

Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen

Sind sie wirksam?

Künstlerische Therapien stellen gegenwärtig einen wichtigen Baustein in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen dar. Gleichwohl finden künstlerische Therapien bisher kaum in den Handlungsempfehlungen nationaler und internationaler Leitlinien ausreichend Beachtung. Der folgende Beitrag fasst die vorliegende Evidenz zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen zusammen, stellt die darauf basierenden Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) dar und zeigt Desiderate für die zukünftige Forschung auf.

Künstlerische Therapien – Hintergrund und aktuelle Praxis

Künstlerische Therapien haben in Deutschland einen festen Platz in der psychiatrischen Versorgung [10, 26]. Die Vielfalt künstlerischer und therapeutischer Ansätze ist breit gefächert. Unter künstlerischen Therapien werden „Therapieformen, die von künstlerisch qualifizierten Therapeuten klientenzentriert ausgeübt werden“, verstanden ([11], S. 19). Die

Methoden sind ressourcen-, beziehungs-, handlungs- und erlebnisorientiert [31].

Die Aufgabe des Kunsttherapeuten besteht unter anderem darin, dem Patienten die Konzentration auf sein inneres Erleben und den inneren Dialog mit dem Werk zu erleichtern. ([10], S. 38)

Neben Ansätzen der Kunst-, Musik-, Tanz- und Bewegungs- sowie Theater- und Dramatherapie werden beispielsweise auch Poesie- und Worttherapien (z. B. Schreibtherapie) sowie Filmtherapien unter dem Begriff der künstlerischen Therapien subsumiert [11, 18]. Rezeptive Methoden stehen dabei neben aktiven Methoden und finden sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting Anwendung [11]. Nahezu alle Ansätze künstlerischer Therapien sind vor allem durch psychotherapeutische Theorie-Praxis-Modelle unterschiedlicher Schulenausrichtung beeinflusst, die für die künstlerisch-therapeutische Praxis modifiziert und weiterentwickelt wurden [12].

» Künstlerische Therapien ermöglichen eine nonverbale Kommunikation

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen gehen oftmals mit Kommunika-

tioneinschränkungen einher, was in der Folge den Leidensdruck und die soziale Isolation verstärken kann. Künstlerische Therapien ermöglichen eine Kommunikation jenseits konventioneller Sprachhandlung und befähigen zu Wahrnehmung und Ausdruck von emotionalen und kognitiven Inhalten. Ein besonderes Merkmal ist hierbei der alle Sinnesorgane ansprechende, mediale und prozedurale Zugang sowie die Schaffung eines Kunstproduktes oder Kunstwerkes, das eine nachfolgende intersubjektive Auseinandersetzung mit intrapsychischen Inhalten ermöglichen kann. Als Zielstellungen in der Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Störungen können u. a. die Wiedergewinnung, die Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten, die Stabilisierung und Stärkung der Selbstregulation sowie die Entwicklung psychosozialer Kompetenzen benannt werden.

Künstlerische Therapien haben in bisherigen nationalen und internationalen Leitlinien kaum Beachtung erfahren. Eine systematische Recherche nach entsprechender Evidenz für die Wirksamkeit künstlerischer Therapien ist bislang in der S3-Leitlinie „Demenzen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN; [3]) sowie in der Leitlinie des National Institute for Health and Clini-

Tab. 1 Publikationen zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Therapieform	Literatur	Inkludierte RCTs	Stichprobengröße (n) ^a	Diagnosen	Behandlungssetting	Signifikante Effekte auf Zielgrößen	Einschluss in NICE-Metaanalyse
Musiktherapie	Gold et al. [6] (MA)	Yang et al. [36]	72	Schizophrenien	Stationär	↑ Allgemeinbefinden (Rating) ↓ Allgemeine Psychopathologie (BPRS) ↓ Negativsymptomatik (SANS)	Ja
		Maratos [13]	81	Schizophrenien und schizotypische Störungen	Stationär		Nein
		Tang et al. [27]	76	Schizophrenien	Stationär		Nein
		Ulrich [28] [29]	37	Schizophrenien und schizotypische Störungen, drogeninduzierte Psychosen, schwere affektive Erkrankungen	Stationär		Ja
		Maratos et al. [14] (SR)	Extraktion einer relevanten Studie: Radulovic et al. [21]	60	Mittelschwere und schwere Depressionen mit psychotischer Symptomatik	Stationär	↓ Depressive Symptomatik (BDI)
	NICE [16] (MA)	Talwar et al. [26]	81	Schizophrenien und andere schwere Störungen	Stationär		Ja
	Kunsttherapie	Ruddy u. Milnes [25] (SR)	Green et al. [8]	47	Schizophrenien, schwere affektive und neurotische Störungen	Ambulant	
Richardson et al. [22]			90	Schizophrenien	Ambulant	↓ Negativsymptomatik (SANS)	Ja
Dramatherapie	Ruddy u. Dent-Brown [24] (SR)	Nitsun et al. [17]	24	Schizophrenien	Stationär		Nein
		Gutridge et al. [9]	87	Schizophrenien, schwere affektive und Persönlichkeitsstörungen	Stationär		Nein
		Whetstone [33]	15	Chronische psychische Störungen	Stationär		Nein
		Qu et al. [20]	60	Schizophrenien	Stationär		Nein
		Zhou u. Tang [37]	24	Schizophrenien	Stationär	↑ Selbstbewusstsein (SES) ↓ Minderwertigkeitsgefühle (FIS)	Nein
Tanztherapie	Xia u. Grant [35] (SR)	Röhricht et al. [23]	45	Schizophrenien	Ambulant	↓ Negativsymptomatik (PANSS)	Ja

^aExperimental- und Kontrollgruppe; MA Metaanalyse, RCTs randomisierte kontrollierte Studien, SR systematisches Review; ↑ Verbesserung, ↓ Verschlechterung. BDI Beck Depression Inventory, BPRS Brief Psychiatric Rating Scale, FIS Feeling Inferior Scale, PANSS Positive and Negative Symptoms Scale, SANS Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SDSI Social Aspects of Functioning, SES Self Esteem Scale.

cal Excellence (NICE) zur Behandlung der Schizophrenie von 2009 [16] erfolgt. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, die aktuelle Evidenz zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien aufzuzeigen und die daraus abgeleiteten Empfehlungen für die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen“ zu referieren.

Evidenz künstlerischer Therapien

Die vorliegende Übersicht konzentriert sich ausschließlich auf randomisierte

kontrollierte Studien (RCTs). Den Empfehlungen zur Leitlinienerstellung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) folgend wurden zunächst systematische Reviews und Metaanalysen berücksichtigt, die ihrerseits auf qualitativ hochwertigen RCTs beruhen. **Tab. 1** fasst die relevanten Arbeiten zur Wirkung von Musiktherapie, Kunsttherapie, Dramatherapie und Tanztherapie zusammen, die sich auf Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie anderen schweren psychischen Erkrankungen mit chronischen Verläufen

beziehen. Darüber hinaus wurde die aktuelle Metaanalyse zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien der Leitlinie „Schizophrenie“ des britischen NICE [16] berücksichtigt. Diese Metaanalyse nimmt eine Sonderstellung ein. Im Unterschied zu den anderen referierten Arbeiten, die sich nur jeweils auf einen künstlerischen Ansatz beschränken, betrachten die Autoren verschiedene kunsttherapeutische Ansätze in einer Metaanalyse. Eine systematische Suche nach später publizierten randomisierten kontrollierten Studien, die nicht in die referierten Übersichten

und Metaanalysen einfließen, erbrachte keine Resultate.

Musiktherapie

Der Begriff Musiktherapie ist eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen. Es existiert keine allgemeingültige, weltweit akzeptierte Definition. Die amerikanische National Association for Music Therapy (NAMT) bezeichnet

[...] Musiktherapie als gezielte Anwendung von Musik oder musikalischen Elementen, um therapeutische Ziele zu erreichen: Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer und körperlicher Gesundheit. Durch Musiktherapie soll dem Patienten Gelegenheit gegeben werden, sich selbst und seine Umwelt besser zu verstehen [...]. (Übersetzung Eschen [4], S. 137)

Musiktherapie zeigt bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen und chronischen Verläufen positive Effekte [6]. Untersucht wurde überwiegend ein aktiver musiktherapeutischer Ansatz, der in zwei Studien durch rezeptive Methoden ergänzt wurde. Bezogen auf die psychopathologische Symptomatik zeigten sich günstige Effekte durch Musiktherapie gegenüber alleiniger herkömmlicher stationärer Behandlung über einen Zeitraum von 1 bis 3 Monaten. Die Negativsymptomatik schien sowohl durch eine musiktherapeutische Kurzzeitintervention mit weniger als 20 Sitzungen als auch durch eine Intensivintervention reduziert ([27, 28, 36]; **■ Tab. 2**). Von der „Dosierung“ der Intervention abhängige Effekte zeigten sich hinsichtlich der allgemeinen Psychopathologie, des sozialen Funktionsniveaus sowie des Allgemeinbefindens. Zur Wirksamkeit von Musiktherapie bei Menschen mit schweren depressiven Erkrankungen im Sinne der definierten Zielgruppe liegt bisher eine randomisierte kontrollierte Studie vor ([21], aus [14]). Darin erwies sich eine 2-mal wöchentlich durchgeführte musiktherapeutische Gruppenintervention über 6 Wochen gegenüber alleiniger stationärer Behandlung einschließlich antidepressiver medikamentöser Behandlung bei Patienten mit einer mittleren bis schweren De-

Nervenarzt 2012 · 83:855–860 DOI 10.1007/s00115-011-3472-7
© Springer-Verlag 2012

U. Gühne · S. Weinmann · K. Arnold · E.-S. Ay · T. Becker · S. Riedel-Heller Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen. Sind sie wirksam?

Zusammenfassung

Künstlerische Therapien bilden neben anderen psychosozialen Interventionen ein wichtiges Element im Rahmen multimodaler Behandlungskonzepte für Menschen mit psychischen Störungen. Der Beitrag fasst die systematisch recherchierte Evidenz zusammen und stellt die Empfehlungen dar, die im Rahmen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erarbeitet wurden. Die Studien zeigen, dass die zusätzliche Anwendung künstlerischer Therapien insbesondere die Negativsymptomatik bei Menschen mit schi-

zophrenen Erkrankungen reduziert. Die aussagekräftigste Befundlage existiert dabei für die Musiktherapie. In der Behandlung schwerer depressiver Erkrankungen gibt es Hinweise, dass eine zusätzliche musiktherapeutische Intervention die depressive Symptomatik reduziert. Künstlerische Therapien werden im Rahmen der Leitlinie mit einem Empfehlungsgrad B empfohlen.

Schlüsselwörter

Psychosoziale Interventionen · Künstlerische Therapien · Wirksamkeit · Schwere psychische Störungen · Leitlinien

Arts therapies in severe mental illness. Are they effective?

Summary

Arts therapies are widely used treatment strategies for people with severe mental illness. Generally, only a few randomized trials are available, however, the studies show that additional use of arts therapies reduces the appearance of negative symptoms among people with schizophrenia. The most significant evidence can be seen with music therapy. The treatment of severe depression has shown that additional music therapy im-

proves depression. The S3 guidelines on psychosocial therapies in severe mental illness of the Germany Society for Psychiatry, Psychotherapy and Neurology (DGPPN) recommended arts therapies are with recommendation level B.

Keywords

Psychosocial interventions · Arts therapies · Efficacy · Severe mental illness · Guidelines

pression mit psychotischen Symptomen bezüglich der Reduktion der depressiven Symptomatik als wirksam [21].

► Die Wirksamkeit von Musiktherapie bei Menschen mit schweren psychischen Störungen ist dosisabhängig.

Eine musiktherapeutische Behandlung mit mehr als 16 Sitzungen erwies sich als weitaus effektiver als eine Behandlung mit 3 bis 10 Sitzungen [7].

Kunsttherapie

Kunsttherapie subsumiert Verfahren, die Mittel der bildenden Kunst in einem psychoedukativen und psychotherapeutischen Kontext einsetzt. ([31], S. 1079).

In diesem Feld gibt es nur wenige qualitativ hochwertige Studien. Auf der Grundlage zweier randomisierter kontrollierter Studien wurde die Wirksamkeit von Kunsttherapie zusätzlich zur Standardbehandlung in einem ambulanten Setting untersucht [25]. Es zeigte sich bezogen auf die Negativsymptomatik bei schizophren Erkrankten ein signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe ([22]; **■ Tab. 1**). Patienten, die die Intervention erhielten, zeigten zudem eine bessere Behandlungscompliance. Weitere Unterschiede hinsichtlich anderer krankheitsassoziierter Merkmale sowie hinsichtlich sozialer Funktionen und der Lebensqualität konnten nicht gezeigt werden.

Tab. 2 Metaanalyse Musiktherapie [6]: signifikante Effekte

	k	N	SMD	95%-KI	p
Negativsymptomatik (SANS)					
Kurzzeitintervention (<20 Sitzungen)	2 [27, 28]	110	-0,79	-1,19, -0,40	0,00087
Intensivintervention (>20 Sitzungen)	1 [36]	70	-0,97	-1,47, -0,47	0,00014
Kurzzeit- und Intensivintervention	3	180	-0,86	-1,17, -0,55	<0,0001

k Anzahl integrierter Studien, KI Konfidenzintervall zu SMD, N Stichprobengröße gesamt, p Signifikanzniveau zu SMD, SANS Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SMD standardisierter Mittelwert.

Tab. 3 NICE-Metaanalyse zur Evidenz künstlerischer Therapien [16]: signifikante Effekte

	k	N	SMD	95%-KI	p
Allgemeine Psychopathologie (PANSS, BPRS)					
Am Ende der Behandlung	4 [22, 23, 26, 36]	267	-0,49	-0,98, 0,01	0,06
Negativsymptomatik (PANSS, SANS)					
Am Ende der Behandlung	5 [22, 23, 26, 29, 36]	294	-0,59	-0,83, -0,36	<0,00001
Nach bis zu 6 Monaten	2 [22, 23]	67	-0,77	-1,27, -0,26	0,003

k Anzahl integrierter Studien, KI Konfidenzintervall zu SMD, N Stichprobengröße gesamt, p Signifikanzniveau zu SMD, SMD standardisierte Mittelwertdifferenz.
BPRS Brief Psychiatric Rating Scale, PANSS Positive and Negative Symptoms Scale, SANS Scale for the Assessment of Negative Symptoms

Dramatherapie

Dramatherapie steht neben anderen Begriffen wie Theatertherapie, Psychodrama oder therapeutisches Theater. Bisher existieren keine abschließenden und international diskursfähigen Begrifflichkeiten [15]. In der Definition der British Association of Dramatherapists heißt es, dass der Hauptfokus von Dramatherapie auf der bewussten Nutzung heilender Aspekte des Dramas und des Theaters als therapeutischem Prozess liegt. Die Methode nutze handlungsgerichtete Formen des Arbeitens und Spielens, um Kreativität, Imagination, Lernen, Einsicht und Entwicklung zu unterstützen (vgl. [24]).

Die Effekte von Dramatherapie bei Menschen mit schweren psychischen Störungen können derzeit auf der Basis von 5 randomisierten kontrollierten Studien bewertet werden ([24], **Tab. 1**). Alle Behandlungen wurden in einem stationären Setting und im Gruppenformat durchgeführt. Neben dem Psychodrama kamen Methoden zum Einsatz, die sich eher als soziale Rollenspiele mit dem Ziel verbesserter sozialer Fertigkeiten einordnen lassen. In allen Gruppen wurden Situationen und Szenen „gespielt“ und im Anschluss auf unterschiedliche Art und Weise betrachtet und diskutiert. Bei den Kontrollinterventionen handelte es sich um herkömmliche Behandlungen in einem stationären Setting. Eine zuverlässige Aus-

sage zur Effektivität von Psychodrama ist aufgrund der wenigen Studien mit z. T. sehr kleinen Stichproben und den Unterschieden in den Interventionsansätzen kaum möglich. Eine Studie zeigt, dass Psychodrama das Selbstbewusstsein stärkt und Minderwertigkeitsgefühle reduziert [37].

Tanztherapie

Die integrative Tanztherapie ist eine kreative, ganzheitliche Behandlungsweise, die den Körper, die Bewegung und den Tanz für psychotherapeutische Zielsetzungen verwendet. ([34], S. 13)

In diesem Sinne geht sie über das, was gemeinhin als Tanz verstanden wird, hinaus.

Eine Bewegungstherapie („body-oriented psychological therapy“, BPT), die in einem gemeindenahen Behandlungssetting zusätzlich zur Routineversorgung angeboten wurde, erwies sich gegenüber „supportive counselling“ und herkömmlicher Versorgung überlegen [23]. Die Experimentalintervention umfasste bei einer Behandlungsintensität von 20 zweiwöchigen Sitzungen die Anwendung verschiedener Körperbewegungen und Kreationen von Skulpturen in der Gruppe und eine entsprechende Reflexion des Erlebten. Am Ende der Behandlung wurde eine Reduktion der Negativsymptomatik bei schizophnen Erkrankten messbar.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit durch die Patienten sowie der Lebensqualität.

NICE-Metaanalyse und -Leitlinie

Im Rahmen der Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) zur Behandlung der Schizophrenie von 2009 [16] erfolgte nicht nur eine umfassende Recherche der aktuellen Literatur, sondern darüber hinaus die Bewertung der vorliegenden Evidenz durch eigens initiierte Metaanalysen. In ihrer Metaanalyse zur Wirksamkeit von künstlerischen Therapien führen die NICE-Autoren verschiedene kunsttherapeutische Ansätze einer gemeinsamen Betrachtung zu und leiten daraus eine konsistente Evidenz für die Wirksamkeit künstlerischer Therapien verglichen mit einer herkömmlichen Behandlung hinsichtlich der Reduktion der Negativsymptomatik bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen ab (**Tab. 3**). Mittlere bis starke Effekte am Ende der Behandlung waren auch bis zu 6 Monate nach Behandlungsende anhaltend.

Es wurden keine überzeugenden Vorteile bezogen auf die Reduktion der Positivsymptomatik, des allgemeinen oder sozialen Funktionsniveaus, der sozialen Funktionen und der Lebensqualität gefunden.

Diskussion

Das Experiment gilt als klassische Form der Erkenntnisgewinnung für Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge. Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind dabei Goldstandard. Die Randomisierung ist das wichtigste Kontrollprinzip und die einzige Methode, die alle bekannten und insbesondere unbekannt Störfaktoren kontrolliert. Werden systematisch identifizierte RCTs wiederum quantitativ zusammengefasst, spricht man von einer Metaanalyse. Wenn man davon ausgeht, dass RCTs die beste Evidenz zur Wirksamkeit von Interventionen produzieren, so stehen Metaanalysen, die auf der Basis gut ausgewählter RCTs durchgeführt werden, an der Spitze der sog. Evidenzhierarchie [5]. Genau genommen, existiert eine

quantitative Synthese der Therapieeffekte bislang lediglich im Bereich der Musiktherapie. Die Metaanalyse der Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) nimmt eine gewisse Sonderstellung ein, da hier Primärdaten aus Studien verschiedener künstlerischer Therapieformen gleichzeitig in die Berechnungen einfließen.

Vergleichbar mit den Entwicklungen im Feld der Psychotherapieforschung wird auf dem Gebiet der Wirksamkeitsforschung künstlerischer Therapien immer wieder bezweifelt, ob das streng standardisierte Vorgehen der evidenzbasierten Medizin der Komplexität der Therapieformen und der Individualität der einzelnen therapeutischen Prozesse gerecht wird [10]. Im Bereich der künstlerischen Therapien hat sich aktuell der Fokus von Einzelfallstudien hin zu kontrollierten Studien verlagert [1] und es liegt eine überschaubare Anzahl randomisierter kontrollierter Studien auf der Basis überwiegend kleiner Stichproben vor. Methodische Schwächen sind z. B. in kurzen Beobachtungszeiträumen, sehr heterogenen Interventionsansätzen oder fehlenden aktiven Kontrollinterventionen bzw. unzureichender Beschreibung der Kontrollintervention auszumachen [2]. Der Großteil der Studien ist in einem stationären Behandlungssetting erfolgt. Eine Übertragung der Ergebnisse auf ambulante Bedingungen ist inhaltlich naheliegend, steht aber noch aus. Dennoch zeigt die Übersicht, dass die Durchführung randomisierter kontrollierter Studien auch im Bereich der künstlerischen Therapien möglich ist, jedoch eine besondere Herausforderung darstellt.

Zusammenfassung und Empfehlungen

Eine abschließende zuverlässige Aussage zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen scheint auf Basis der gegenwärtigen Evidenz verfrüht. Die aussagekräftigste Befundlage existiert derzeit für die Musiktherapie. Die bisher vorliegenden Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass die zusätzliche Anwendung verschiedener Ansätze künstlerischer Therapien neben einer herkömmlichen Be-

handlung insbesondere die Negativsymptomatik bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen reduziert.

Vereinzelt ließen sich zudem Anhaltspunkte für Veränderungen bezogen auf ein verbessertes Allgemeinbefinden, eine reduzierte depressive Symptomatik, ein verbessertes soziales Funktionsniveau, ein stärkeres Selbstbewusstsein sowie auf verringerte Minderwertigkeitsgefühle finden. Ein Einfluss auf das Risiko vorzeitiger Behandlungsabbrüche, die Behandlungszufriedenheit und die Lebensqualität konnte nicht gezeigt werden. Für eine musiktherapeutische Intervention konnte aufgezeigt werden, dass die Effektivität der Behandlung von ihrer Intensität abhängt.

Wie werden künstlerische Therapien in den anderen Leitlinien bewertet, die dazu Aussagen machen? Betrachtet man den Einsatz künstlerischer Therapien bei der Behandlung Demenzkranker, so liegen auch hier die aussagekräftigsten Befunde für die Wirksamkeit von Musiktherapie vor. Eine systematische Recherche nach entsprechender Evidenz im Rahmen der S3-Leitlinie „Demenzen“ der DGPPN und der DGN erbrachte einzelne Hinweise, dass sowohl aktive als auch rezeptive Musiktherapie mindestens geringe Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome bei Menschen mit einer demenziellen Erkrankung haben, die jedoch nur einen Empfehlungsgrad C („kann eingesetzt werden“) rechtfertigen. Es mangelt hier an hochwertigen RCTs, um die Wirkung von Kunst- und Tanztherapie für Menschen mit einer Demenz zu bewerten [3, 30, 32].

Die Autoren der Leitlinie des NICE zur Behandlung der Schizophrenie von 2009 [16] bewerten die bisher vorliegende Evidenz zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien bei Menschen mit schizophrenen Störungen sehr positiv und empfehlen künstlerische Therapien für alle Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung (entspricht einer A-Empfehlung „soll eingesetzt werden“). Die Empfehlung der aktuellen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ stützt sich auf die dargelegte Evidenz und formuliert dagegen eine B-Empfehlung („sollte eingesetzt

werden“). Bei einer Evidenzebene Ib (Evidenz aus mindestens einer kleinen randomisierten kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als 3 RCTs) wurde der Empfehlungsgrad B konsentiert, da die Studienlage nicht für alle Therapieformen einheitlich ist und sich die Evidenz gegenwärtig noch auf eine sehr umschriebene Anzahl von RCTs mit Limitationen gründet. Dies macht erheblichen Forschungsbedarf und gleichzeitig enormes Potenzial für diese psychosozialen Interventionen deutlich [19].

► Künstlerische Therapien sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen insbesondere zur Verringerung der Negativsymptome angeboten werden.

Darüber hinaus wurden in der Konsensusgruppe Voraussetzungen und organisatorische Rahmenbedingungen benannt:

- Einbindung künstlerischer Therapien in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan,
- Anwendung künstlerischer Therapien ist im ambulanten, teilstationären oder stationären Setting möglich,
- personenzentriertes und zielgerichtetes Vorgehen,
- Anregung und Hinführung zur Fortführung der künstlerischen Tätigkeit nach Abschluss der Therapie,
- Grundhaltung: der kreative Prozess ist wichtiger als das künstlerische Produkt,
- differenzielle Indikation für die Anwendung im Einzel- oder Gruppen-setting,
- entsprechende Modifikation des Vorgehens in Abhängigkeit von der Homogenität bzw. Inhomogenität der Gruppe,
- Frequenz und Intensität der Sitzungen entsprechend der Schwere der Erkrankung,
- Besonderheit: die urheberrechtlichen Bestimmungen der (Kunst-)Produkte beachten.

Fazit für die Praxis

- Werden herkömmliche Behandlungen durch künstlerische Therapien ergänzt, kann ein günstiger Effekt auf die psychopathologischen Symptome, insbesondere auf die Negativsymptomatik bei Menschen mit schizophrenen Störungen gezeigt werden.
- Künstlerische Therapien sollten deshalb für Menschen mit schweren psychischen Störungen zur Verfügung stehen.

Korrespondenzadresse

**Dr. U. Gühne**

Institut für Sozialmedizin,
Arbeitsmedizin und Public
Health, Universität Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55,
04103 Leipzig
Uta.Guehne@medizin.
uni-leipzig.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihre Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung. Die vorliegende Arbeit entstand in Zusammenhang mit der systematischen Recherche in Vorbereitung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen“, gefördert durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

Literatur

1. Argstatter H, Hillecke T, Bradt J, Dileo C (2007) Der Stand der Wirksamkeitsforschung – Ein systematischer Review Musiktherapeutischer Meta-Analysen. *Verhaltensther Verhaltensmed* 28:39–61
2. Burns T (2009) End of the road for treatment-as-usual studies? *Br J Psychiatry* 195:5–6
3. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie PuND, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2010) Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz. Reihe: Interdisziplinäre S3-Praxisleitlinie, Bd 0. Springer, Berlin
4. Eschen JT (1979) Zur Abgrenzung von therapeutisch orientierter Arbeit mit Musik in der Sozialpädagogik zur Musiktherapie. In: Finkel K (Hrsg) *Handbuch Musik- und Sozialpädagogik*. Bosse, Regensburg, S 513–514
5. Geddes L, Harrison P (1997) Closing the gap between research and practise. *Br J Psychiatry* 171:220–225
6. Gold C, Heldal TO, Dahle T, Wigram T (2005) Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD004025. DOI 10.1002/14651858.CD004025.pub2
7. Gold C, Solli HP, Krüger V, Lie SA (2009) Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 29:193–207
8. Green BL, Wehling C, Talsky GJ (1987) Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. *Hosp Community Psychiatry* 38:988–991
9. Gutride ME, Goldstein AP, Hunter GF (1973) The use of modeling and role playing to increase social interaction among asocial psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol* 40:408–415
10. Heimes S (2010) Künstlerische Therapien. Ein intermediärer Ansatz. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
11. Hörmann K (2008) Künstlerische Therapien – Begriffserklärung. *Musik Tanz Kunstther* 19:153–159
12. Karkou V, Sanderson P (2006) Arts therapies. A research-based map of the field. Elsevier at Churchill Livingstone, Edinburgh
13. Maratos A, Crawford M (2004) Composing ourselves: what role might music therapy have in promoting recovery from acute schizophrenia? London West Mental Health R&D Consortium's 9th Annual Conference
14. Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ (2008) Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD004517. DOI 10.1002/14651858.CD004517.pub2
15. Müller-Weith D, Neumann L, Stoltenhoff-Erdmann B (2002) Theater Therapie. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn
16. NICE (2009) Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 82. London. <http://www.nice.org.uk>
17. Nitsun M, Stapleton JH, Bender MP (1974) Movement and drama therapy with long stay schizophrenics. *Br J Med Psychol* 47:101–119
18. Petersen P (2000) Künstlerische Therapien: Wege zur psychosozialen Gesundheit. *Dtsch Arztebl* 97:903–906
19. Pfennig A, Holter G (2011) Evidence-based medicine is gold standard for medical guidelines. *Psychiatr Prax* 38:218–220
20. Qu Y, Li Y, Xiao G (2000) The efficacy of dramatherapy in chronic schizophrenia. *Chin J Psychiatry* 33:237–239
21. Radulovic R, Cvetkovic M, Pejovic M (1997) Complementary musical therapy and medicamentous therapy in treatment of depressive disorders. WPA Thematic Conference Jerusalem
22. Richardson P, Jones K, Evans C et al (2007) Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *J Ment Health* 16:483–491
23. Röhrich F, Priebe F (2006) Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 36:669–678
24. Ruddy R, Dent-Brown K (2007) Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD005378. doi:10.1002/14651858
25. Ruddy R, Milnes D (2005) Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD003728. DOI 10.1002/14651858
26. Talwar N, Crawford MJ, Maratos A et al (2006) Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 189:405–409
27. Tang W, Yao X, Zheng Z (1994) Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *Br J Psychiatry* 165:38–44
28. Ulrich G (2005) The added value of group music therapy with schizophrenic patients: a randomised study. Open Universiteit, Heerlen, NL
29. Ulrich G, Houtmans T, Gold C (2007) The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study. *Acta Psychiatr Scand* 116:362–370
30. Voigt-Radloff S, Hull M (2011) Daily functioning in dementia: Pharmacological and non-pharmacological interventions demonstrate small effects on heterogeneous scales a synopsis of four health technology assessments. *Psychiatr Prax* 38:221–231
31. Sprei F von, Martius P (2011) Kunsttherapie. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Bd 1, Allgemeine Psychiatrie. 4. erw. und vollständig neu bearbeitete Aufl., Springer, Berlin, S 1079–1083
32. Wancata J (2011) Dementia – A relevant subject in psychiatric research? *Psychiatr Prax* 38:345–347
33. Whetstone WR (1986) Social dramatics: social skills development for the chronically mentally ill. *J Adv Nurs* 11:67–74
34. Wilke E (2007) Tanztherapie. Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention. Huber, Bern
35. Xia J, Grant TJ (2009) Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD006868
36. Yang WY, Li Z, Weng YZ, Zhang HY, Ma B (1998) Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. *Hong Kong J Psychiatry* 8:38–40
37. Zhou Y, Tang W (2002) A controlled study of psychodrama to improve self-esteem in patients with schizophrenia. *Chin Ment Health J* 16:669–671