gestaltenden Kindes wahr und anerkennt seine Leistung dabei. So kommt es rasch zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls, das auch durch die Anerkennung der weiteren Gruppenmitglieder gestärkt wird. Des weiteren wird Zugehörigkeit zur Gruppe entwickelt (D. Betz und Breuninger 1998, S. 74).

Als weiterer Vorteil wird aufgezeigt, dass die Therapeutin/der Therapeut in Gestaltungsgruppen besser individuell auf Bedürfnisse und Gegebenheiten reagieren kann als in einer Therapie mit Gruppenspielen. Auch ist es einfacher möglich, etwaige Unruhe- oder Aggressionsgefühle unmittelbar im Werkraum auszuleben. Die Therapeutin/der Therapeut kann so, die Gruppe störende Einflüsse, besser kanalisieren als bei herkömmlichen Gruppentherapien. Zusätzlich eignet sich eine Gestaltungstherapie für die die Behandlung der Themen in Bezug auf die negative Lernstruktur

wie Anspruch, Misserfolg, Kränkung, Erklärung, Kompensation und Vermeidung ähnlich gut (D. Betz und Breuninger 1998, S. 209).

Betz und Breuninger adaptierten das Modell ein weiteres Mal auf eine parallel laufende Gestaltungs- und Lerntherapie, die zwei Gruppenleiter/-innen erfordert. Die Schüler/-innen sollen dabei befähigt werden, selbst einzuschätzen, wann sie zum Schritt in die Lerngruppe bereit sind. Ebenso wichtig ist es wahrzunehmen, wann ein sinnvolles Lernen gerade nicht möglich ist. In diesem Fall ist eine Gestaltungsgruppe ein sinnvolles Alternativangebot zur Lerngruppe (D. Betz und Breuninger 1998, S. 268).

Betz und Breuninger verdeutlichen ihre Erkenntnisse anhand zweier unterschiedlicher Fallgeschichten, bei denen sie Gestaltungstherapie, als die Lerntherapie vorbereitende psychologische Methode der Wahl, befürwortet haben. Diese werden in Folge geschildert.

Karsten hat eine sehr geringe Frustrationstoleranz. Mit seiner Problematik Legasthenie möchte er sich nicht auseinandersetzen, weil dies eine Schwäche darstellen würde. In der Gestaltungsgruppe erlebt er vorübergehende Misserfolge, wobei es ihm im kreativen Gestalten meist gelingt, diese in etwas Positives zu wandeln. Durch die dabei erlebten Erfolge und die Erfahrung, dass Misserfolge nicht unbedingt Schwäche darstellen, sondern zum Leben gehören, steigt sein Selbstwertgefühl. Man kann auch sagen, Karsten erlebt in der Kunsttherapie Selbstwirksamkeit, weil er dort gestellte Herausforderungen meistern kann (D. Betz und Breuninger 1998, S. 74).

Auch im Fall Sebastian wird eine Gestaltungstherapie als Therapiemethode der Wahl erwogen. Sebastian ist handwerklich sehr geschickt und interessiert. Er leidet unter Schulangst und einer Lern- und Leistungsstörung. Durch die Orientierung an seinen Ressourcen und Stärken sollen Erfolge im Gestalterischen quasi zwangsläufig eintreten. Der so gestärkte Selbstwert und die erlebte Selbstwirksamkeit werden ihm dabei helfen, seine Angst vor dem Versagen zu überwinden und sich dem Training des Lesens und Schreibens zu stellen (D. Betz und Breuninger 1998, S. 79).

Dennoch wird betont, dass es längerfristig gesehen förderlich ist, wenn der Therapieerfolg im weiteren Sinne irgendetwas mit lesen und schreiben zu tun hat (D. Betz und Breuninger 1998, S. 51).

6.3 Konzept Kunsttherapie und Legasthenie nach Masuch

Die Kunsttherapeutin Masuch entwickelte ihr Konzept zur begleitenden kunsttherapeutischen Arbeit für legasthene Kinder einerseits auf Grund persönlichen Interesses an der Thematik, und andererseits aus der Wahrnehmung eines großen Bedarfs in diesem Bereich, heraus.

Ich finde, es ist ein sehr interessantes Störungsbild, was in der Form bis jetzt sehr sehr wenig Raum bekommen hat, jedenfalls in meiner kunsttherapeutischen Ausbildung, und ja zu einer der häufigsten Entwicklungsstörungen zählt bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der hohen Prävalenzwerte. (Masuch 2021, 3:28)

Sie kritisiert verwundert, warum Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen in ihrer Ausbildung (Bachelor und Masterstudium zur Kunsttherapie) gar nicht thematisiert worden sind (Masuch 2021, 5:05) und hofft gleichzeitig auf ein steigendes Bewusstsein für das Störungsbild Legasthenie allgemein, sowie darauf dass *„auch der Bedarf immer mehr sichtbar wird für uns in künstlerischen Therapiebereich“* (Masuch 2021, 5:05) . So fragt sie zurecht:

Warum gibt es kein Bewusstsein dafür, dass ich nicht unbedingt eine Lernbehinderung haben muss, sondern dass selbst bei "nur", unter Anführungszeichen, Legasthenie Kunsttherapie schon sinnvoll anzuwenden ist? (Masuch 2021, 7:15)

In diesem Zusammenhang betont sie auch, dass ihr Konzept zusätzlich zur Legasthenie auch für Kinder mit ähnlichen Lernschwierigkeiten, wie Rechenschwäche oder Lese Rechtschreibschwäche, geeignet ist. *„Und das sind für mich drei Bereiche, die absolut nicht abgedeckt sind durch unseren Fachbereich. Ja, wo ich das nicht nachvollziehen kann.“* (Masuch 2021, 7:30)

So entwickelte sie im Sinne einer ganzheitlichen Förderung der Betroffenen folgendes Konzept zur ergänzenden Kunsttherapie bei legasthenen Kindern in Lerntherapie. Im Zentrum steht dabei das betroffene Kind als Experte für sich selbst. Die restlichen Faktoren, nämlich die Förderung in Form von Lerntherapie, die Stabilisierung in Form von Kunsttherapie, die Schule und das soziale Umfeld, arbeiten im Sinne des Kindes interdisziplinär zusammen. Folgende Graphik verdeutlicht dies (Masuch 2016, S. 29).

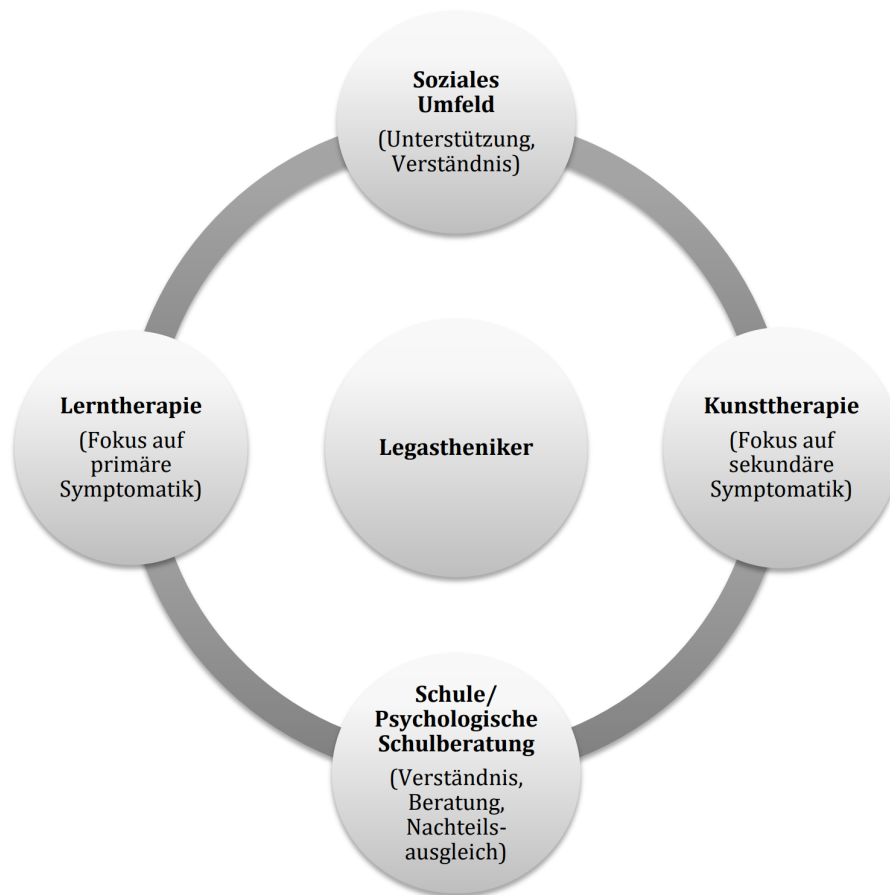


Fig. 6.1: Abbildung Konzept Kunsttherapie (Masuch 2016, S. 30)

Die Zusammenarbeit innerhalb des Systems geschieht mit Hilfe eines eigens entwickelten Anamnesebogens, in Form von Elterngesprächen und interdisziplinären Teambesprechungen (Masuch 2016, S. 37).

Die kunsttherapeutische Begleitung erfolgt aufgrund der sehr unterschiedlichen Ausgangspositionen der jeweils betroffenen Kinder ebenso wie die Lerntherapie im Einzelsetting. Hauptfokus des Konzepts ist die Stärkung des Selbstwertgefühls der teilnehmenden Kinder (Masuch 2016, S. 35).

Ziele des Konzepts sind (Masuch 2016, S. 36):

- Ressourcenaktivierung
- Entwicklung neuer Bewältigungsstrategien
- Entdecken einer individuellen künstlerischen Ausdrucksweise
- Steigerung der Lebensqualität
- Selbstsicherer Umgang mit der Beeinträchtigung Legasthenie im Alltag

- Emotionale Entlastung
- Interesse an der eigenen künstlerischen Auseinandersetzung
- Reduktion sekundärer Begleiterscheinungen der Legasthenie
- Förderung der Motivation
- Neuer Zugang zum Thema Schrift

Masuch möchte die kunsttherapeutische Arbeit in der Therapie von Kindern mit Teilleistungsstörungen wie Legasthenie nachhaltig etablieren (Masuch 2016, S. 10). Bei ihrer Argumentation dafür bezieht sie sich auf aktuelle Forschungsarbeiten aus den Bereichen Legasthenie und Kunsttherapie. Die dabei gesammelten Argumente bestärken ihre These einer Sinnhaftigkeit von begleitender Kunsttherapie bei Legasthenikerinnen/Legasthenikern.

Kunsttherapie eignet sich nach Masuch aufgrund folgender Punkte besonders für die Unterstützung legasthener Kinder:

- Viele legasthene Menschen denken überwiegend in Bildern.
- Legasthene Menschen sind häufig kreativ.
- Legasthenie geht oft mit einer Schwäche einher, Sinnesreize adäquat sortieren zu können.
- In der Arbeit mit Menschen mit Teilleistungsstörungen ist die Fokussierung auf die jeweiligen Stärken unabdingbar.
- Erfolge werden in der Kunsttherapie gut sichtbar gemacht.
- Der Selbstwert kann durch Erfolge in künstlerischen Bereichen gestärkt werden.
- Misserfolgserlebnisse können durch Erfolge kompensiert werden.
- Kunsttherapie kann ein Loslösen aus festgefahretem belastenden Umgang mit lesen und schreiben ermöglichen.
- Schrift kann als Bestandteil in der Kunsttherapie gänzlich neu erfahren werden.

Abschließend bilanziert die Autorin folgendermaßen:

dass Lern- und Kunsttherapie sich gegenseitig benötigen und ergänzen und dadurch eine ganzheitliche Arbeit im Bereich der Förderung von Legasthenikern eröffnet wird. (Masuch 2016, S. 29)

Aber es geht nur in dieser Zusammenarbeit, ja. Wie gesagt, Kunsttherapie ersetzt nicht die Lerntherapie, das ist immer ganz wichtig. (Masuch 2021, 18:26)

7. METHODEN DER KUNSTTHERAPIE BEI LEGASTHENIE

In der Kunsttherapie gibt es einen schier unermesslichen Schatz an Methoden. Die Bandbreite reicht von klassischem Malen über das Gestalten von Puppen, Modellieren aus Ton, Filzen, Knüpfen, Weben, Theaterspielen, Tanzen bis hin zu Musik und Kreativem Schreiben (*Curriculum Kunsttherapie und Pädagogik* 2021).

Aus diesem Grund ist es nicht möglich an dieser Stelle sämtliche Methoden der Kunsttherapie vorzustellen, die möglicherweise in irgendeiner Form bei der Arbeit mit legasthenen Kindern hilfreich sind. So wird lediglich ein Auszug an gesammelten Methoden, bei denen die Anwendung für die Zielgruppe besonders sinnvoll erscheint, in diesem Kapitel vorgestellt. Dabei wird einerseits berücksichtigt, Methoden aus unterschiedlichen Bereichen abzubilden, andererseits die wenigen Methoden, die bereits mit der Zielgruppe erprobt worden sind, aufzuzeigen.

Die Wahl der Therapiemethode richtet sich immer nach dem Therapieziel (Egger 1982, S. 15). Kindern macht es zumeist Spaß, neue Materialien und Techniken auszuprobieren. Diese bringen Spaß und Abwechslung und machen auch motorische und Wahrnehmungsübungen zum Erlebnis (Egger 1982, S. 63). Bei der Wahl einer Technik muss berücksichtigt werden, wie weit ein Kind körperlich und seelisch entwickelt ist. Dabei geht es einerseits um die handwerklichen Fähigkeiten, die vorhanden sein müssen, um eine Technik ausführen zu können und andererseits um die Wirkung, die eine Technik auf einen Menschen hat. Wenn Wirkung, Handwerk, Ziel und die jeweilige Person gut aufeinander abgestimmt sind, kann künstlerisches Gestalten große Entdeckungs- und Entwicklungspotentiale bieten (Egger 1982, S. 15).

Bei der Wahl der Methode ist zu beachten, dass dem Kind ein ausgeglichenes Verhältnis an fordernden und angenehmen Reizen und Herausforderungen vermittelt wird. Zu viel Unangenehmes ruft Widerstand hervor, zu viel Angenehmes verwöhnt und bietet zu wenig neue Erfahrungsmöglichkeiten (Egger 1982, S. 65).

Schottenloher verbindet in ihrer kunsttherapeutischen Praxis mit Kindern und Jugendlichen wie auch viele andere Kunsttherapeutinnen/-therapeuten, bildnerische Gestaltungsprozesse mit geleiteten Phantasiereisen, Bewegung, Atem- und Körper-

übungen und Rollenspielen. Die einzelnen Elemente gehen dabei fließend ineinander über (Schottenloher 1983, S. 12).

7.1 Methoden nach Masuch

Masuch hat für ihr Konzept der Kunsttherapie bei Legasthenie ein strukturiertes Setting sowie einen Leitfaden für die gesamte Therapiedauer entwickelt. Sie legt auch großen Wert darauf, dass die angebotenen Materialien über den gesamten Zeitraum gleich sortiert und übersichtlich in einer Ecke angeboten werden. Diese Struktur und Ordnung würde Legasthenikerinnen/Legasthenikern entgegenkommen und Reizüberflutung vorbeugen (Masuch 2016, S. 44).

Und da hab ich schon gemerkt, dass Ihnen ein ganz klarer Ablauf mit Eröffnung, also Blitzlicht ..., also Stimmungslage, dann eben das eher emotional gesteuerte kreative Tun, und dann die Reflektionsebene superwichtig war plus auch eben wenig Material, wenig Ablenkung. Eine Aufgabe, dass die Kinder dann durch diesen klar gesteckten Rahmen, sich sicher bewegen (Masuch 2021, 30:23).

Und das trägt wahrscheinlich dazu bei, dass ein Legastheniker lernt, dass es für sich selber eventuell auch wichtig ist, sich seinen Lernablauf oder seinen Arbeitsablauf zu strukturieren und nicht chaotisch zu arbeiten (Masuch 2021, 31:15).

Hauptziel der Methoden, die im Anschluss geschildert werden, ist die Stärkung von Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit (Masuch 2021, 33:34) sowie das Aufbauen einer positiven Einstellung zur eigenen Handschrift (Masuch 2016, S. 37).

7.1.1 Mein Fehlerteufel

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen "Fehlerteufel" bildet den Rahmen der kunsttherapeutischen Arbeit und ist auch Bestandteil der Lerntherapie und so den Kindern bereits bekannt (Masuch 2021, 36:19). Jedes Kind gestaltet in der ersten Stunde frei seinen individuellen Fehlerteufel und beschriftet ihn anschließend mit dem Titel. Das entstandene Bild erlaubt Einblicke in die Wahrnehmung des Kindes bezüglich seiner Rechtschreibproblematik. Die Teilleistungsschwäche wird externalisiert und ihre Auswirkungen auf das Kind und sein soziales Umfeld sichtbar (Masuch 2016, S. 39).

In der anschließenden Reflexion erfährt der/die Therapeut/-in, wie stark sich das jeweilige Kind durch seine Legasthenie beeinträchtigt fühlt. Eventuell verbildlicht das Kind seine Störung im Bild.

Interessant ist auch die Verbindung von Schrift- und Bildsprache durch die handschriftliche Betitelung. So entsteht auch eine erste Verbindung hin zum symptomorientierten Üben des Schreibens in der Lerntherapie. Auch wird betrachtet, was der Fehlerteufel über das Selbstbewusstsein des Kindes aussagt (Masuch 2016, S. 47). „Die Bilder waren wirklich beängstigend, teilweise für die Kinder.“ (Masuch 2021, 39:18) Gleichzeitig geht es dabei darum, mit dem Kind gemeinsam einen Weg zu finden, gut damit umzugehen, „wenn der sich wieder einschleicht.“ (Masuch 2021, 38:17)

In der letzten Stunde wird der Fehlerteufel ein zweites Mal gestaltet. Die beiden entstandenen Teufel werden nebeneinander gelegt. So wird eine Entwicklung über die Therapiezeit sichtbar. In der abschließenden Reflexion reflektiert der/die Therapeut/-in mit dem Kind, inwieweit sich Bewältigungsstrategien im Umgang mit dem Handicap Legasthenie verändert haben (Masuch 2016, S. 42).

Und der hat sich ja verändert im Vergleich zum Anfang, zum Ende hin. Ja, wo du merkst, dass ein anderer Umgang mit dem. Der (der Fehlerteufel) ist einfach dabei, aber er belastet mich vielleicht nicht mehr, oder ist nicht mehr so groß, oder nicht mehr so angsteinflößend. (Masuch 2021, 36:19)

7.1.2 Arbeit mit Reizwörtern

Als zweites Modul adaptierte Masuch eine Methode von Grätz. Dabei werden 13 emotionsbezogene Begriffe (Wut, Angst, Hass, Verzeihung, Zuneigung, Eifersucht, Verzweiflung, Widerstand, Sehnsucht, Geborgenheit, Angriff, Einsamkeit, eine frei gewählte Emotion) sowie die drei Kategorien Familie, Schule und Freizeit, in Form von Reizwortkärtchen vorgegeben. Das Kind wird aufgefordert zu jedem Kärtchen spontan ein Bild zu malen bzw. zu kritzeln und den Begriff dazu zu schreiben. Anschließend werden die Bilder von der Aussagekraft her sortiert und den Kategorien Familie, Schule und Freizeit zugeordnet. So entsteht ein Eindruck, ob die jeweiligen bedeutenden Lebensbereiche des Kindes vorwiegend positiv oder negativ assoziiert werden (Masuch 2016, S. 50), (Masuch 2021, 40:47).

Interessant ist auch wiederum die Verbindung von Bild- und Schriftsprache und gleichzeitig der kognitiven und emotionalen Ebene. Sagen sie dasselbe aus oder

weicht eines vom anderen ab? Des Weiteren kann beobachtet und reflektiert werden, wie das Kind mit Rechtschreibfehlern umgeht und welche Emotionen es dabei zeigt. So gewinnt der/die Therapeut/-in rasch Einblick, inwieweit ein Kind belastet ist, und wenn, in welchem Bereich die Belastung am stärksten ist (Masuch 2016, S. 47).

7.1.3 Ressourcenbilder

Ressourcenorientierte Bilder sind elementarer Bestandteil einer jeden Kunsttherapie. Wie in Kapitel 5.4.1. geschildert weisen sämtliche dort zitierte Kunsttherapeutinnen/Kunsttherapeuten auf die Ressourcenorientierung der kunsttherapeutischen Arbeit hin. In der Kunsttherapie findet das Kind einen Raum frei zu experimentieren und sich auszudrücken, ohne dabei von Dritten korrigiert oder bewertet zu werden. Hilfreiche Themen lenken dabei die Aufmerksamkeit auf die Stärken des jeweiligen Kindes und reichen von *"Ich als Baum oder Tier"*, über *"Meine Hobbies"* bis hin zu *"mein Wohlfühlort"* (Masuch 2016, S. 52).

Masuch setzt Ressourcenbilder auch bewusst als Kontrast zum Fehlerteufel ein. Ein Stärketier kann gemalt oder plastisch gestaltet werden. *„Das Stärkentier, das setze ich mir jetzt wirklich auf meinen Schreibtisch. Ja, das stärkende Ressourcentier für mich, das eben gegen diesen Teufel unter Anführungszeichen kämpft.“* (Masuch 2021, 39:18)

7.1.4 Stimmungsbilder oder die Wut aus dem Bauch herausmalen

Stimmungsbilder verdeutlichen die aktuelle Stimmung des Kindes und seinen Umgang mit der Teilleistungsstörung. Oft geht es auch einfach darum, negative Emotionen wie Wut ohne Schädigung Dritter abzulassen, bevor weitergearbeitet oder gelernt werden kann. *„um wirklich diese Wut einfach mal kurz raus zu lassen und dann sagen, so jetzt ist es hier auf dem Bild und jetzt können wir neu starten.“* (Masuch 2021, 40:47)

Masuch bezieht sich dabei auf die Methode der Kritzelbilder nach Kramer, bei denen im Stehen mit geschlossenen Augen und mit beiden Händen kräftig mit je einem Wachsmalstift auf ein großes Blatt Papier frei gekritzelt wird (Masuch 2016, S. 53). Dabei können Kinder angstfrei ihr inneres Selbst ausdrücken (Oaklander 2007, S. 55).

Ähnlich argumentiert auch Schottenloher. Oft ist es notwendig, vor dem Lernen, erst einmal starke Emotionen wie Wut zuzulassen, um diese in einem zweiten Schritt

gefahrlos ausleben zu dürfen. Über das Malen in Form von atemgeleiteten Malbewegungen können Kinder lernen, mit Emotionen wie beispielsweise Wut umzugehen, ohne sie zu verdrängen oder destruktiv auszuleben. Wut lässt sich im Einzelsetting oder auch in der Gruppe wunderbar gestalterisch bewältigen. Dabei unterstützt auch die Integration des bewussten Atmens, sodass die Wut etwa bei jedem Ausatmen herausfließen kann (Schottenloher 1983, S. 43). Die Kinder erleben, dass sie der Emotion nicht hilflos ausgeliefert sind, sondern diese mit Hilfe von Stimme, Bewegung und Form ausdrücken können. Das eigentlich Heilsame dabei ist nicht das Abreagieren selbst, sondern das anschließende befreiende Gefühl, das neue Lösungswege ermöglicht (Schottenloher 1983, S. 46).

7.1.5 Skizzentagebuch

In der dritten Therapiestunde bekommt jedes Kind von Masuch ein Tagebuch mit nach Hause. So soll die künstlerische und emotionsregulierende Beschäftigung in Form einer Hausübung in den Alltag des Kindes integriert werden. Das Kind entscheidet welches Heft gewählt wird, wann und wie oft es mit welchen Materialien darin malt, schreibt oder kritzelt. Das Tagebuch soll auch den oft belastenden Prozess der Hausübungszeit begleiten, sodass darin Frust, Angst, Motivationslosigkeit und andere Emotionen, aber auch kleine Fortschritte beim Lernen festgehalten werden können (Masuch 2016, S. 41).

Da habe ich die Erfahrung gemacht, dass dieses Skizzentagebuch denen sehr geholfen hat. Das hatten die Kinder auch in der Schule dabei. Und da habe sie einfach so Gedanken, Sätze reingeschrieben oder auch einfach mal nur gekritzelt und die Wut oder die Aggression, die ja auch oft da ist, wenn man was nicht kann, rausgelassen. Und dann hab ich das Heft zugemacht und es war okay. (Masuch 2021, 18:52)

Am Anfang der nächsten Stunde sieht das Kind das Tagebuch gemeinsam mit der Therapeutin/dem Therapeuten durch und bespricht, wie es ihm während der Woche gegangen ist. So bekommt er/sie Einblick in das alltägliche Leben des Kindes und die Familiensituation. „Und mit dem hab ich dann auch immer wieder gestartet in den Stunden. Hab mir das einfach angeguckt und unbedingt gefragt: Was war denn die Woche bei dir Thema?“ (Masuch 2021, 18:52) . Anhand dieser Eindrücke kann der/die Therapeut/-in die Stunde planen (Masuch 2016, S. 41).

7.1.6 Reflexionskärtchen und Abschlussgestaltung

Jede Therapiestunde endet damit, dass sowohl das Kind als auch die Therapeutin vier Begriffe als Reflexion auf kleine Kärtchen schreiben. Diese Kärtchen werden gesammelt und in der vorletzten Stunde hervorgeholt. Das Kind soll dann aus den Kärtchen eine abschließende Gestaltung kreieren. Diese soll den Prozess und seine damit einhergehenden Veränderungen, etwa im Selbst, verbildlichen (Masuch 2016, S. 57).

Die laufende Reflexion in Form von Kärtchen schafft ein Ritual, in dem der Schriftsprache spielerisch eine herausragende Funktion zukommt. Außerdem wird Reflektionsvermögen geschult. Schön ist, dass aus all diesen handschriftlichen Kärtchen (vermutlich inklusive Rechtschreibfehlern), dennoch ein Gesamtkunstwerk entstehen kann (Masuch 2016, S. 48).

7.1.7 Schriftsprachlichkeit in der Kunsttherapie mit Legasthenikerinnen/Legasthenikern

Masuch räumt der eigenen Handschrift bewusst einen großen Stellenwert in ihrer kunsttherapeutischen Tätigkeit mit legasthenen Kindern ein. Im Interview erzählt sie, dass, wenn sie das Projekt adaptieren bzw. wiederholen könnte, sie noch mehr Fokus auch die Vereinigung von Schrift- und Bildebene innerhalb eines Werkes, legen würde (Masuch 2021, 44:45).

Gleichzeitig betont sie, dass der Zugang zur Handschrift, und somit auch zur Rechtschreibung, für die Kinder ein neuer ist, der sich von ihren Erlebnissen in Schule und Lerntherapie unterscheidet.

Und dass dadurch dieser Zugang zu dieser, meiner eigenen Schrift, meine eigene Spur auf der Schriftebene zu hinterlassen, eben ganz anders erlebt worden ist, auch selbstwirksam erlebt worden ist. (Masuch 2021, 26:14)

Kinder erleben sich also selbstwirksam, wenn sie erfahren, dass sie sich trotz Legasthenie sehr wohl schriftlich ausdrücken können. Richtige Rechtschreibung spielt dabei eine untergeordnete Rolle und Masuch würde während der Gestaltungsphase von sich aus keinesfalls auf etwaige Rechtschreibfehler hinweisen (Masuch 2021, 28:22). Gleichzeitig ist es aber dennoch auch Ziel der kunsttherapeutischen Arbeit „dass das Kind selber das Bedürfnis findet, richtig zu schreiben.“ (Masuch 2021, 29:18)

Ich würde das Kind erstmal da drinnen lassen und arbeiten. ...an den Aspekten eben der eigenen Ressourcenaktivierung, der Selbstwirksamkeit,

dem Erleben von Freude, Reduzierung von Stress. Die kommen ja sehr belastet, sehr unter Druck, sehr unter Stress, und ich würde dann, je nachdem wie die Beziehung auch ist, nach den ersten Stunden gucken, kann ich es drauf hinweisen. Viele Kinder möchten es ja richtig machen und freuen sich, wenn sie sagen: "Oh, ich hab da ein "h" vergessen oder ich hab das verdreht," und fangen dann an, darauf spielerisch eben zu agieren. (Masuch 2021, 28:22)

7.2 Methoden aus dem Essener Modell

Im Essener Modell nach Betz und Breuninger werden u.a. auch Methoden der Gestaltungstherapie verwendet, sowie Methoden, die mit dieser verwandt sind und auch in der Kunsttherapie eingesetzt werden können. An dieser Stelle wird ein Auszug wiedergegeben. Alle hier präsentierten sind in der Arbeit mit legasthenen Kindern erprobt und evaluiert.

7.2.1 Mein Entspannungssymbol

Entspannungsübungen sind im Allgemeinen ein bedeutender Bestandteil in der Therapie mit ängstlichen, unruhigen, gestressten oder hyperaktiven Menschen. Auch in Situationen, wo besonders hohe Konzentration erforderlich ist, etwa bei Schularbeiten, können sie hilfreich sein. Daher sind sie auch häufig Bestandteil von Legasthenietherapien (D. Betz und Breuninger 1998, 207ff). Wird während einer Übung ein Zustand von Entspannung erfahren, kann dieser anschließend mit Hilfe von Zeichnungen oder Plakaten visualisiert werden. So kann das Gefühl der Entspannung quasi gespeichert und in der nächsten stressigen Situation schneller abgerufen werden.

In der psychologischen Gruppentherapie nach dem Essener Modell malen Schüler/-innen nach dem Erlernen einer Entspannungsmethode ein Plakat. Dieses Plakat soll vor die Zimmertür gehängt werden, wenn das jeweilige Kind zu Hause die Entspannungsmethode übt. So wird einerseits die familiäre Umgebung davon informiert, etwas leiser zu sein oder das Kinderzimmer nicht zu betreten. Andererseits stellt sich das Kind mit Hilfe des Plakats auf die Entspannung ein. War der Gestaltungsprozess des Plakats lustbetont (es wird geschildert, dass zumeist sehr erheiternde Plakate entstehen und die Gruppenteilnehmerinnen/-teilnehmer während des Schaffens großen Spaß erleben), so kann sich dies positiv auf das Üben der Entspannung daheim auswirken (D. Betz und Breuninger 1998, S. 226).

In einer Folgesitzung erarbeitet die Gruppenleitung mit den Kindern ein jeweils individuelles Symbol für den Entspannungsprozess. Das Symbol soll möglichst einfach sein und wird auf buntem Papier gemalt. Zu Hause wird das Symbol an einem positiv assoziierten Platz aufgehängt. Das Kind soll möglichst oft zu diesem Ort schauen und sich in ein entspanntes Gefühl versetzen. Mit Hilfe dieses Tricks lernen sich die Kinder sehr rasch in einen entspannten Zustand zu versetzen. Im späteren Verlauf reicht es, wenn sie sich das Symbol, etwa in einer Prüfungssituation, vorstellen. Viele Kinder wenden diese Methode gerne und erfolgreich an (D. Betz und Breuninger 1998, S. 230).

Ähnlich ist das Vorgehen bei einer Behandlung der Legasthenie nach NLP. Hier wird in einem ersten Schritt neben der Festlegung der Behandlungsziele, besonderer Wert auf emotionale Stabilisierung gelegt. Das Kind wird aufgefordert, eine emotional positiv behaftete Situation zu schildern und quasi, wie in einem Film, innerlich abzuspielen. Dieser innere Film soll immer dann visualisiert werden, wenn Schwierigkeiten beim Lesen oder Schreiben auftreten. So können Misserfolgserlebnisse abgeschwächt werden. Später wird das Abrufen des Films mit dem Lernen neuer Wörter kombiniert (Suchodoletz 2006a, S. 251). Interessant wäre nun, diesen inneren Film auch als Erinnerungshilfe zu malen oder ein Erinnerungszeichen dafür zu kreieren.

7.2.2 *Das Zaubermännchen*

Für legasthene Kinder ist es bedeutsam, wertzuschätzen wenn sie etwas gut bzw. richtig gemacht oder geschrieben haben. Viele Kinder haben gelernt, dass es verpönt ist, sich selbst zu loben. Darum wird in der Therapie die Instanz des Lobens auf eine externe und fiktive Instanz, das Zaubermännchen, ausgelagert. Das Zaubermännchen kann visualisiert werden. Im Bild erinnert es die- bzw. denjenigen nach erledigter Arbeit daran, was er/sie geleistet hat. Das Zaubermännchen erkennt etwa, dass ein schwieriges Wort richtig geschrieben worden ist, dass die Schriftführung schön ist oder dass sich die/der Betroffene überhaupt zur Arbeit aufgegriffen hat (D. Betz und Breuninger 1998, S. 233).

7.2.3 *Rollenspiel*

Eine Methode, die sich besonders für Kunsttherapie in der Gruppe eignet, sind Rollenspiele. Die Theorie dazu stammt aus dem Psychodrama nach Moreno.

Mit Hilfe des szenischen Spiels wird eine Konfrontation mit angstbesetzten Situationen ermöglicht. Nach dem eigentlichen Spiel wird das in der Aktionsphase Erlebte in

einer Integrationsphase intensiv aufgearbeitet. Hauptziel des Psychodramas ist es, angemessenes Handeln kreativ zu ermöglichen (Wieser und Ottomeyer 2000, 549f). Die Betroffenen fühlen sich, durch das Erlebnis, die Angstsituation ausgehalten und überstanden zu haben, nachhaltig gestärkt. Nebenbei werden auch die soziale Kompetenz durch das Erleben der anderen Gruppenteilnehmer/-innen und Teilnehmer sowie die Selbstkompetenz gestärkt (D. Betz und Breuninger 1998, S. 238).

Im Essener Modell ist das Rollenspiel „Franz traut sich nicht zu schwimmen“, in der Angstgruppe fixer Bestandteil. Die teilnehmenden Kinder versetzten sich in die Situation von Franz, der aufgrund einer negativen Kindheitserfahrung mit Wasser, nicht schwimmen gehen möchte. Die einzelnen Szenen werden gemeinsam gespielt. Zwischendurch wird immer wieder angehalten, die Kinder werden aufgefordert zu erzählen, wie sich Franz fühlt und was ihm helfen könnte. Besonders gewinnbringend ist, dass die Kinder dabei in unterschiedliche Rollen schlüpfen können, also etwa in die Situation des strengen Vaters oder in die des Freundes, der einfach nicht verstehen kann, warum Franz nicht zum Schwimmen mitkommen möchte. Die Übung endet damit, dass ein Freund Franz hilft, sich seiner Angst zu stellen und das Schwimmen erlernt.

Anschließend wird dieses Rollenspiel auf die Angst vor dem Versagen in der Legasthenie und die Überwindung, richtig lesen und schreiben zu lernen, übertragen. Die Kinder erleben dabei, dass sie großes Verständnis für Franz Problem haben. Dieses Mitgefühl können sie auf sich selbst transferieren und Selbstmitgefühl entwickeln (D. Betz und Breuninger 1998, S. 238).

Das Psychodrama eignet sich auch insofern, als erlebte Konfliktsituationen nachgespielt werden können, um in Folge alternative Lösungsmuster zu entwickeln.

7.2.4 Übungen zur Stresssituation Diktat

Die psychologische Gruppentherapie nach dem Essener Modell endet mit der Erarbeitung von konstruktivem Verhalten in einer Stresssituation, die allen Legasthener/-innen nur zu gut bekannt ist, der Situation eines Diktats. Positive sowie destruktive Verhaltensweisen in der Diktatsituation werden besprochen und reflektiert. Dies reicht von einer entspannten Sitzposition und adäquater Schreibhaltung bis hin zu Strategien im Umgang mit zwischenzeitlich auftretenden Schwierigkeiten.

Jeder/jede Schüler/-in entwirft individuelle Kürzel für jeweils wichtige Bereiche, wie entspannte Arbeits- und Schreibhaltung oder aufmerksames, fokussiertes Zuhören. Ebenso werden für notwendige Pausen und unsichere Wörter Kürzel entwickelt.

Diese Kürzel können die Schüler/-innen in der Diktatsituation mitnehmen. Dort erinnern sie an die in der Therapie erarbeiteten Verhaltensweisen (D. Betz und Breuninger 1998, S. 240).

Ein gemeinsam gestaltetes Plakat bildet die abschließende Grundlage für den Übergang zur eigentlichen Lerntherapie (D. Betz und Breuninger 1998, S. 243).

7.3 *Paradoxe Interventionen in der Therapie und der Versuch einer Katzenralley*

In manchen, zunächst aussichtslos scheinenden Therapiesituationen, kann die von Frankl entwickelte Methode der Paradoxen Intention gewinnbringend eingesetzt werden. Frankl hat sie v.a. für Patientinnen/Patienten mit Angststörungen geschaffen (Tutsch 2000, S. 494). In der Weiterentwicklung der Systemischen Therapie in Form der Paradoxen Intervention eignet sie sich auch in der Arbeit mit Gruppen oder Familien. Dabei wird das an sich unerwünschte Verhalten gezielt beibehalten oder sogar noch verstärkt (Wolf 2000, S. 495). Dies verlangt jedoch unbedingt eine vertrauensvolle, sichere Beziehung als Basis zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientinnen/Klienten (Tutsch 2000, S. 495). Im Essener Modell wird die paradoxe Intervention im Rahmen der Gruppentherapie mit hyperaktiven oder aggressiven Kindern häufig verwendet (D. Betz und Breuninger 1998, S. 246).

Die Kunsttherapeutin Rita Eckert entwickelte eine kunsttherapeutische Intervention um den Aktivitätsmodus zu regulieren. Die sogenannte "Katzenralley" entstand quasi als Zufallsfund in Form einer paradoxen Intervention mit einem motorisch sehr unruhigen Buben. Eckert forderte das laufende Kind auf, sich bitte ja nicht hinzusetzen, sondern weiterzulaufen. Anstatt wie üblich an einem Ort an einem Werk zu arbeiten, fixierte sie im Raum vier Zettel und legte jeweils Stifte dazu. Die Aufgabe dabei lautete, während sie als Therapeutin von fünf abwärts zählte, eine Katze zu malen und danach sofort zum nächsten Blatt zu laufen, um dort wiederum eine Katze zu gestalten. Sie selbst spielte bei diesem Spiel mit, indem sie auch von Blatt zu Blatt lief und minimale Konturen für die Katzen malte. Bereits nach zwei Runden fragte das Kind, ob sie nicht bei sechs zu zählen beginnen könnte. Nach anfänglichem Ablehnen der Therapeutin weitete sie die Malzeit pro Bild immer großzügiger aus und überließ das Zählen zwischenzeitlich dem Buben selbst. Irgendwann schlug dieser vor, sich doch hinzusetzen, weil er doch in Ruhe besser malen könne. Dieses Erlebnis war für den Buben so prägend, dass er sämtliche Katzenbilder in seinem

Kinderzimmer aufhängte und Jahre später der Therapeutin erzählte, welche wichtige Erfahrung er mit diesen Bildern gemacht hatte.

Die Therapeutin selbst war von ihrer Zufallsentdeckung derart verblüfft, sodass sie die Methode für Kindergruppen weiterentwickelte. Bei der Evaluierung zeigte sich, dass diese Intervention einerseits in hyperaktiven Kindern den Wunsch weckt, an einem Ort bei weniger Reizen zu verweilen, während lethargische und autistische Kinder durch den Rhythmus aktiviert werden. Des Weiteren stärkt das Spiel die Beziehung zwischen Therapeutin/Therapeuten und dem Kind bzw. bei Gruppen die Beziehung der Kinder untereinander und motiviert für eine weitere kunsttherapeutische Zusammenarbeit (Eckart 2018, S. 83).

Diese unkonventionelle Methode könnte sich auch für legasthene Kinder eignen, die nicht gewöhnt sind, konzentriert lesen und schreiben zu können.

7.4 Schreibanregungen durch kreatives Gestalten

Die Psychologin und Pädagogin Rabkin entwickelte im Rahmen ihrer 20jährigen Tätigkeit an einer Hamburger Problemschule ein Konzept zum kreativen Schreiben anhand von vorgegebenen Schreibanregungen, das sie anhand der genetischen Ganzheitspsychologie der Leipziger Schule belegte (Rabkin 1998, S. 1).

Die Absicht dahinter ist, Kindern zu vermitteln, dass schreiben etwas mit ihnen persönlich zu tun hat und dass eigene Gefühle, Ängste, Wünsche etc. mit Hilfe der Schrift gut ausgedrückt werden können. Auch sind sie ein probates Mittel, Lern- und Schreibblockaden abzubauen. Viele von Rabkins Schülerinnen/Schülern und Therapiekindern hatten massive Probleme mit dem Erlernen des Lesens und Schreibens, teilweise aufgrund von Legasthenie, teilweise aufgrund massiver sozialer Probleme (Rabkin 1998, S. 18). Gerade für diese Zielgruppen wäre ein klassisches Lerntraining allein nicht ausreichend bzw. kontraindiziert (Rabkin 1998, S. 19).

Der wesentliche Hintergedanke zur Entwicklung dieses Konzepts war die Beobachtung, dass Kinder mit Lernschwierigkeiten ihre Gefühle sehr häufig in Form von Bildern ausdrücken. Die freie bildnerische Gestaltung anhand einer vorgegebenen bildlichen Anregung bildet die Brücke zu einem weiteren Ventil des Gefühlsausdrucks: der geschriebenen Sprache. Kinder, die in irgendeiner Form Leidensdruck empfinden, drücken ihre Sorgen häufig von sich aus, auch ohne Aufforderung, bildlich, und sofern sie Zugang dazu haben, auch wörtlich, aus (Rabkin 1998, S. 20).

Die von Rabkin entwickelten Anregungen in Form von Graphiken, Bildern und Schriftzeichen lassen viel Freiraum für weitere graphische Gestaltung. Die Anregung dient als Vorgabe. Das Kind integriert diese in einem zweiten Schritt in ein weiteres, freies bildnerisches Gestalten und führt dieses anschließend in einem kreativen Text, der aus dem Malprozess entsteht, weiter. Die Motivation zum Schreiben entsteht dadurch, dass sich während des bildnerischen Gestaltungsprozesses Vorstellungen konkretisieren, die das Kind besser schriftsprachlich als bildnerisch ausdrücken kann. Während des Arbeitsprozesses wird möglichst nicht eingegriffen, es geschieht keine Lenkung der Gestaltung, keinerlei Bewertung, keine Analyse des Bildes. Lediglich unterstützende Anregungen, etwa der Hinweis den Text auch in der jeweiligen Muttersprache schreiben zu können, sind erlaubt (Rabkin 2000, 146ff).

Bei der Arbeit mit Schreibenregungen steht der individuelle Ausdruck und das Verarbeiten persönlicher Aspekte und Blockaden im Mittelpunkt, nicht die richtige Orthographie. Anschließend ist es oft möglich und sinnvoll, den Text orthographisch zu verbessern, v.a. wenn er veröffentlicht werden soll. Die Förderung des kreativen Schreibens und der Rechtschreibung lassen sich also verknüpfen (Rabkin 2000, S. 153).

Häufige Themen, die Kinder von sich aus im Mal- und Schreibprozess ansprechen sind (Rabkin 1998, S. 27):

- Artikulation von Problemen der eigenen Person, etwa das Aussehen betreffend
- Projektion eigener Gefühle auf reale und phantastische Helden- und Fabelwesen, Engel, Monster, Tiere
- Beziehungen zu anderen, Konflikte, Liebe, Einsamkeit
- Auseinandersetzung mit dem individuellen inneren und äußeren Lebensraum
- Beschäftigung mit den Grundfragen der Existenz, Tod, Seele, Unendlichkeit, Naturgewalten

Eine Auswahl an Werken wurde in der von der Deutschen Unesco Kommission geförderten Ausstellung namens "Wege zur Schrift - Kinder mit Schreibschwierigkeiten erzählen, malen und schreiben ihre Geschichten" präsentiert und anschließend publiziert (Rabkin 1992, S. 1). Diese Publikation ist für Kunsttherapeutinnen/-therapeuten sehr ansprechend, denn obwohl dieses Konzept für die Grundschule erstellt worden ist, belegen mittlerweile mehrere Fallstudien eine Verallgemeinbarkeit der Methode (Rabkin 2000, S. 153). So gesehen bietet sie sich nicht nur für Lehrer/-innen, sondern auch für Kunsttherapeutinnen/-therapeuten gleichsam an.

Auch Schottenloher betont, dass Kreatives Schreiben über Emotionen und individuelles Erleben, Kinder ermutigt, überhaupt erst richtig schreiben lernen zu wollen (Schottenloher 1983, S. 87). In Gruppenprozessen mit Kindern und Jugendlichen setzt auch sie häufig auf Lieder, Gedichte oder Bilder, um Assoziationen und starke Gefühle zu wecken, die anschließend gemalt werden (Schottenloher 1983, S. 108).

7.5 *Fantasieübungen*

Fantasieübungen können gut mit anschließenden Gestaltungsprozessen kombiniert werden. Dabei dient die in Ruhe vorgetragene Fantasiereise, bei der Kinder die Augen schließen, als Einstimmung oder Wegbereitung für eine Gestaltung und der Aktivierung von eigener Fantasie und Vorstellungskraft. Fantasiereisen sind entweder voll geleitet, oder geben einen Rahmen vor, den das Kind mit eigenem Inhalt füllen kann. Durch den Miteinbezug von künstlerischen Methoden wie Malen oder Musik, werden die Erfahrungen noch vertieft. Die erforderlichen Malutensilien sollten bereits vor der Fantasiereise vorbereitet werden, damit in entspannter Atmosphäre direkt zur Gestaltung gewechselt werden kann. Themen für Fantasiereisen sind beispielsweise das eigene Zuhause, die Lieblingspuppe, Wettersituationen wie etwa Sturm auf dem Meer, sowie Fantasien von Tieren, Fabelwesen und weisen Menschen (Schottenloher 1983, 26ff).

7.6 *Selbstwirksamkeitstagebuch*

Barouti schlägt als Übung zur Stärkung der Selbstwirksamkeit vor, mit inneren und äußeren Bildern zu arbeiten. Grundsätzlich ist es, um sich selbstwirksam zu erleben, förderlich, sich auf das Positive und Gelingende im Leben zu fokussieren. Dazu bietet sich ein Tagebuch der Selbstwirksamkeit an. In diesem wird täglich aufgeschrieben oder auch gemalt, was an diesem Tag gelungen ist. Dies steigert das Bewusstsein dafür, dass viele Dinge im Leben gelingen und ermöglicht diese Eindrücke durch Festhalten im Tagebuch, auch für später zu archivieren (Barouti 2018, S. 119).

7.7 *Methoden von Maria Haas*

Die Kunsttherapeutin Haas arbeitet in ihrer Praxis überwiegend mit Kindern und sehr niederschweligen und unkonventionellen Methoden, die sie in ihrem Buch *Methoden der Kunsttherapie* vorstellt. In diesem legt sie eine Art Leitfaden vor, der aber zugleich kein Rezept sein soll, welche Materialien und Arbeitsweisen Kinder dabei unterstützen können, sich ihrer Stimmung adäquat auszudrücken. Haas be-

tont, dass sie all ihre Methoden gemeinsam mit ihren jungen Klientinnen/Klienten entwickelt hat (Haas 2018, S. III).

Jedes Kind kann sich in seinem Tempo entwickeln. Kunsttherapie bietet einen sicheren Rahmen, sodass Menschen ihre Emotionen wie Ängste, Wut, Zorn, Ausgelassenheit, Aggression und Freude, ausleben und sichtbar machen können. Dieses sichtbar machen wiederum ermöglicht erst Reflexion und Veränderung. Der/die Kunsttherapeut/-in gibt dafür einen verlässlichen Rahmen vor und begleitet den Weg der Selbstentfaltung (Haas 2018, S. IV). Haas unterstreicht, dass Bilder Weiterentwicklungen sind sowie ein Weg *„zu einer möglichen Selbstentfaltung, zu einer Selbstbestimmung einhergehend mit Lebensfreude und dem Mut sich dem Lebenskampf zu stellen, also auch selbst in seinen Emotionen sichtbar zu werden.“* (Haas 2018, S. V)

Zu Beginn eines Therapieprozesses verwendet sie gerne Materialien, die ein großes Veränderungspotential haben und Mut machen, etwa Wasserfarben, Tinte oder vermahlbare Ölkreiden. Das Kind soll ermutigt werden, alte Pläne und Vorgenommenes aufzugeben um Neues zu entdecken. Methoden mit rinnenden Farben lassen sich nicht kontrollieren. Veränderung und Entfaltung kann in all den zufällig entstehenden Farbschattierungen gesehen werden. Mitunter stellt sich auch Erleichterung ein, nicht alles im Leben kontrollieren zu können bzw. zu müssen (Haas 2018, S. V).

Später legt sie großen Wert darauf, dass Klientinnen/Klienten ihre positiven und negativen Emotionen als Teil ihrer Selbst erkennen und sie in ihr Leben schadlos zu integrieren lernen (Haas 2018, S. IV). Des Weiteren entwickelt sie Methoden speziell für die Themen Ressourcenbildung, Neubeginn und Lust auf Weiterentwicklung (Haas 2018, S. VIII)

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, sämtliche geeignete Methoden an dieser Stelle vorzustellen. Die Themen reichen von Sicherheit, über Loslassen, Sehnsucht, Ehrlichkeit, Wurzeln, Aufnahmefähigkeit bis hin zu Konflikten und heißen Themen. Aus der Perspektive von Kunsttherapie mit Legasthenikerinnen/Legasthenikern erscheinen v.a. folgende Methoden interessant.

7.7.1 Entfaltung

Es wird mit flüssiger Tinte und Filzstiften auf ein Taschentuch gemalt. Anschließend wird mit einer Injektionsspritze ohne Nadel Wasser darauf getropft, bevor die eigentliche Herausforderung beginnt, nämlich die Entfaltung des nun komplett gewandelten Taschentuchs (Haas 2018, S. 1).

7.7.2 *Annehmen*

Hier wird mit wassergetränkter Wasserfarbe gearbeitet, die mit einem Pinsel auf Fließpapier aufgetragen wird. Sind ausreichend Farbflecken aufgetragen, kann die Farbe mit Hilfe einer Spritze voll Wasser noch weiter zum ineinander Fließen gebracht werden. Zuletzt wird ein Abdruck des sehr nassen Bildes auf Fließ gemacht. Dieser Abdruck ist vom Charakter her ganz anders als das Ursprungsbild und erstaunt (Haas 2018, S. 11).

7.7.3 *Vernetzung*

Vernetzung spielt bei Lernprozessen eine wichtige Rolle. Bei dieser Methode werden auf allen Seiten eines Kartons Dreiecke ausgeschnitten. In Folge werden Wollfäden von Einkerbung zu Einkerbung gespannt. Die dadurch entstehenden Felder können anschließend bemalt werden. Wenn Aquarellfarbstifte und Wasser oder Wasserfarben zum Bemalen verwendet werden, entstehen einerseits wunderbare Farbflecken, also angenehmere und weniger angenehmere Teilbereiche, und zugleich ein Netz an Verbindungen, das sich über Vorder- und Rückseite zieht (Haas 2018, S. 89).

7.7.4 *Wandlungen*

In dieser Methode werden unangenehme Emotionen, wie Aggression und Frust, in etwas Positives gewandelt. Dazu werden Holzstäbchen, etwa mit einer Zange, zerteilt und auf ein Holzbrett geklebt. Das Zerteilen erfordert eine gewisse körperliche Kraft und ist eine gute Gelegenheit, gleichzeitig über belastende Themen, etwa Schulstress, zu sprechen. Am Ende werden die Hölzchen und der Untergrund mit verschiedenen Farben bemalt. Ein neues und gewandeltes Werk entsteht und zeigt die Perspektive auf, dass nach der Anstrengung Erholung folgen kann (Haas 2018, S. 107).

8. FAZIT

Recherche und Arbeit an dieser Masterarbeit gestalteten sich spannend, herausfordernd und waren von hoher Komplexität geprägt, da der Fokus gleich auf drei Themenbereiche, nämlich Legasthenie, Selbstwirksamkeit und Kunsttherapie, gelegt wird. Zugleich verwundert es die Autorin, ähnlich wie Masuch, nach wie vor hochgradig, warum der Themenkreis Kunsttherapie bei Teilleistungsschwächen und insbesondere Legasthenie, bislang von der Fachwelt kaum Beachtung erhalten hat (Masuch 2021, 7:15).

So kann vermutet werden, dass durchaus legasthene Menschen Kunsttherapie konsumieren, dass die Legasthenie aber nicht den (vorrangigen) Zuweisungsgrund darstellt. Es ist schlichtweg unplausibel, dass bei einer Auftrittswahrscheinlichkeit von Legasthenie in der Gesamtbevölkerung von 0,8 % bis 16 % (Scheerer-Neumann 2015, S. 20, 25), keine legasthenen Menschen in kunsttherapeutischen Praxen und Gruppen zu finden sind. Daraus lässt sich ableiten, dass legasthene wie nicht legasthene Menschen kunsttherapeutisch behandelt werden, die Legasthenie an sich aber nicht als Anlass für den Beginn dieser Therapie genannt wird. Da es zu diesem Sachverhalt keinerlei Erhebungen oder Daten gibt, bleibt diese Vermutung allein im spekulativen, aber plausiblen Bereich.

Das Institut für Kunsttherapie fasst die Zielgruppe für Kunsttherapie, wie bereits geschildert, sehr weit. Wenn auch Legasthenie nicht explizit erwähnt wird, so aber damit verbundene Sekundärproblematiken.

So eignet sich Kunsttherapie (Sandofer-Malli 2021):

- für Menschen mit Diagnosen - Legasthenie ist laut ICD 10 eine psychiatrische Diagnose (Siekmann 2013, S. 41), (*ICD 10* 2021, S. 41)
- bei Stress und seinen Folgeerscheinungen - legasthene Kinder erleben Stress (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 189), (Wilckens 2018, S. 17)

- für die Arbeit in Schulen generell - Kunsttherapie unterstützt seelisch gut entwickelte Kinder gleichermaßen wie Kinder mit Defiziten (Schottenloher 1983, S. 12)
- für Menschen mit Beeinträchtigungen - Legasthenie ist keine Behinderung, aber Teilleistungsschwäche (*EÖDL* 2021)
- bei der Bewältigung von Problemen - legasthene Kinder sind psychisch unausgeglichen und umfassend belastet (Adler und Götzinger-Hiebner 1998, S. 31), (*EÖDL* 2021)
- in der Persönlichkeitsentwicklung - legasthene Kinder sind in ihrer Persönlichkeitsentwicklung benachteiligt (Wilckens 2018, S. 17), (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 189)
- bei auffälligem Verhalten - viele legasthene Kinder entwickeln Verhaltensauffälligkeiten (Scheerer-Neumann 2015, S. 46)
- Kunsttherapie ermöglicht Lernen nicht nur auf emotionaler Ebene, auch auf der kognitiven Ebene kann sie Verbesserungen bewirken (Mechler-Schönach 2005, S. 12). - Legasthenie ist eine Störung im Erwerb kognitiver Fähigkeiten (Scheerer-Neumann 2015, S. 184)

So kann zusammenfassend festgehalten werden, dass Legasthener/-innen zwar nicht dezidiert als Zielgruppe für Kunsttherapie genannt werden, jedoch acht Indikationen genannt werden, bei denen Kunsttherapie als hilfreiches Verfahren angesehen wird. Diese Indikationen liegen bei vielen legasthenen Kindern vor.

Ein ähnliches Ergebnis erhält man, wenn man, wie bereits in Kapitel 5.2. geschildert, die potentielle Zielgruppe für Kunsttherapie nach Knill umfasst. Er umschreibt sie allgemein als hilfeschuchende Menschen, die sich in einer Notlage befinden und Hilfe suchen. Gleichzeitig stünden diesen jedoch keine ausreichenden Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung (Seiler 2017, S. 54).

Auch weitere Kunsttherapeutinnen/Kunsttherapeuten, Mediziner/-innen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten betonen, dass die therapeutische Arbeit mit Bildern und Kunst für die Bewältigung von herausfordernden Lebenslagen förderlich ist (Seidl 1991, S. 58), (Neumann 1996, S. 165) und das Selbstwirksamkeitsgefühl hebt (Barouti 2018, S. 31). Hier schließt auch die prägnante Aussage der Pionierin der Kunsttherapie Kramer an, Kunst würde sich mit allen möglichen Störungen vertragen (Kramer 2004, S. 188).

Die zu Beginn gestellte Frage *„Leiden legasthene Kinder unter einer vulnerablen Selbstwirksamkeit und ist ihre Ich-Kompetenz aufgrund der Legasthenie geschwächt?“* kann aufgrund der in Kapitel 2.5. ausführlich geschilderten Erkenntnisse eindeutig mit ja beantwortet werden. Betz und Breuninger betonen, dass legasthene Kinder unter ihrer Legasthenie leiden, nicht an ihr (D. Betz und Breuninger 1998, S. 28, 64), Schulte-Körne bezeichnet Selbstbild und Selbsteinschätzung von Legasthenikerinnen/Legasthenikern als erheblich getrübt (Schulte-Körne 2006, S. 37). Sämtliche in Kapitel 2.5.3 geschilderten Studien belegen, dass legasthene Kinder häufiger als ihre Altersgenossen von Depressivität betroffen sind und einen signifikant niedrigeren Selbstwert aufweisen (Rossmann 1993, 17, 6ff). Durch die negativen Selbstzuschreibungen, Betroffene erleben sich selbst zumeist als defizitär (D. Betz und Breuninger 1998, 33ff), werden Selbstwert und Selbstbild getrübt (Valtin und Naegele 2000, S. 41), das Selbstkonzept der Betroffenen ist massiv beeinträchtigt (Siekmann 2013, S. 43). Eine adäquate Therapie muss diese Faktoren daher unbedingt berücksichtigen (Schulte-Körne 2006, S. 37)

Wenn man die obigen Definitionen der Zielgruppe mit der Forschungsfrage nach der vulnerablen Selbstwirksamkeit verknüpft, so ist es naheliegend, aus den in Kapitel 2.5 ausführlich geschilderten Erhebungen zu sekundären Nebenwirkungen und Komorbiditäten, die mit Legasthenie allzu häufig einhergehen, zu schließen, dass sich viele legasthene Kinder in Notlagen befinden und Hilfe suchen. Folglich würden diese Kinder nach Knill in die Zielgruppe der Kunsttherapie fallen, was jedoch nicht zwangsläufig bedeutet, Kunsttherapie sei in diesem Fall die Therapiemethode der Wahl.

Kunsttherapie eignet sich auch deshalb für eine große Bandbreite an Einsatzfeldern, als sie nicht das Leiden oder die Krankheit ins Zentrum stellt, sondern die Bewältigungsmechanismen hierfür, nämlich das Wiederbeleben schöpferischer Kräfte und Unterstützung bei der Selbstheilung (Seiler 2017, S. 51). Während negative Emotionen (wie beispielsweise Selbstzweifel) in den Hintergrund rücken können, geraten positive Erfahrungen durch das kunsttherapeutische Tun in den Vordergrund (Seiler 2017, S. 28). In diesem Sinne erscheint es nur plausibel, auch legasthene Kinder mit Sekundärsymptomen mit Hilfe ressourcenorientierter Methoden der Kunsttherapie zu begleiten.

Grundsätzlich, bei aller Wertschätzung für die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit dieser Methode, wäre es verwegen zu behaupten, Kunsttherapie sei ein Allheilmittel in der Therapie irgendeiner bestimmten Störung. Häufig bedarf es ergänzender therapeutischer Verfahren, besonders gewinnend ist das Zusammenspiel dieser (Kraus

1996, S. 9). Dabei stünde Kunsttherapie als Methode der Wahl zeitweise im Zentrum der gesamten Therapie, zeitweise würde sie mehr im Hintergrund ergänzen (Thomas 1996, S. 15).

Diese Argumente sprechen sehr für ein multiprofessionelles therapeutisches und pädagogisches Vorgehen und zeigen die besondere Sinnhaftigkeit von kombinierten Therapiemodellen auf. Dies wird auch dadurch unterstrichen, als viele namhafte Vertreter/-innen der Legasthenieforschung eine Form psychologisch orientierter Therapie, als Ergänzung zur herkömmlichen Lerntherapie oder als Element einer kombinierten, interdisziplinären Therapie als notwendigen Bestandteil sehen (Scheerer-Neumann 2015, S. 44), (Wilckens 2018, S. 107).

Aus diesem Zusammenhang heraus geht es daher weniger darum, Kunsttherapie als einzig wahre und richtige Methode anzupreisen, sondern herauszufiltern, in welchen Fällen sie einen bedeutenden Part der Therapie, nämlich v.a. den psychologischen, besonders gut abdecken kann, und wie sie mit der notwendigen Lerntherapie kooperieren kann. In Folge werden daher Anhaltspunkte aufgezeigt, die dafür sprechen, Kunsttherapie als Teil der kombinierten Therapie der Legasthenie zu etablieren.

Suchodoletz fasst das Spektrum von alternativen, noch nicht etablierten Therapiemethoden bei Legasthenie sehr weit. Explizit erwähnt werden gemäß einer Evaluationsstudie Musiktherapie, Spieltherapie und NLP, nicht aber Kunsttherapie (Suchodoletz 2006c, S. 31), (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 188). Anzumerken ist, dass die Begrifflichkeiten dabei nicht genau untereinander abgegrenzt werden. Musiktherapie ist selbstverständlich nicht mit Kunsttherapie gleichzusetzen. Gleichzeitig bildet sie oft ein Element der intermedialen/intermodalen Kunsttherapie. In dieser sind bildnerische Kunst, Musik, Tanz, Rollenspiel und kreatives Schreiben gleichermaßen vereint (Buttler 2020, S. 7). Diese Medien werden im Sinne einer systemischen Theorie gezielt gewechselt (Eberhart und Knill 2010, S. 9). Der Schluss kann daher zulässig sein, dass auch (intermediale) Kunsttherapie, im oben genannten Sinne, ähnlich der Spiel- und Musiktherapie, wirksam und geeignet ist. Ausdrücklich belegt ist dies aber nicht.

Masuch empfiehlt explizit, Kunsttherapie als ergänzende Methode der Wahl (Masuch 2016, S. 10), Betz und Breuninger tun dies unter dem Titel Gestaltungsgruppe ebenfalls für einen Teil der Zielgruppe (D. Betz und Breuninger 1998, S. 209).

Die Literatur zeigt folgende Argumente auf, die für Kunsttherapie als ergänzende Therapiemethode der Wahl sprechen:

- Kunsttherapie eignet sich herausragend, wenn Kinder einer Therapie bedürfen, um Probleme in ihrem Leben bewältigen zu können bzw. um dabei unterstützt zu werden (Egger 1982, S. 12), (Schuster 1986, S. 88), (Schottenloher 1983, S. 8). Legasthenie stellt mit Sicherheit ein Problem für legasthene Kinder dar, das in irgendeiner Form bewältigt und ins Leben integriert werden muss.
- Kunsttherapie führt gleichsam die erfolgreiche Problembewältigung vor Augen, indem sie mit dem Kind die Problemlösung in Form eines Bildes gestaltet (Egger 1982, S. 12).
- Kinder stellen ihre innere Welt unzensuriert in Bildern dar (Egger 1982, S. 12). Es stellt sich daher die Frage, warum man dieses Potential nicht nützen sollte.
- Legastheniker/-innen sind häufig sehr kreativ und besitzen viel Fantasie (EÖDL 2021). So erscheint es naheliegend, dass sie auf kreative Therapiemethoden besonders gut ansprechen.
- Kunsttherapie aktiviert Ressourcen (Seiler 2017, S. 55), (Wieland 2003, S. 13).
- Wirksame Therapie soll zwangsläufig zu Erfolgserlebnissen führen und selbst erbrachte Leistung aufzeigen (D. Betz und Breuninger 1998, S. 50).
- Es ist generell vorteilhaft, wenn Menschen Defizite in bestimmten Bereichen haben, wenn sie dies dadurch kompensieren können, indem sie in einem anderen Bereich besonders erfolgreich sind. Dies erleichtert die unbedingt notwendige Kompensation und beugt negativer Kompensation und der Entwicklung psychosomatischer Symptome vor (Adler und Göttinger-Hiebner 1998, 31ff).
- Kunsttherapie kennt viele Methoden, mit denen Erfolg förmlich erzwungen wird und bietet sich daher als positive Kompensationsmethode an, zeichnet sie sich doch gerade dadurch aus, dass sie nur "*low skills*" verlangt (Seiler 2017, S. 55).
- Es ist grundsätzlich förderlich in der Therapie von Legastheniker/-innen, gleichzeitig mehrere Sinne anzusprechen (Suchodoletz 2006b, S. 282). Dies geschieht in der Kunsttherapie durch den Faktor Material als haptischer Grundlage, selbstverständlich (Wirtensohn-Baader 2003, S. 22), (Egger 1982, S. 28).

-
- Kunsttherapie fördert motorische Abläufe (Egger 1982, S. 28) und handwerkliche Kompetenzen (Wieland 2003, S. 16), was auch in Hinsicht auf die motorischen Kompetenzen für die Handschrift sinnvoll erscheint.
 - Kunsttherapie stärkt die Konzentrationsfähigkeit (Leutkart 2003, S. 28).
 - Nur wenige Kinder haben bereits schlechte Erfahrungen mit kreativem Gestalten gemacht und selbst wenn, dann sicherlich nicht mit allen möglichen Methoden, Materialien und Disziplinen der Kunsttherapie (Wirtensohn-Baader 2003, S. 22).
 - Wenn eine Person in der Kunsttherapie Positives erlebt, werden dementsprechend mehr Neurotransmitter ausgeschüttet. Dies wiederum bahnt den Weg zu neuen, auch kognitiven Lernerfahrungen (Grawe 2004, S. 431).
 - Viele Autorinnen/Autoren betonen die präventive und rehabilitative Wirkung von Kunsttherapie u.a. im Rahmen der pädagogischen Kunsttherapie (Myschker 2009, S. 286), (Seidl 1991, S. 58), (Neumann 1996, S. 165), (*Curriculum Kunsttherapie und Pädagogik* 2021, S. 2). Gerade in der therapeutischen Arbeit mit legasthenen Kindern kommt der Prävention auf allen drei Ebenen eine wichtige Bedeutung zu, u.a. im Sinne von Verhinderung von Sekundärsymptomen. Im Idealfall soll sich aus dem anfänglichen Leistungsdefizit keine Leistungsstörung samt Nebenwirkungen entwickeln (D. Betz und Breuninger 1998, S. 40).
 - Spätestens bei Eintritt der fortgeschrittenen Stadien der Legasthenie, wie in Kapitel 2.4.4. beschrieben, gibt es nur mehr einen möglichen Ansatzpunkt für Therapie, nämlich die Stärkung des Selbstkonzepts (D. Betz und Breuninger 1998, S. 43). Gerade dafür bietet sich Kunsttherapie als Therapiemethode der Wahl an.
 - Kunsttherapie ist nachhaltig. Einmal auf mehreren sensorischen Gebieten gemachte Erfahrungen bleiben gespeichert und stehen für die Bewältigung zukünftiger Herausforderungen im Leben zur Verfügung. Außerdem lernen Menschen, die kreative Beschäftigung für sich zu nutzen, auch wenn die/der Therapeut/-in gerade nicht anwesend ist (Leutkart 2003, S. 28).
 - Besonders angezeigt erscheint sie, wenn sie dem Weltbild einer Familie entspricht, etwa Kreativität in ihr ein geschätztes Gut ist (Honegger 2003, S. 7), (Suchodoletz 2006c, S. 29).

- Manchem betroffenen Kind wird der Umgang mit seiner Störung Legasthenie eben durch die Methodik der Kunsttherapie erleichtert (Suchodoletz 2006c, S. 29).

Aus den dokumentierten Empfehlungen kann selbstverständlich nicht geschlossen werden, Kunsttherapie sei die Methode der Wahl generell für alle Legastheniker/-innen. Dazu fehlen jegliche aussagekräftige Forschungsarbeiten. Masuchs Masterthesis sowie die hier aufgelisteten Punkte sind lediglich als ein Beginn und Ausgangspunkt für weitere kunsttherapeutische Forschungen zu sehen.

Der dritte Teil der Forschungsfrage geht der Frage nach, ob kunsttherapeutische Methoden die Motivation für ein notwendiges Legasthenie Training sowie das Durchhaltevermögen bei langwierigen Lernprozessen fördern können.

Es ist eine Tatsache, an der keine noch so gute Therapiemethode etwas ändern kann: Das Erlernen von Lesen und Schreiben und das Durchhalten dabei ist für Legastheniker/-innen ein Knochenjob (D. Betz und Breuninger 1998, S. 265). Es ist für sie ein notwendiger und bedeutender Lernprozess, ihr Defizit im Lesen und Schreiben, als Teilaspekt ihrer umfassenden Leistungsfähigkeit zu akzeptieren, denn selbst ein erfolgreiches Lese- Rechtschreibtraining führt meist nur zu einer Reduktion der Fehler, nicht aber zu einem Verschwinden (Suchodoletz 2006b, S. 290).

Es ist naheliegend, dass es förderlich ist, Kinder bei einer dermaßen kräfteaubenden Herausforderung, auch auf emotionaler Ebene bestmöglich zu begleiten. In diesem Sinne erscheint es überaus plausibel, dass kunsttherapeutische Methoden dabei helfen können, dass Legastheniker/-innen auf ihrem Weg nicht aufgeben, sondern sich der langwierigen und fordernden Aufgabe stellen. Aus diesem Aspekt erscheint die Förderung der Selbstwirksamkeit, also die innere Haltung diesen Prozess bewältigen zu können, als oberstes Anliegen, naheliegend (Zimbardo 1995, S. 498), (Barouti 2018, S. 6).

Kreative und psychologisch orientierte Therapieverfahren haben vor allem in Bezug auf Therapiemotivation und Persönlichkeitsstabilisierung einen klaren Vorteil gegenüber rein am Symptom, nicht gut lesen oder schreiben zu können, ansetzenden (Suchodoletz 2006c, S. 17). Sie tragen durch die Steigerung des Selbstwerts maßgeblich zum individuellen Therapieerfolg bei (Suchodoletz 2006c, S. 28). Eine gewünschte Steigerung des Selbstwerts wird oft dann erreicht, wenn ein Mensch sich von einer Bezugsperson authentisch anerkannt fühlt. Wird er in gewährender Haltung bei einer Erfolgssituation begleitet und wird dieser Erfolg anschließend auch

rückgemeldet, dann kann auch der Betroffene seine Leistung und seine Stärken besser wahrnehmen (D. Betz und Breuninger 1998, S. 88).

Dennoch bleibt die Begleitung dieses Prozesses eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe, die die Profession einer fachlich ausgebildeten Kunsttherapeutin/eines fachlich ausgebildeten Kunsttherapeuten verlangt (Schottenloher 1983, S. 8). In der pädagogischen Arbeit von Lehrerinnen/Lehrern muss von Deutungen der Werke im Sinne von Therapie jedenfalls Abstand genommen werden (Schottenloher 1983, S. 8), wengleich gestaltendes Arbeiten auch in der Pädagogik, Heilpädagogik und Pädagogischen Kunsttherapie einen wichtigen präventiven und entwicklungsfördernden Stellenwert hat (Schottenloher 1983, S. 12).

Zusammenfassend fördert Kunsttherapie in unzähligen Bereichen des Selbst. In dieser Arbeit erwähnt wurden:

- Selbstsicherheit (Egger 1982, S. 28)
- Selbstwirksamkeitsgefühl (M. Betz 2019, S. 85), (Menzen 2018, S. 118)
- Selbstständigkeit (Egger 1982, S. 28)
- Selbstwertgefühl (*Öbkt* 2021)
- Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit (Egger 1982, S. 28)
- Abbau von Aggressionen (Egger 1982, S. 28)
- Kontakt zu sämtlichen Ebenen des Selbst (Wieland 2003, S. 12)
- Selbst- und Fremdwahrnehmung (Wieland 2003, S. 13)
- Selbstvertrauen (Schottenloher 1983, S. 10)
- Kreativität (Thomas 1996, S. 27)
- Spontanität (Thomas 1996, S. 27)
- Ausdauer, Konzentration (Wieland 2003, S. 16)
- Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz (Wieland 2003, S. 16)
- Resilienz (Menzen 2018, S. 118)
- Selbstmanagement (Menzen 2018, S. 118)

Ein Hinweis für eine Wirksamkeit von kunsttherapeutischen Methoden auf die Selbstwirksamkeit ist, dass auch Psychotherapeuten das Imaginieren oder auch Darstellen von Bildern als Methode in ihre Arbeit integrieren (Barouti 2018, S. 95).

Die wissenschaftliche Belegbarkeit, Kunsttherapie sei eine hilfreiche Methode zur Stärkung der Selbstwirksamkeit bei legasthenen Kindern, ist alleine insofern derzeit noch nicht einwandfrei möglich, als die spezifischen Wirkfaktoren der Kunsttherapie verglichen mit anderen Therapierichtungen generell noch nicht ausreichend und schulenübergreifend belegt worden sind. Dies jedoch würde die Grundlage dafür darstellen, Kunsttherapie als Methode der Wahl nachhaltig zu implementieren (Seiler 2017, S. 5). Die in Kapitel 5.6 zusammengefassten Erkenntnisse sind als ein wichtiger Beitrag in die richtige Richtung zu betrachten, verlangen aber nach weiteren Forschungsarbeiten (Seiler 2019, S. 117).

Abschließend sollen Methoden zusammengefasst werden, die in der Arbeit mit legasthenen Kindern besonders hilfreich sind.

Die „einzige“ wahre und richtige Methode in Form eines Patentrezepts kann es in der kunsttherapeutischen Arbeit mit legasthenen Kindern insofern nicht geben, als es die „eine“ Kunsttherapie nicht gibt (Kraus 1996, S. 9). Es liegt im Verantwortungsbereich der jeweiligen Kunsttherapeutin/des jeweiligen Kunsttherapeuten, die für das individuelle Kind passende, und nicht mit Vorurteilen oder negativen Vorerfahrungen behaftete, Methode, immer nach Erfordernis der jeweiligen therapeutischen Situation, aus aus einem großen Methodenschatz auszuwählen (Seiler 2017, S. 41), (Schulte-Körne 2006, S. 24), (Haas 2018, S. III), (*Curriculum Kunsttherapie und Pädagogik* 2021).

Dies unterstreicht auch Masuch. Sie legt großen Wert darauf, dass ein fachlich qualifiziertes kunsttherapeutisches Arbeiten voraussetzt, sich mit Störungsbildern und deren Besonderheiten, weitgehend auseinandergesetzt zu haben. Nur unter dem Hintergrund von ausreichendem Wissen über die Teilleistungsstörung Legasthenie kann ein fachlich profundes Konzept zur Arbeit mit legasthenen Kindern erstellt werden (Masuch 2021, 56:18). Professionelles kunsttherapeutisches Vorgehen unterscheidet demnach, ob ein Kind mit ausschließlicher Selbstwertproblematik in die Kunsttherapie kommt, oder ein Kind mit Legasthenie und Selbstwertproblematik (Masuch 2021, 36:19).

Die Frage des Therapiesettings richtet sich nach individuellen Bedürfnissen einerseits, und nach den finanziellen Möglichkeiten der Familie andererseits (D. Betz und Breuninger 1998, S. 222), (Masuch 2021, 12:20).

Wenn die finanziellen Ressourcen vorhanden sind, ist es von Vorteil, im Einzelsetting zu arbeiten. Legasthene Kinder kommen mit sehr unterschiedlichen Voraussetzungen in die Therapie und sind oft stark belastet. Therapieerfolge lassen sich daher

schneller erreichen, wenn sich eine Therapeutin/ein Therapeut individuell mit einem einzigen Kind beschäftigen kann (Masuch 2021, 48:09).

Kunsttherapie in der Gruppe bringt viele Vorteile mit sich, kommt aber gleichzeitig auch an ihre Grenzen, wenn individuelle Bedürfnisse oder Defizite im Zentrum stehen (Schottenloher 1983, S. 89), (Wieland 2003, S. 15). Sinnvoll erscheinen zeitlich begrenzte Gruppenangebote, etwa auch in Form von Ferienprogrammen. Diese erfüllen jedoch mehr den Zweck der Prävention und des Kennenlernens der Methode (Masuch 2021, 17:44). So betonen alle Autorinnen/Autoren, dass ergänzend zu Gruppentherapie, jedenfalls vertiefende Einzelstunden notwendig und sinnvoll sind (D. Betz und Breuninger 1998, S. 222). In diesem Sinne sind Konzepte wie das Essener Modell, das Gruppen-, Einzel- und Familienarbeit integriert, effektiv und effizient (D. Betz und Breuninger 1998, S. 87).

Für die Kunsttherapie mit legasthenen Kindern würde dies bedeuten, dass sowohl Gruppen- als auch Einzelangebote sinnvoll sein können. Die jeweilige Kunsttherapeutin/der jeweilige Kunsttherapeut muss abwägen, welche Angebote in der Umgebung möglicherweise bereits vorhanden sind, was und wer mit einem Therapieangebot erreicht werden soll und welche finanziellen und örtlichen Rahmenbedingungen vorhanden sind.

In dieser Arbeit wurde eine Auswahl an Methoden vorgestellt, die aus unterschiedlichen kunsttherapeutischen Strömungen stammen. Manche sind auch der Pädagogik oder Psychotherapie entlehnt und mit der Kunsttherapie verwandt. All diese Methoden haben das Potential, in der Arbeit mit legasthenen Kindern hilfreich zu sein.

An dieser Stelle soll zusammengefasst werden, welche Elemente in der kunsttherapeutischer Arbeit mit legasthenen Kindern jedenfalls enthalten sein sollen:

- niederschwellige Methoden (Haas 2018), (Egger 1982)
- klar strukturierte Abläufe, Vermeidung von Reizüberflutung (Masuch 2016, S. 44)
- Methoden zur Stärkung von Selbstwert und Selbstwirksamkeit (Masuch 2016), (Haas 2018)
- Methoden mit Bezug zu Symptomen der Legasthenie und dem Umgang damit, z.B. mein Fehlerteufel (Masuch 2016, S. 39)
- Methoden zum Umgang mit Stresssituationen, z.B. Ruhe bewahren während eines Diktats (D. Betz und Breuninger 1998)

-
- Methoden, die Schrift- und Bildsprache verbinden (Masuch 2016), (Eberhart und Knill 2010), (Rabkin 2000)
 - Methoden zur Diagnostik und Anamnese (Masuch 2016), (D. Betz und Breuninger 1998)
 - Ressourcenbilder (Masuch 2016), (Haas 2018), (Schottenloher 1983)
 - Stimmungsbilder zum Verarbeiten von Emotionen (Haas 2018), (D. Betz und Breuninger 1998), (Masuch 2016)
 - Tagebücher (Masuch 2016), (Barouti 2018)
 - Entspannungübungen (D. Betz und Breuninger 1998), (Schottenloher 1983)
 - Rollenspiele in der Gruppe (D. Betz und Breuninger 1998)
 - Methoden für hyperaktive Kinder (Eckart 2018)
 - Methoden und Materialien, die die Haptik ansprechen (Egger 1982), (Wirtensohn-Baader 2003)
 - Methoden, die unterschiedliche Sinne ansprechen (Suchodoletz 2006c)

Es ist eine große Herausforderung, Kinder, die nicht gerne lesen und schreiben und dies in Folge größtmöglich vermeiden, zum Lesen und Schreiben zu ermutigen (Wilckens 2018, S. 109). Dieser Herausforderung sollte sich Kunsttherapie mit Legasthenikerinnen/Legasthenikern unbedingt stellen. Möchte man Kunsttherapie als ergänzende Therapiemethode in diesem Bereich etablieren, so ist es unumgänglich, schriftsprachliche Elemente des Lesens und/oder Schreibens in die Methodik zu integrieren, jedoch unbedingt auf eine lustvolle Art und Weise (Masuch 2021, 26:14), (D. Betz und Breuninger 1998, S. 43).

Da Legasthenier/-innen häufig über ein bildhaftes Gedächtnis verfügen (*EÖDL* 2021), können sie Buchstaben kombiniert mit Bildern besser im Gedächtnis behalten. Allein dies spricht schon für den Einsatz von kunsttherapeutischen Methoden in der Therapie der Legasthenie.

In der Literatur integrativer und kombinierter Therapien, finden sich mehrfach Hinweise, dass es förderlich ist, wenn auch Elemente von Lesen und Schreiben in die psychologische Therapie integriert werden. In der sicheren Umgebung, ohne Zwang zur Benotung, können kleine Erfolge auch im schriftsprachlichen Bereich erprobt und gefestigt werden (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 192).

Beispielgebend sind hier die geschilderten kreativen Schreibanregungen der Pädagogin Rabkin (Rabkin 1998, S. 19) und die schriftsprachlichen Elemente der Kunsttherapeutin Masuch in Form von selbstgeschriebenen Reflexionskärtchen (Masuch 2016, S. 56) und mit Hilfe von Reizwörtern (Masuch 2016, S. 50). Auch in der intermedialen Kunsttherapie spielt das Kreative Schreiben eine wichtige Rolle (Buttler 2020, S. 7).

Die richtige Orthographie nimmt in der kunsttherapeutischen Arbeit nur eine sehr untergeordnete Rolle ein. Im Gestaltungsprozess ist es ein absolutes Tabu, auf Fehler, egal welcher Art, aufmerksam zu machen (Masuch 2021, 28:22). Längerfristig gesehen besteht aber die Möglichkeit, dass etwas, das in der Therapie gelungen ist, auch anschließend in der Schule wiederholt werden kann. Dies kann das Vorlesen eines Gedichts, ein orthographisch richtiger Satz oder ein kreativer Text sein. Das Kind erlebt sich in einem für ihn schwierigen Bereich plötzlich selbstwirksam (Masuch 2021, 28:22), und erfährt, dass sich Lernen und Üben doch lohnen kann. Die Misserfolgserwartung kann somit durchbrochen werden (Löffler, Meyer-Schepers und Naegele 2000, S. 192). Dafür ist die Qualität der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten maßgeblich (Masuch 2021, 28:22).

Es ist für den Erfolg einer Therapie von elementarer Wichtigkeit, dass betroffene Kinder ein persönliches Interesse daran entwickeln, zu lesen und zu schreiben, und dies zudem in einem letzten Schritt auch orthographisch richtig (Siekmann 2013, S. 28). In diesem Sinne lässt sich auch die Frage beantworten, ob sich Kunsttherapie bei legasthenen Kindern positiv auf die Rechtschreibleistung auswirken kann. Ja, wenn die Therapie dazu führt, dass ein Kind sich selbstbewusster und selbstwirksam erlebt, wenn es weniger Angst hat und in Prüfungssituationen entspannt bleiben kann, wenn es grundsätzlich Lust an sprachlichem Ausdruck entwickelt hat, dann ist es nur plausibel, dass sich dies letztendlich auch auf die Qualität der Rechtschreibung auswirken wird. Kunsttherapie ist kein Allheilmittel und es wäre unverantwortlich, Kunsttherapie als alleinige Therapiemethode bei legasthenen Kindern zu empfehlen, aber sie kann einen erheblichen Beitrag dazu leisten, dass legasthene Kinder besser schreiben und lesen lernen können.

Als Quintessenz kann festgehalten werden, dass kunsttherapeutische Methoden die Selbstwirksamkeit von legasthenen Kindern nachhaltig stärken können. Diese Stärkung ist notwendig, da viele legasthene Kinder unter einer geringen Selbstwirksamkeit leiden. Kunsttherapie ist ein wunderbarer und zielführender Weg dies zu tun, jedoch sicher nicht der einzig mögliche.

Möchte sich die Kunsttherapie in diesem Bereich etablieren, so sind jedenfalls zahlreiche weitere praktische wissenschaftliche Studien mit signifikanten Stichproben und Kontrollgruppen notwendig. Nur so kann ihr Nutzen im Vergleich zu bereits besser erforschten Therapierichtungen, wie beispielsweise Psychotherapie, belegt werden, was die Voraussetzung darstellt, um in Folge auch Gelder von der Allgemeinheit dafür zur Verfügung gestellt zu bekommen.

In diesem Sinne ist diese Arbeit ein Plädoyer, sich in Zukunft näher mit dem Themenkreis Legasthenie und Kunsttherapie auseinanderzusetzen, ein Plädoyer, das sich an alle Akteure im Bereich der Legasthenietherapie, an die Pädagogik, die Psychologie, die Soziallandschaft, Universitäten und Hochschulen und zuletzt und allermeist, an uns Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten, richtet.

Ich schließe mit einem berühmten Zitat von Kramer, mit der sicheren Überzeugung dass dies stimmt: „*Kunst verträgt sich mit sämtlichen Störungen*“ (Kramer 2003, S. 188) .

LITERATUR

- Adler, E. und M. Götzinger-Hiebner (1998). „Was sind Lese- Rechtschreib- Rechen-schwäche? Legasthenie verstehen, Lese-Rechtschreib-Rechen-Schwächen bewältigen, Schulheft 91“. In: *ÖBVL - Österreichischer Bundesverband Legasthenie (ÖBVL)*. Hrsg. von Eva Adler. Wien: Verein der Förderer der Schulhefte.
- Barouti, I. (2018). *Selbstwirksamkeit aufbauen*. Haufe Verlag Freiburg.
- Betz, D. und H. Breuninger (1998). *Teufelskreis Lernstörungen*. 5. Auflage. Beltz.
- Betz, M. (2019). „Auswirkungen von künstlerischen Angeboten auf das Selbstwirksamkeitsgefühl“. In: *Kunst und Therapie*. Hrsg. von M. Wendlandt-Baumeister, K. Menzen und P. Rech. Claus Richter Verlag.
- Bröcher, J. (1999). *Kunsttherapie als Chance*. Winter GmbH Heidelberg.
- Buttler, V. (2020). *Skriptum Kunsttherapie*. Pädagogische Akademie der Diözese Linz.
- Curriculum Kunsttherapie und Pädagogik* (2021). Pädagogische Hochschule der Diözese Linz. URL: https://wb-admin.ph-linz.at/uploads/3555-MB-019-2019-HLG_MA_Curriculum_Kunsttherapie_Padagogik.pdf (besucht am 29.11.2021).
- Duden* (2021). Bibliographisches Institut GmbH. URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Neurotizismus> (besucht am 08.03.2021).
- Eberhart, H. und P. Knill (2010). *Lösungskunst*. 2. Auflage. Vandenhoeck und Ruprecht Göttingen.
- Eckart, R. (2018). „Katzenralley, ein Zufallsfund“. In: *Kunst und Therapie, Zeitschrift für bildnerische Therapien* 2018/2. Hrsg. von M. Wendlandt-Baumeister, K. Menzen und P. Rech. Claus Richter Verlag.
- Egger, B. (1982). *Malen als Lernhilfe*. Zytglogge Verlag Bern.
- EÖDL* (2021). URL: <https://www.legasthenie.at/was-ist-legasthenie/> (besucht am 24.03.2021).
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Hogrefe Göttingen.
- Haas, M. (2018). *Methoden der Kunsttherapie*. Hofeneder und Partner Wien.
- Heckhausen, J. und H. Heckhausen (2010). *Motivation und Handeln*. 4. Auflage. Springer Berlin.

- Honegger, G. (2003). „Ein Bild machen, um im Bilde zu sein“. In: *Ereignis Kunsttherapie*. Hrsg. von B. Egger. Zytglogge Bern.
- ICD 10 (2021). B. Krollner. URL: <https://www.icd-code.de/suche/icd/code/F81.-.html?sp=Slegasthenie> (besucht am 21.03.2021).
- Klicpera, C. und B. Gasteiger-Klicpera (1998). *Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten*. 2. Auflage. Beltz Verlag Weinheim.
- Knill, P. (2007). „Was verändert die Kunst in der Therapie und wie?“ In: *Grundlagen, Modelle und Beispiele kunsttherapeutischer Dokumentation*. Hrsg. von P. Sinapius und M. Gnaß. Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften Frankfurt.
- Kramer, E. (2003). *Kindheit und Kunsttherapie*. Nausner und Nausner Verlag Graz.
- Kramer, E. (2004). *Kunst als Therapie mit Kindern*. 5. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag München.
- Kraus, W. (1996). „Die Heilkraft des Malens - Zu diesem Buch“. In: *Die Heilkraft des Malens*. Hrsg. von W. Kraus. Verlag C.H. Beck, München.
- Kriegler-Kastelic, G. (2008). *Selbstwirksamkeitserwartungen, Infopool besser lehren*. Center for Teaching und Learning der Universität Wien. URL: <https://infopool.univie.ac.at/startseite/universitaeres-lehren-lernen/selbstwirksamkeitserwartungen/> (besucht am 16.04.2021).
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit*. Hogrefe.
- Leutkart, C. (2003). „Vorüberlegungen zum Bereich Malerei/Zeichnen“. In: *Kunsttherapie aus der Praxis für die Praxis*. Hrsg. von C. Leutkart, E. Wieland und I. Wirtensohn-Baader. Verlag modernes Lernen Dortmund.
- Löffler, I., U. Meyer-Schepers und I. Naegele (2000). „Überlegungen zur Qualitätssicherung in der kombinierten Lern- und Psychotherapie“. In: *LRS - Legasthenie in den Klassen 1 - 10 Band 2 Schulische Förderung und außerschulische Therapien*. Hrsg. von I. Naegele und R. Valtin. Beltz verlag Weinheim.
- Lüscher, B. (2003). „Das Malatelier in der Schule“. In: *Ereignis Kunsttherapie*. Hrsg. von B. Egger. Zytglogge Bern.
- Mannhaupt, G. (2006). „Ergebnisse von Therapiestudien“. In: *Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS) - Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick 2006*. Hrsg. von W. Suchodoletz. Kohlhammer Stuttgart.
- Masuch, J. (2016). *Legasthenie und Kunsttherapie*. Master-Thesis, München, Hochschulinstitut für künstlerische Therapien der Hochschule für Wirtschaft und Umwelt Nürtingen.
- Masuch, J. (März 2021). *Experteninterview*.

- Mechler-Schönach, C. (2005). „InSzene Kunsttherapie“. In: *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. Hrsg. von H. Förstl F. Sprei P. Martius. Elsevier München.
- Menzen, K. (2013). *Kunsttherapie: Ansätze - Arbeitsfelder - Bilder*. Sigmund Freud Universitätsverlag Wien.
- Menzen, K. (2018). „Rezension über Die Auswirkung kunsttherapeutischer Interventionen auf die Ressourcen Selbstmanagement, Selbstwirksamkeitserwartung und Sinnerleben bei stationären alkoholabhängigen Patientinnen von J. Dennstedt“. In: *Kunst und Therapie*. Hrsg. von M. Wendlandt-Baumeister, K. Menzen und P. Rech. Claus Richter Verlag.
- Myschker, N. (2009). *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. 6. Auflage. Kohlhammer Verlag Stuttgart.
- Neumann, N. (1996). „Kunst wirkt, auch therapeutisch - Anmerkungen eines Psychiaters“. In: *Die Heilkraft des Malens*. Hrsg. von W. Kraus. Verlag C.H. Beck, München.
- Oaklander, V. (2007). *Gestalttherapie mit Kindern und Jugendlichen*. 14. Auflage. Klett Cotta Stuttgart.
- Öbkt (2021). Österreichischer Berufsverband für Kunsttherapie. URL: <https://berufsverbandkunsttherapie.com/> (besucht am 13.07.2021).
- ÖBVL (2021). M. Klein - Strasser. URL: <http://www.legasthenie.org/thema/info-zu-legasthenie/hom.html> (besucht am 21.03.2021).
- Rabkin, G. (1992). *Schreiben, Malen, Lesen - Wege zur Kultur*. Ernst Klett Verlag Stuttgart.
- Rabkin, G. (1998). *Schreibanregungen in Theorie und Praxis*. LIT Verlag Hamburg.
- Rabkin, G. (2000). „Anregungen zum freien Schreiben und Gestalten“. In: *LRS - Legasthenie in den Klassen 1 - 10* Band 2 Schulische Förderung und außerschulische Therapien. Hrsg. von I. Naegele und R. Valtin. Beltz verlag Weinheim.
- Reineke, E. (2012). „Zeichnen ist wie Zaubern“. In: *Kunst und Therapie*. Hrsg. von M. Wendlandt-Baumeister, K. Menzen und P. Rech. Claus Richter Verlag.
- Riedel, I. und C. Henzler (2016). *Maltherapie. Auf Basis der Analytischen Psychologie des C.G. Jungs*. Patmos Verlag Ostfildern.
- Rossmann, P. (1993). *DTK, Depressionstest für Kinder, Handanweisung*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Sandofer-Malli, Edith (2021). *Ikt*. Institut für Kunsttherapie in Österreich. URL: <https://www.ikt.or.at/> (besucht am 15.07.2021).
- Scheerer-Neumann, G. (1981). *Prozessanalyse der Leseschwäche. Legasthenie in Wissenschaft un Unterricht*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt.

- Scheerer-Neumann, G. (2015). *Lese-Rechtschreib-Schwäche und Legasthenie*. Kohlhammer Stuttgart.
- Schottenloher, G. (1983). *Kunst- und Gestaltungstherapie in der pädagogischen Praxis*. Don Bosco Verlag München.
- Schottenloher, G. (1994). „Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder“. In: *Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder!: Bildnerisches Gestalten und Therapie*. Hrsg. von G. Schottenloher. Kösel München.
- Schulte-Körne, G. (2006). „Lerntheoretisch begründete Therapieverfahren bei der Lese-Rechtschreib-Störung“. In: *Therapie der Lese- Rechtschreibstörung (LRS) - Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick 2006*. Hrsg. von W. Suchodoletz. Kohlhammer Stuttgart.
- Schuster, M. (1986). *Kunsttherapie, die heilende Kraft des Gestaltens*. DuMont Verlag Köln.
- Seidl, G. Sillo - (1991). *Die heilenden Farben*. Wilhelm Maudrich Wien.
- Seiler, B. (2017). *Wirkfaktoren menschlicher Veränderungsprozesse. Das ModiV in allgemeiner und kunstbezogener Beratung, Psychotherapie und Pädagogik*. Springer Wiesbaden.
- Seiler, B. (2019). „Wirkfaktoren in Kunsttherapie und Kunstpädagogik: ein Vergleich“. In: *Kunst und Therapie, Zeitschrift für bildnerische Therapien 2019/1*. Hrsg. von M. Wendlandt-Baumeister, K. Menzen und P. Rech. Claus Richter Verlag.
- Siekmann, K. (2013). *Individuelle Diagnose und Förderung bei Rechtschreibschwierigkeiten*. 1. Auflage. Cornelsen Schulverlag Berlin.
- Suchodoletz, W. (2006a). „Alternative Therapieangebote im Überblick“. In: *Therapie der Lese- Rechtschreibstörung (LRS) - Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick 2006*. Hrsg. von W. Suchodoletz. Kohlhammer Stuttgart.
- Suchodoletz, W. (2006b). „Fazit“. In: *Therapie der Lese- Rechtschreibstörung (LRS) - Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick 2006*. Hrsg. von W. Suchodoletz. Kohlhammer Stuttgart.
- Suchodoletz, W. (2006c). „Spannungsfeld zwischen etablierten und alternativen Behandlungsverfahren“. In: *Therapie der Lese- Rechtschreibstörung (LRS) - Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick 2006*. Hrsg. von W. Suchodoletz. Kohlhammer Stuttgart.
- Thomas, C. (1996). „Ich kann aber nicht malen - Geschichten, Verfahren, Möglichkeiten und Grenzen der Kunsttherapie“. In: *Die Heilkraft des Malens*. Hrsg. von W. Kraus. Verlag C.H. Beck, München.

- Thome, G. und D. Thome (2020). *OLFA 3-9, Oldenburger Fehleranalyse für die Klassen 3-9*. 6. Auflage. isb Verlag.
- Tutsch, L. (2000). „Paradoxe Intention“. In: *Wörterbuch der Psychotherapie*. Hrsg. von G. Stumm und A. Pritz. Springer Wien.
- Valtin, R. (1981). „Zur Machbarkeit der Ergebnisse der Legasthenieforschung“. In: *Legasthenie in Wissenschaft und Unterricht 1981*. Hrsg. von R. Valtin, U. Jung und G. Scheerer-Neumann. Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt.
- Valtin, R. (2000). „Von der klassischen Legasthenie zur LRS - notwendige Klarstellungen“. In: *LRS - Legasthenie in den Klassen 1 - 10 Band 2 Schulische Förderung und außerschulische Therapien*. Hrsg. von I. Naegele und R. Valtin. Beltz verlag Weinheim.
- Valtin, R. und I. Naegele (2000). „Legasthenie kommt von Gott - wie SchülerInnen mit LRS ihr Versagen erklären“. In: *LRS - Legasthenie in den Klassen 1 - 10 Band 2 Schulische Förderung und außerschulische Therapien*. Hrsg. von I. Naegele und R. Valtin. Beltz verlag Weinheim.
- Valtin, R. und A. Sasse (2014). „Legasthenie“. In: *Handlexikon Lernschwierigkeiten und Verhaltensstörungen*. Hrsg. von Wembler, Stein und Heimlich. Kohlhammer Verlag.
- Wieland, E. (2003). „Therapeutische Aspekte der Kunsttherapie“. In: *Kunsttherapie aus der Praxis für die Praxis*. Hrsg. von C. Leutkart, E. Wieland und I. Wirtensohn-Baader. Verlag modernes Lernen Dortmund.
- Wieser, M. und K. Ottomeyer (2000). „Psychodrama“. In: *Wörterbuch der Psychotherapie*. Hrsg. von G. Stumm und A. Pritz. Springer Wien.
- Wilckens, S. (2018). *Lese- Rechtschreibstörung und Bildungsbiographie, die Bedeutung des schulischen Schriftspracherwerbs für die Identitätsentwicklung*. Springer Verlag.
- Wirtensohn-Baader, I. (2003). „Die Bedeutung des Materials“. In: *Kunsttherapie aus der Praxis für die Praxis*. Hrsg. von C. Leutkart, E. Wieland und I. Wirtensohn-Baader. Verlag modernes Lernen Dortmund.
- Wolf, F. (2000). „Paradoxe Intervention“. In: *Wörterbuch der Psychotherapie*. Hrsg. von G. Stumm und A. Pritz. Springer Wien.
- Zabransky, D. (2000). „Gestaltpsychologie, Gestalttheorie“. In: *Wörterbuch der Psychotherapie*. Hrsg. von G. Stumm und A. Pritz. Springer Wien.
- Zangerle, Heinz (2000). „Angebote des Psycho-Marktes“. In: *LRS - Legasthenie in den Klassen 1 - 10 Band 2 Schulische Förderung und außerschulische Therapien*. Hrsg. von I. Naegele und R. Valtin. Beltz verlag Weinheim.
- Zimbardo, P. (1995). *Psychologie*. 6. Auflage. Springer Berlin.

Zimdars, K. und S. Zink (2006). „Computergestützte Trainingsverfahren“. In: *Therapie der Lese- Rechtschreibstörung (LRS) - Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick* 2006. Hrsg. von W. Suchodoletz. Kohlhammer Stuttgart.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

2.1	Mehrebenenmodell zur Strukturierung der relevanten Faktoren und Forschungsfragen bei LRS (Scheerer-Neumann 2015, S. 13)	19
2.2	Abbildung Lernstrukturmodell (D. Betz und Breuninger 1998, S. 127)	24
6.1	Abbildung Konzept Kunsttherapie (Masuch 2016, S. 30)	97

ANHANG

Interviewleitfaden: Können kunsttherapeutische Methoden legasthene Kinder bei der Stärkung ihrer vulnerablen Selbstwirksamkeit und Ich-Kompetenz unterstützen?

- Begrüßung, Dank, Freude auf das Gespräch,
- Frage nach Aufzeichnung, Frage nach Erlaubnis zum namentlichen Zitieren
- Einführung in das Thema:
Meine Masterarbeit beschäftigt sich mit den Themenkreisen Legasthenie und Kunsttherapie als Therapiemethode.

- Welche Ausbildungen, berufliche Qualifikationen haben Sie in Hinblick auf die Themengebiete Legasthenie und Kunsttherapie?
- Welche beruflichen Tätigkeiten üben Sie derzeit aus?
- Welche einschlägigen beruflichen Tätigkeiten haben Sie davor ausgeführt?
- Haben Sie bereits als Kunsttherapeutin mit legasthenen Kindern/Menschen gearbeitet?
- Wenn ja, wie ist es dazu gekommen? Wer hat Kunsttherapie als Therapiemethode bei Legasthenie empfohlen?
- Wenn nicht, fänden Sie es sinnvoll, mit legasthenen Kindern mit Kunsttherapie zu arbeiten?

- Wie geht es Kindern Ihrer Erfahrung nach damit, dass sie Legastheniker sind?
- Wie geht es betroffenen Kindern und Familien im speziellen in Bezug auf Schule, Lernmotivation und Motivation für längerfristiges Legasthenietraining?
- Wie erleben Familienmitglieder die Legasthenie?
- Welche sekundären Folgesymptome der Legasthenie erleben Sie in ihrem beruflichen Alltag?
- Wie geht es Betroffenen in Bezug auf ihr Selbstwertgefühl, ihre Selbstkompetenz und ihre Selbstwirksamkeit?
- Welches Erklärungsmodell der Legasthenie bevorzugen Sie? Sehen Sie Legasthenie eher als Krankheit, Behinderung, Lernstörung oder als ein systemisches Problem?
- Haben Schulen ausreichend Ressourcen um Kinder in der Schule adäquat zu fördern?

- Welche kunsttherapeutischen Methoden verwenden Sie vorwiegend?
- In welchem Setting arbeiten Sie mit der Zielgruppe?
- Integrieren Sie Eltern in die kunsttherapeutische Arbeit?
- Integrieren Sie Lehrer in Ihre kunsttherapeutische Arbeit?
- Verwenden Sie auch Methoden, die direkt am Schreiben ansetzen, etwa Kreatives Schreiben oder das Modellieren von Buchstaben?

-
- Können kunsttherapeutische Methoden, Ihrer Meinung nach, die Motivation für ein notwendiges Legasthenie Training sowie das Durchhaltevermögen bei langwierigen Lernprozessen fördern?
 - Welche Wirkfaktoren der Kunsttherapie kommen bei legasthenen Menschen besonders zur Geltung?
 - Wenn Sie das Kind zum Schreiben motivieren möchten, ermutigen Sie es dann zu einer möglichst richtigen Rechtschreibung oder ignorieren Sie orthographische Fehler?
 - Inwieweit ist es sinnvoll, als Kunsttherapeutin und Legasthietrainerin in einer Person mit einem Kind zu arbeiten?
 - Haben Sie eine Vision, wie kunsttherapeutische Arbeit im Arbeitsfeld Legasthenie ausschauen sollte?
 - Sind Sie der Meinung, dass Kunsttherapie mit Legasthenikern innerschulisch angeboten werden kann?
 - Kennen Sie Studien zum Thema Kunsttherapie und Legasthenie, wenn nicht, haben Sie eine Hypothese dazu, warum es keine gibt?

 - Darf ich mich noch einmal an Sie wenden, sollte noch eine Frage auftauchen?

Dank!

Kategorien des Interviews:

- Qualifikation des Experten
- Erfahrungen des Experten
- Sekundärsymptome bei Legasthenie
- Kunsttherapeutische Methoden
- Relevanz einer Kunsttherapie bei Legasthenie
- Relevanz von zeitgleich kunsttherapeutischen und lernfördernden Elementen