

Katja Watermann

**Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen:
Theorie und Praxis**

Katja Watermann

**Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen:
Theorie und Praxis**

Eine qualitative Studie in der forensischen Psychiatrie

Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Andreas Brenne

kopaed (muenchen)

www.kopaed.de

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

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

Zugleich: Osnabrück, Universität, Fachbereich Kultur- und Sozialwissenschaften,
Dissertation 2017, Referenten: Prof. Dr. Andreas Brenne, Prof. Peter Steineke

ISBN 978-3-86736-414-0
eISBN 978-3-86736-695-3

Druck: docupoint, Barleben
Layout: Andreas Reimer

© kopaed 2018
Arnulfstraße 205, 80634 München
Fon: 089. 688 900 98 Fax: 089. 689 19 12
e-mail: info@kopaed.de
Internet: www.kopaed.de

INHALT

Vorwort von Prof. Dr. Andreas Brenne	11
I Einleitung	15
1.1 Zielsetzung der Arbeit	16
1.2 Aufbau der Arbeit	17
1.3 Derzeitiger Forschungsstand	18
2 Persönlichkeitsstörungen	23
2.1 Was sind Persönlichkeitsstörungen?	23
2.2 Die Persönlichkeitsstörungen in den Klassifikationssystemen ICD 10 und DSM-IV-TR	24
2.2.1 Ethische Leitlinien und Diagnostik	25
2.3 Therapie der Persönlichkeitsstörungen	26
2.3.1 Behandlungsansätze bei Persönlichkeitsstörungen	26
2.3.2 Allgemeine therapeutische Prinzipien der Behandlung	27
2.3.3 Therapie bei forensischen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen	29
3 Kunsttherapie	33
3.1 Eine Geschichte zur Entstehung der Kunsttherapie	35
3.2 Kunsttherapeutische Ansätze – Ein Überblick	40
3.2.1 Der heilpädagogische Ansatz	41
3.2.2 Der anthroposophische Ansatz	42
3.2.3 Der kunst- und gestaltungstherapeutische Ansatz	42
3.2.4 Der tiefenpsychologische Ansatz	43
3.2.5 Der künstlerisch-kunstpädagogische Ansatz	44
3.2.5.1 Ästhetische Erfahrungssituationen schaffen	45
3.2.5.2 Materialerfahrungen und ihre Bedeutung	47
3.2.5.3 Zur kompensatorischen Funktion der Kunsttherapie	48
4 Behandlungskonzept – Hintergründe, Rahmenbedingungen und Methoden	51
4.1 Das kunsttherapeutische Behandlungskonzept	51
4.2 Gespräche in der Kunsttherapie – Methoden, Ziele und Inhalte	52
4.2.1 Zur Gesprächsmethode	53
4.2.2 Zu den Zielen und Inhalten der verschiedenen Gesprächsarten	53
4.2.2.1 Das Informationsgespräch	55
4.2.2.2 Das Erstgespräch	55
4.2.2.3 Das Zielplanungsgespräch	56
4.2.2.4 Das Werkgespräch	57
4.2.2.5 Das Abschlussgespräch	58
4.2.2.6 Der Kurzkontakt	58

4.2.2.7	Small talk, Sachgespräche und kurze Gespräche mit emotionalem Charakter	59
4.2.2.8	Die Reflexionsgespräche	59
4.3	Praxis der Kunsttherapie – Bedingungen, Verlauf und Methoden	59
4.3.1	Zum Raum	59
4.3.2	Zum Material	60
4.3.3	Gruppenformen und zeitlicher Rahmen	61
4.3.4	Zur Sozialform	61
4.3.5	Ablauf und Inhalt der Therapieeinheiten	62
4.3.5.1	Ablauf und Phasen einer Therapieeinheit	62
4.3.5.2	Übungen und Methoden	63
4.3.6	Über den Einsatz von Kunststudierenden als therapeutische Maßnahme	69
4.4	Maßregelvollzug	70
4.4.1	Einführung	70
4.4.2	Zum gesetzlichen Hintergrund	71
4.4.3	Maßregelvollzugseinrichtungen und Unterbringungsziel	72
4.4.4	Unterschied zwischen Maßregelvollzug und Strafvollzug	73
5	Forschungsansatz und Untersuchungsmethoden	75
5.1	Übergeordnete Forschungsfrage	75
5.2	Triangulation als Forschungsstrategie	75
5.3	Eingesetzte Methoden und Datensorten	76
5.4	Population und Stichprobe	77
5.5	Zum Forschungsfeld: Zugang und Erfahrungen	80
5.5.1	Vorannahmen zum Feld	83
6	Angewandte Untersuchungsmethoden – Einführung	85
6.1	Auswertung durch ‚Grounded Theory‘	85
6.1.1	Forschungsfragen	85
6.1.1.1	Bedeutung von Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie	86
6.1.1.2	Effekte von Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie	86
6.1.1.3	Behandlung durch Kunsttherapeuten bei Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie	86
6.1.2	Erhebungsinstrument	86
6.1.2.1	Das Abschlussgespräch zur Selbsteinschätzung und Behandlungszufriedenheit	86
6.1.2.2	Datenerfassung	88
6.1.3	‚Grounded Theory‘	89
6.1.3.1	Theoretisches Sampling	89
6.1.3.2	Theoretisches Kodieren	90
6.1.3.3	Offenes Kodieren	91

6.1.3.4	Axiales Kodieren	91
6.1.3.5	Selektives Kodieren	94
6.1.4	Gütekriterien	95
6.2	Auswertung durch ‚Instrument zur Beobachtung und Auswertung kunsttherapeutischer Prozesse‘ (IBAKP)	97
6.2.1	Forschungsfrage	97
6.2.2	Dokumentation in der Kunsttherapie	97
6.2.3	Entwicklung eines kunsttherapeutischen Dokumentationssystems	99
6.2.3.1	Würzburger Leitfaden zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle personenzentrierter Beratung und Psychotherapie (WLF)	100
6.2.3.2	Das Lübecker Fähigkeitsprofil (LFP)	100
6.2.4	‚Instrument zur Beobachtung und Auswertung kunsttherapeutischer Prozesse‘ (IBAKP)	101
6.2.4.1	Die Eingangserhebung	104
6.2.4.2	Die Zieldiagnostik	105
6.2.4.3	Die Prozessdiagnostik	108
6.2.4.4	Die Abschlussdiagnostik	120
6.3	Auswertung durch ‚Dokumentarische Bildinterpretation‘	124
6.3.1	Forschungsfrage	124
6.3.2	Bilder als Untersuchungsfeld – eine Einführung	125
6.3.2.1	Das Ikonografie/Ikonologie-Modell des Kunsthistorikers Erwin Panofsky	125
6.3.3	Die dokumentarische Methode – allgemeine Hintergründe	127
6.3.3.1	Formulierende und reflektierende Interpretation: die Frage vom Was zum Wie	127
6.3.3.2	Komparative Analyse: methodische Kontrolle und Typenbildung	128
6.3.3.3	Zusammenfassung	129
6.3.4	‚Dokumentarische Bildinterpretation‘ – wesentliche Einflüsse und kunstwissenschaftliche Grundannahmen	130
6.3.5	Die Arbeitsschritte der dokumentarischen Bildinterpretation	131
6.3.5.1	Formulierende Interpretation	131
6.3.5.2	Reflektierende Interpretation	134
6.3.5.3	Komparative Analyse – Grundlage für methodische Kontrolle und Typenbildung	136
6.3.5.4	Typenbildung und konjunktive Abstraktion	139
6.3.5.5	Resümee	140
6.3.6	Bilder von Patienten als empirischer Untersuchungsgegenstand	140
6.3.6.1	Erhebung	140
6.3.6.2	Zur Auswahl der Bildproduzenten und deren Bilder	141
6.3.6.3	Gütekriterien	142

7	Ergebnisse	147
7.1	Ergebnisse der Auswertung durch ‚Grounded Theory‘	147
7.1.1	Bedeutung von Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie	147
7.1.1.1	Zentrales Phänomen: Prozesshaftigkeit	148
7.1.1.2	Ausgangsfaktoren zur ‚Prozesshaftigkeit‘	151
7.1.1.3	Strategien zur ‚Prozesshaftigkeit‘	152
7.1.1.4	Intervenierende Bedingungen	160
7.1.1.5	Konsequenzen der Strategien zur ‚Prozesshaftigkeit‘	165
7.1.1.6	Zusammenfassung	165
7.1.2	Subjektive Effekte von Kunsttherapie bei Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie	166
7.1.2.1	Zentrales Phänomen: Therapieeffekt Spaß und Entspannung	166
7.1.2.2	Ausgangsfaktoren zum ‚Therapieeffekt Spaß und Entspannung‘	168
7.1.2.3	Strategien zum ‚Therapieeffekt Spaß und Entspannung‘	171
7.1.2.4	Intervenierende Bedingungen	176
7.1.2.5	Konsequenzen der Strategien zum ‚Therapieeffekt Spaß und Entspannung‘	181
7.1.2.6	Zusammenfassung	182
7.1.3	Behandlung durch Kunsttherapeuten bei Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie	182
7.1.3.1	Zentrales Phänomen: Hilfe erhalten	184
7.1.3.2	Ausgangsfaktoren zu ‚Hilfe erhalten‘	184
7.1.3.3	Strategien zu ‚Hilfe erhalten‘	187
7.1.3.4	Intervenierende Bedingungen	192
7.1.3.5	Konsequenzen der Strategien zu ‚Hilfe erhalten‘	195
7.1.3.6	Zusammenfassung	197
7.2	Ergebnisse der Auswertung durch ‚Instrument zur Beobachtung und Auswertung kunsttherapeutischer Prozesse‘ (IBAKP)	197
7.2.1	Exemplarische Falldarstellung	197
7.2.2	Fallbeispiel Herr C	200
7.2.2.1	Das Aufnahmegespräch mit dem Psychologen	200
7.2.2.2	Das Erstgespräch	200
7.2.2.3	Zielplanung	201
7.2.2.4	Verlaufsdokumentation 1	202
7.2.2.5	Werkbesprechung 1	204
7.2.2.6	Verlaufsdokumentation 2	206
7.2.2.7	Werkbesprechung 2	207
7.2.2.8	Verlaufsdokumentation 3	209
7.2.2.9	„Zu meinen Werken“	210
7.2.2.10	Werkbesprechung 3	211
7.2.2.11	Verlaufsdokumentation 4	214
7.2.2.12	Abschlussgespräch	215
7.2.2.13	Dokumentation und Veränderungsdiagnostik	219

7.2.3	Fallbeispiel Herr L	222
7.2.3.1	Das Aufnahmegespräch mit dem Psychologen	222
7.2.3.2	Das Erstgespräch	223
7.2.3.3	Zielplanung	224
7.2.3.4	Verlaufsdokumentation I	225
7.2.3.5	Werkbesprechung I	226
7.2.3.6	Verlaufsdokumentation 2	230
7.2.3.7	Werkbesprechung 2	232
7.2.3.8	Verlaufsdokumentation 3	235
7.2.3.9	„Zu meinen Werken“	237
7.2.3.10	Verlaufsdokumentation 4	238
7.2.3.11	Werkbesprechung 3	238
7.2.3.12	Verlaufsdokumentation 5	241
7.2.3.13	Abschlussgespräch	241
7.2.3.14	Dokumentation und Veränderungsdiagnostik	245
7.2.4	Ergebnisse der kunsttherapeutischen Behandlung sowie der Bedingungen, die zu positiven Veränderungen geführt haben	250
7.3	Ergebnisse der Auswertung durch ‚Dokumentarische Bilderinterpretation‘	253
7.3.1	Bildinterpretation Herr C: ‚Abfahrt auf Gleis 4 in Richtung Hoffnung‘	253
7.3.1.1	Formulierende Interpretation	253
7.3.1.2	Reflektierende Interpretation	260
7.3.2	Bildinterpretation Herr L: ‚Hoffnung ist alles‘	264
7.3.2.1	Formulierende Interpretation	264
7.3.2.2	Reflektierende Interpretation	277
7.3.2.3	Komparative Analyse der Bilder	279
7.3.3	Zusammenfassung	281
8	Diskussion	283
8.1	Diskussion der Ergebnisse durch ‚Grounded Theory‘	284
8.1.1	Zusammenfassung und forschungsmethodische Reflexion	284
8.1.2	Einbindung der Gesamtergebnisse in den Forschungskontext	286
8.2	Diskussion der Ergebnisse durch ‚Instrument zur Beobachtung und Auswertung kunsttherapeutischer Prozesse‘ (IBAKP)	302
8.2.1	Forschungsmethodische Reflexion	304
8.2.2	Zusammenfassung der Ergebnisse und deren Einbindung in den Forschungskontext	304
8.3	Diskussion der Ergebnisse durch ‚Dokumentarische Bildinterpretation‘	307
8.3.1	Zusammenfassung der Ergebnisse und deren Einbindung in den Forschungskontext	307
8.3.2	Forschungsmethodische Reflexion	310

9	Zusammenfassung und weiterführender Forschungsbedarf	313
10	Abbildungsverzeichnis	319
11	Tabellenverzeichnis	323
12	Erläuterungen Anhänge A und B	325
13	Literatur	326
	Danksagungen	332

Vorwort von Prof. Dr. Andreas Brenne

In der vorliegenden Schrift setzt sich Katja Watermann mit der Wirksamkeit kunsttherapeutischer Verfahren in klinischen Zusammenhängen auseinander – und beschreitet Neuland! Zum einen geht sie einem Desiderat der kontinentalen Kunsttherapie nach, die zwar Praxisberichte vorzulegen weiß, aber sich der Kultur einer empirischen Überprüfung von Wirkungen entzieht. Zum anderen vergrößert sie das Feld der kunstpädagogischen Expertise, die sich zumeist profiliert und mit unterschiedlichen Formen der Kunstvermittlung auseinandersetzt, aber den Bereich der klinischen Kunsttherapie lediglich streift. Die vorliegende Arbeit hat das Potential dies zu ändern – gründet sich doch das thematisierte therapeutische Setting auf eine vertiefte Kenntnis der kunstpädagogischen Fachkultur.

Die komplexe Studie umfasst die Darstellung und Analyse spezifischer Verfahren der kunstpädagogischen Kunsttherapie im Hinblick auf therapeutische Zielsetzungen, wobei deren Wirksamkeit einer dezidierten Überprüfung unterzogen wird. Dies geschieht durch ein von der Verfasserin entwickeltes mehrstufiges Analyseverfahren, das mittels einer qualitativen Triangulation latente Sinnstrukturen sozialer Praxen in therapeutischen Settings sichtbar macht und so eine anschlussfähige Analyse der Wirksamkeitsempfindung der Patienten vorlegt. Dieses innovative Vorhaben verdichtet kunsttherapeutische Theoriebildung und zeigt gleichzeitig neue Wege der kunsttherapeutischen Praxisforschung auf.

Doch zunächst widmet sich die Untersuchung grundlegenden Voraussetzungen und theoretischen Annahmen. So wird das der Studie zugrunde liegende Krankheitsbild von Menschen mit Persönlichkeitsstörun-

gen informativ aufgearbeitet. Ausgehend von Manualen wie ICD-10 beschreibt Katja Watermann unter Bezugnahme auf die aktuelle Literatur die unterschiedlichen Symptome und Verhaltensdispositionen der thematisierten Psychopathologien. Daraufhin werden therapeutische Optionen und Perspektiven der Erkrankung beschrieben und Möglichkeiten der kunsttherapeutischen Behandlung erörtert, die im Kern humanistisch ausgerichtet ist und sich an vorhandenen Ressourcen orientiert. Im Zentrum der Therapie steht die Entwicklung von Lebensperspektiven in einer prekären Situation, da eine Rückkehr in ein normales Leben den meisten Patient*innen nicht möglich ist. Darauf folgt die für den Therapierahmen wichtige Auseinandersetzung mit der Beziehung zwischen Patient und Therapeut und die damit verbundenen expliziten und impliziten Rollenzuschreibungen, wobei der Patient als gleichberechtigtes und autonom agierendes Wesen anerkannt wird.

Das folgende Kapitel thematisiert erhellend und übersichtlich die Geschichte und Morphologie kunsttherapeutischer Modellbildung im Hinblick auf die jeweiligen Bezugssysteme. Dabei kommen die bedeutenden Ansätze in ihrer Divergenz zur Sprache. Während das anthroposophische Modell einer esoterischen Entwicklungslehre folgt, beziehen sich andere Modelle auf Erkenntnisse der Psychologie, der Heilpädagogik oder der Kunstpädagogik. Die Zielsetzungen betonen unterschiedliche Aspekte, die kompensatorisch, gestaltungsorientiert, materialorientiert, biographieorientiert oder auch gesundheitsorientiert ausgerichtet sind. Dabei werden auch Gemeinsamkeiten herausgearbeitet, die sich auf die Trias von Klient, Therapeut und Werk beziehen.

Nach dieser überzeugenden Bewertung und Gewichtung kommt die Verfasserin abschließend zu einer Positionierung, auf der das von ihr vertretene Behandlungsmodell aufbaut. Die Kennzeichnung „künstlerisch-kunstpädagogisch“ ist insofern stimmig, als dass hier zwei Komponenten der Kunstpädagogik hervorgehoben werden. Dabei geht es zum einen um den Begriff der „ästhetischen Erfahrung“, ein durchaus schwer zu bestimmender Begriff, der sich auf die Selbstwahrnehmung in der Interaktion mit dem Wahrgenommenen bezieht. Zum anderen ist die Entwicklung einer gestalterischen Expertise bedeutsam. Insofern vertritt die Verfasserin ein kunsttherapeutisches Konzept, das auf künstlerischen Verfahren aufbaut und sich in der akademischen Lehre in der Tradition des Bauhauses wiederfindet.

Nach dieser grundlegenden, theoretischen Fundierung kunsttherapeutischen Handelns, wird das untersuchte Behandlungskonzept detailliert vorgestellt. Eine wichtige Rolle spielt dabei die ausführliche Anamnese, in der persönliche Zielsetzungen und Vorhaben sensibel thematisiert werden. Dabei stehen die gestalterischen Vorhaben der Patient*innen im Zentrum, wobei deren Entwicklung durch Werkgespräche und ein Abschlussgespräch begleitet werden. Die Behandlung ist proportional strukturiert und in Anfangs- und Einstiegsphase, kreativen Hauptteil sowie Reflexionsphase unterteilt. Des Weiteren ist zu bemerken, dass unterschiedliche Sozialformen und personale Konstellationen zum Einsatz kommen. In diesem Zusammenhang werden auch die Peers hinzugezogen und deren Dynamik produktiv genutzt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Methode sprachliche Reflexivität mit gestalterischen Phasen stringent und synergetisch verbindet, mit dem Ziel der Weiterentwicklung der schöpferischen Potentiale der Patienten. Nachdem der Rahmen des zu untersuchen-

den Settings erhellend und nachvollziehbar beschrieben wurde, geht es im fünften Kapitel um die Entwicklung eines adäquaten Forschungsarrangements auf der Basis einer entfalteten Fragestellung. Dabei setzt sich Katja Watermann grundsätzlich mit den Möglichkeiten empirischer Forschung auseinander und entscheidet sich bezogen auf die Forschungsfrage für das qualitative Paradigma. Die Begründung liegt im explorativen Charakter der Studie, die grundsätzliche Einblicke in potentielle Wirkungszusammenhänge des favorisierten Therapiesettings zu ermitteln sucht. Zentrale Erhebungsmethode ist die „Grounded Theory“ die durch die „Dokumentarische Bildanalyse“ ergänzt wird, wobei es sich um eine Transformation der „Dokumentarischen Methode“ von Ralf Bohnsack handelt.

Im sechsten Kapitel werden die unterschiedlichen Datensätze verdichtend mit den jeweiligen Methoden untersucht und analysiert. Thema ist die Offenlegung der subjektiven Sinnzuschreibungen im Hinblick auf die Wirksamkeit der kunsttherapeutischen Projekte. In einer komparativen Analyse werden Theoreme abgeleitet, die zu einer ersten lokalen Theorie des Empfindens von Wirksamkeit kunsttherapeutischer Maßnahmen verdichtet werden, wobei es auch um die Identifizierung von Gelingensbedingungen geht. Dabei kommt Katja Watermann zu dem Ergebnis, dass „Prozesshaftigkeit“ eine zentrale Kategorie ist. Es wird dabei deutlich, dass die Therapie weniger als Entwicklung einer gestalterischen Expertise zu werten ist, sondern vielmehr auf die Bewältigung der gegenwärtigen Lebenssituation abzielt. Triangulierend wird ein selbst entwickeltes Instrument zur Erfassung und Dokumentation des therapeutischen Prozesses (IBAKP) hinzugezogen. Dieses innovative Modell dokumentiert individuelle Entwicklungslinien und Befindlichkeiten im gestalterischen

Prozess. Im Ergebnis wird sichtbar, dass die Patient*innen die Therapie insofern positiv einstufen, da sie sich mit ihren Arbeiten identifizieren konnten.

In einem nächsten Schritt wird triangulierend eine Analyse der Artefakte vorgenommen. Dabei wird geprüft, ob die Selbsteinschätzung der Patienten mit den bisherigen Ergebnissen zur Deckung kommt bzw. ob andere Aspekte thematisiert wurden. Die verwendete Methode der „Dokumentarischen Video- und Bildinterpretation“ wird hier erstmals auf die Analyse bildnerischer Artefakte übertragen und schließt somit eine Lücke in der (kunst-)pädagogischen Forschung. Fokus der Bildanalyse ist die Haltung der Produzenten gegenüber dem therapeutischen Setting auf der Basis der thematisierten Narrative. Formale und stilgeschichtliche Facetten werden zugunsten der Intention des Produzenten vernachlässigt. Die Auswertung der Bilder zeigt, dass die Arbeiten prospektiv Auswege aus einer wenig perspektivreichen Situation aufzeigen.

Die abschließende Diskussion bündelt nicht nur zusammenfassend die Ergebnisse der drei Datensätze, sondern widmet sich umfassend der Reflexion des gesamten Forschungsprozesses. Dies ist insofern sehr ertragreich, da es in der Studie neben der Beantwortung zentraler Fragestellungen auch um die Weiterentwicklung und wissenschaftliche Professionalisierung des Forschungsfeldes Kunsttherapie geht. Des Weiteren diskutiert Katja Watermann die Ergebnisse im Spiegel der aktuellen Literatur und weist Schnittmengen und Übergänge zur kunstpädagogischen Forschungsliteratur auf.

Die Arbeit ist eine beeindruckende und vor allem materialreiche Untersuchung zur Wirkung kunsttherapeutischer Arbeit und ein wichtiger Beitrag zur Praxisforschung. Als explorative Pilotstudie zeigt sie profund, wie methodisch kontrolliert kunsttherapeutische

und kunstpädagogische Praxis beforscht werden kann. Es ist zu hoffen, dass durch die vorliegende Studie die Debatte um die Wirksamkeit und Qualität kunsttherapeutischer Arbeit neu eröffnet wird. Dies sollte auch für die schulische Kunstpädagogik im Kontext des Inklusionsparadigmas von größtem Interesse sein!

Münster im Januar 2018

Prof. Dr. Andreas Brenne

I Einleitung

Diese empirische Studie geht der Frage nach, wie männliche Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die in der forensischen Psychiatrie untergebracht sind, kunsttherapeutische Verfahren subjektiv erleben und welche Bedingungen und Faktoren sie als förderlich einschätzen. Ergänzend wird die Sichtweise der betreuenden Kunsttherapeutin¹ und der am Forschungsprojekt beteiligten Kunststudentinnen erfasst sowie Hinweise von Ärzten, Psychologen, Ergotherapeuten und Gesundheits- und Krankenpflegern berücksichtigt. Kunsttherapie kommt in vielen unterschiedlichen Feldern zum Einsatz. Sie findet sich im pädagogischen, medizinischen, psychologischen, rehabilitativen sowie präventiven Bereich und wird je nach Einsatzfeld, Methode und Indikation als Einzeltherapie, Gruppentherapie oder Einzeltherapie in der Gruppe angeboten. Sie findet statt in geschlossenen und offenen Gruppen oder auch im Rahmen von offenen Ateliers und Kunstprojekten. In der Regel steht den Patienten ein breites Materialangebot für ihre kreative Auseinandersetzung zur Verfügung wie Farben, Ton oder Speckstein. Laut Kraus (2007) ruft Kunsttherapie vielfältige positive Effekte hervor. Sie kann seiner Meinung nach dazu beitragen, das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl aufzubauen, soziale Kompetenzen zu entwickeln, psychische Stabilität zu erlangen, verloren gegangene kreative Fähigkeiten wiederzuentdecken und Gefühle auszudrücken (vgl. Kraus, 2007, S. 10). Kunsttherapie hat erst eine junge Forschungstradition,

der es weitgehend an einer etablierten Expertise fehlt. Trotz vermehrter Literatur und Forschungsarbeiten in diesem Bereich, ist es noch nicht gelungen, diese Behandlungsform ausreichend wissenschaftlich zu begründen und im deutschen Gesundheitswesen fest zu verankern. Kunsttherapie weist einen hohen Bezug zur Praxis auf und der Nachweis spezifischer Wirkmechanismen durch kunsttherapeutische Interventionen ist schwierig. Vielerlei Komponenten beeinflussen die Wirkung dieser Behandlungsform, wie das Material, die Therapeut–Patient Beziehung oder auch die Individualität des Patienten oder des Therapeuten. Vergleichbar mit der Kunstpädagogik gilt vielfach noch die Auffassung, dass kunsttherapeutische Praxis und wissenschaftliche Theoriebildung kaum miteinander zu vereinbaren sind. Und dies aus zweierlei Gründen. Auf der einen Seite sind künstlerische Prozesse und therapeutisches Handeln häufig so komplex und individuell, dass wissenschaftliche Analysen kaum geeignet scheinen, theoretische Konstrukte überzeugend und valide, d.h. gültig, zu interpretieren. Auf der anderen Seite sind wissenschaftliche Ansätze und analytische Resultate oft nur schwer auf die Praxis zu übertragen und ihr Nutzen für diese Behandlungsform zu gering (vgl. Brenne, 2007, S. 12). Das allgemeine Forschungsdefizit spiegelt sich auch in Bezug auf Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie wider.

Persönlichkeitsstörungen sind „vielleicht das Zeitthema unseres Faches (...) und unserer Gesellschaft“ (Schmidt-Quernheim, 2008, S. 110). Die Betroffenen zeigen in ihrem Erleben und Verhalten beständige Muster, die sich deutlich von den Erwartungen der soziokulturellen Umwelt unterscheiden. Ihr Verhalten, Denken und Erleben zeichnet sich durch

¹ Im Rahmen dieser Arbeit wird zur Bezeichnung von Personen entweder eine geschlechtsneutrale oder die männliche Form verwendet, außer es soll kenntlich gemacht werden, dass explizit zwischen Frauen und Männern unterschieden wird. Dies dient lediglich der besseren Lesbarkeit. Gemeint sind stets beide Geschlechter.

starre und unangepasste Verhaltens- und Reaktionsmuster aus, die sich in verschiedenen sozialen und persönlichen Lebenssituationen äußern (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 2000, S. 225). Im klinischen Rahmen stellen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen besonders hohe Ansprüche an das Personal, fordern dieses in hohem Maße heraus und gelten nicht selten als schwer behandelbar. Im Maßregelvollzug gehören Persönlichkeitsstörungen zu den Diagnosen, die am häufigsten gestellt werden (vgl. Schmidt-Quernheim, 2008, S. 110).

Das vorrangigste Ziel der Unterbringung im Maßregelvollzug ist, dass der betroffene Patient nach dem Aufenthalt geheilt ist oder sich sein Zustand insoweit verbessert hat, dass von ihm keine Gefahr mehr für die Bevölkerung ausgeht. Patienten sind im Maßregelvollzug, weil sie gefährlich sind, dennoch geht es im Gegensatz zum Strafvollzug hier nicht um „schuldorientierte Sühne oder Bestrafung“ (Schmidt-Quernheim, 2008, S. 93), sondern um „Besserung und Sicherung“. Ein weiterer Unterschied ist, dass im Maßregelvollzug die zeitliche Unterbringung von vornherein nicht befristet ist. Um zu untersuchen, wie sich kunsttherapeutische Verfahren auf Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die in der forensischen Psychiatrie untergebracht sind, auswirken und um zu ermitteln, wie effektive Konzepte und Behandlungsmethoden für diese Patientengruppe aussehen müssen, wurde im Vorfeld der Studie ein spezielles kunsttherapeutisches Konzept entworfen, das einem künstlerisch-kunstpädagogischen Ansatz folgt und 66 Therapieeinheiten sowie vielfältige Arten von Reflexionsgesprächen beinhaltet. Im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung steht dabei die Frage, wie die Patienten aus ihrer Sicht die Wirksamkeit kunsttherapeutischer Verfahren erleben. Um den komplexen Untersuchungsgegenstand zu erforschen, werden drei verschiedene Datensorten mit Hilfe von drei unterschiedlichen

qualitativen Methoden bzw. Verfahren eingesetzt und trianguliert. Zur Anwendung kommen ausgesuchte Aspekte der ‚Grounded Theory‘ zur Analyse von Patienteninterviews, vornehmlich Gesichtspunkte der ‚Dokumentarischen Bildinterpretation‘ zur Auslegung von Bildern sowie das ‚Instrument zur Beobachtung und Auswertung kunsttherapeutischer Prozesse‘ (IBAKP) zur Interpretation des kunsttherapeutischen Behandlungsverlaufs bei Patienten. Angestrebt wird bei der gesamten Auswertung nicht die Objektivierung und Validierung der Interpretationen, sondern deren Komplementarität.

1.1

Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, neues Wissen über die Wirksamkeit kunsttherapeutischer Verfahren bei der beschriebenen Patientengruppe zu erfassen sowie deren subjektive Einschätzung zu generieren. Zusätzlich sollen ausgewählte Aspekte der kunsttherapeutischen Behandlung aus der Perspektive der beteiligten Kunststudentinnen sowie Professionellen (Psychologen, Ärzte und Pflegekräfte) ermittelt werden. Die Ergebnisse dieser Studie sollen bestehende Besonderheiten der Patientengruppe innerhalb einer additiven kunsttherapeutischen Behandlung aufdecken und hierdurch einen Beitrag zur kunsttherapeutischen Wirksamkeitsforschung leisten. Ferner sollen Ansatzpunkte zur Entwicklung effektiverer Konzepte und Methoden zur kunsttherapeutischen Behandlung bei männlichen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie aufgezeigt werden, die am zugrundeliegenden Störungsbild und der aktuellen Lebens- bzw. Unterbringungssituation ansetzen.

1.2

Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in drei Bereiche gegliedert. Im ersten Bereich – Kapitel 2 bis 4 – wird das theoretische Vorverständnis in Bezug auf das zu untersuchende Forschungsfeld beschrieben sowie das Behandlungskonzept der Studie ausführlich dargelegt. Im zweiten Bereich – Kapitel 5 und 6 – wird der Forschungsansatz vorgestellt sowie die Untersuchungsmethoden in ihrer Theorie eingehend behandelt. Im dritten Bereich – Kapitel 7 bis 9 – werden die Ergebnisse dargestellt, ausgewertet und interpretiert.

Das der Einleitung folgende Kapitel 2 beschreibt, was unter der Diagnose Persönlichkeitsstörungen zu verstehen ist, und wodurch sich diese Patienten in ihrem Erleben und Verhalten auszeichnen. Kapitel 3 beschäftigt sich mit dem Thema Kunsttherapie. Eingegangen wird dabei auf ihre Geschichte, die derzeit bestehenden unterschiedlichen Ansätze sowie auf die Chancen, die diese Therapieform eröffnet. In Kapitel 4 wird das der Untersuchung zugrundeliegende Behandlungskonzept umfänglich beschrieben. Um nachvollziehen zu können, worauf sich die Ergebnisse dieser Studie beziehen, werden gleich zu Beginn des Kapitels die Ziele und Grundbedingungen des Behandlungskonzepts erläutert, die Bedeutung von Gesprächen innerhalb der Kunsttherapie thematisiert und wesentliche Bedingungen, Verläufe und Methoden der praktischen Behandlung veranschaulicht. Auch widmet sich dieser Abschnitt der Klärung, was sich hinter dem Begriff Maßregelvollzug und hinter dem § 63 StGB verbirgt. Das daran anschließende Kapitel 5 beschreibt, welcher Forschungsansatz, welche Forschungsstrategie und welche Methoden und Datensorten angewendet werden, um die Forschungsfragen dieser Studie zu untersuchen. Auch wird die teilnehmen-

de Population und Stichprobe beschrieben und auf den Zugang zum Forschungsfeld eingegangen. Kapitel 6 befasst sich mit den angewandten Untersuchungsmethoden. Es führt den Leser theoretisch in die drei unterschiedlichen Methoden bzw. Verfahren ein. Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit der Auswertung durch ‚Grounded Theory‘. Gleich zu Anfang werden die relevant erscheinenden Forschungsfragen präzisiert und die methodischen Vorgehensweisen dargestellt. Der zweite Abschnitt befasst sich mit dem ‚Instrument zur Beobachtung und Auswertung kunsttherapeutischer Prozesse‘ (IBAKP), dessen Konzept und dessen Fragestellung. Zudem erfolgt eine Einleitung in das Thema Dokumentation in der Kunsttherapie. Aufbauend darauf wird auf die Entwicklung des IBAKP eingegangen und alle entwickelten Formulare erläutert. Der dritte Abschnitt hat die Auswertung durch ‚Dokumentarische Bildinterpretation‘ zum Inhalt. Nach der Präzisierung der Forschungsfrage, erfolgt eine Einführung in die Problematik der Untersuchung von Bildern sowie eine ausführliche Einleitung und Beschreibung der theoretischen Grundlagen. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse der drei qualitativen Untersuchungen dargestellt und ausführlich aufgezeigt. Der erste und umfassendste Teil befasst sich mit der Auswertung von Interviews durch ‚Grounded Theory‘. An dieser Stelle werden die Ergebnisse der einzelnen Forschungsfragen – orientiert am paradigmatischen Modell der ‚Grounded Theory‘ – deskriptiv vorgestellt. Danach werden auf der Basis des ‚Instruments zur Beobachtung und Auswertung kunsttherapeutischer Prozesse‘ (IBAKP) zwei kontrastierende Fälle dargestellt und die Ergebnisse veranschaulicht. Abschließend wird eine Auswahl von Bildern, die während des Forschungsprojekts von den Teilnehmern gemalt wurden, in Anlehnung an die ‚Dokumentarische Bildinterpretation‘,

einer detaillierteren Betrachtung unterzogen und deren Resultate ausgeführt. Kapitel 8 hat die Diskussion der drei einzelnen Untersuchungsfelder zum Inhalt. Deren Ergebnisse werden kurz zusammengefasst und in den Forschungskontext eingebunden. Zusätzlich werden kritische Anmerkungen in Bezug auf die angewandten Methoden benannt. In Kapitel 9 wird das Gesamtergebnis der Untersuchung vorgestellt. Abschließend erfolgt ein Ausblick auf zukünftige Forschungsansätze.

1.3

Derzeitiger Forschungsstand

Kunsttherapeutische Forschung ist im Vergleich zu anderen wissenschaftlichen Bereichen in Deutschland eine noch recht junge Fachrichtung (vgl. Henn & Gruber, 2004, S. 9). Im Gegensatz dazu zeigt ein Vergleich mit den USA oder auch Großbritannien, dass die Kunsttherapie dort schon seit Jahrzehnten zum Behandlungsangebot medizinischer, rehabilitativer, psychotherapeutischer und pädagogischer Einrichtungen gehört, wissenschaftlich nachgewiesen und etabliert ist. Während im deutschen Gesundheitswesen Behandlungsformen wie die verbale Psychotherapie, Musiktherapie oder Ergotherapie anerkannt sind, ist die Kunsttherapie noch nicht akkreditiert. Trotz differenzierter Fachliteratur und einer Zunahme an Forschungsarbeiten in Bezug auf die Grundlagen dieser Therapieform, fehlen noch immer ausreichend allgemeingültige Konzepte, Wirkungsnachweise und Belege über Behandlungserfolge. Ein Grund dafür liegt sicherlich in der seit Jahren bestehenden Forderung in der Medizin, die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen mit Hilfe statistischer Methoden nachzuweisen, deren Goldstandard die randomisierte Studie ist. Diese Methode soll die Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung

feststellen und gewährleisten, dass bestimmte therapeutische Interventionen auch das gewünschte Therapieergebnis liefern (vgl. Kiene, 2002, S. 110–111). Ein weiterer Grund für die fehlende Akzeptanz in Deutschland kann zudem darin gesehen werden, dass sich die Vertreter der vielfältigen Schulen mit ihren unterschiedlichen Methoden und Ansätzen immer noch über allgemeingültige Grundbegriffe uneins sind und sich zu wenig programmatisch an der Sache orientieren. Und nicht zuletzt liefert Ingeln (2002) einen weiteren Grund für dieses Forschungsdefizit, in dem sie feststellt: „Was bei vielen Praktikern fehlt, ist das Bewusstsein über die Notwendigkeit von Forschung, das Wissen um die konkrete Forschungsmethodik und über Möglichkeiten postgraduierter Forschungsprojekte“ (Ingeln, 2002, S. 307).

Die Wirksamkeit von Kunsttherapie durch adäquate Methoden nachzuweisen, ohne dabei wie Petersen (2002) es ausdrückt, eine „gegenwertig blühende Landschaft Künstlerischer Therapien in kurzer Zeit“ (Petersen, 2002, S. 11) zu nivellieren, ist wohl das bedeutendste Thema, dem sich jede Ausbildungseinrichtung und jeder Kunsttherapeut stellen muss, wenn dieses Behandlungsverfahren zukünftig gesichert existieren soll.

Aktuell finden sich nur wenige empirische Studien, die speziell der Frage nachgehen, welche Faktoren in der Kunsttherapie wirksam sind und wie sich ihre Wirksamkeit ausdrückt. Studien mit vergleichbaren Schwerpunkten, wie sie in dieser Arbeit verfolgt werden, konnten nicht gefunden werden. Die Suchheuristik erfolgte mit den Begriffen ‚Kunsttherapie‘, ‚Forensik‘ und ‚Persönlichkeitsstörungen‘ sowie mit der englischen Übersetzung ‚art therapy‘, ‚personality disorder‘ und ‚forensic‘. Bei Letzteren gilt es zu beachten, dass ‚Kunsttherapie‘ nur stark eingeschränkt durch ‚art therapy‘ übersetzt werden kann. Sowohl im englischsprachigen als auch

im niederländischen Sprachraum werden in der Regel alle künstlerischen Therapieverfahren wie Kunst-, Musik-, Drama-, Tanz- und Bewegungstherapie und manchmal sogar das kreative Schreiben gemeinsam gedacht und unter diesem Begriff verortet. Eine direkte Übersetzung bzw. Gleichstellung des Wortgebrauchs kann somit nicht erfolgen.

Entsprechend der angeführten Suchheuristik wurden die Datenbanken PsycInfo, Psyn dex, ERIC, CINAHL, Pre-CINAHL, Britischer Verbundkatalog & British Library, Gemeinsamer Bibliotheksverbund, Bibliotheksverbund Berlin-Brandenburg, Französischer Verbundkatalog, PsycArticles, JADE, Library of Congress, Arts & Humanities sowie SAGE durchsucht und 14 Studien gefiltert. Das Fazit ist, dass alle gefundenen Ergebnisse den Suchkriterien nur in begrenzter Form entsprechen und keine der Studien die Suchheuristik in Gänze erfüllt. Auffallend ist, dass zwar zunehmend mehr Forschung in diesem Bereich betrieben wird, die Perspektive der betroffenen Patienten in den gefundenen Studien aber kaum Berücksichtigung findet. Die recherchierten Arbeiten setzen sich vor allem aus Fallberichten von Kunsttherapeuten sowie Expertenmeinungen zusammen. In Bezug auf die gefilterten Fallstudien und Expertenmeinungen ist hervorzuheben, dass bei der Recherche zudem zwei quantitative Studien gefunden wurden, von denen aber beide mit so niedrigen Fallzahlen arbeiten, dass daraus keine signifikanten Ergebnisse ableitbar sind. Somit kann keine der beiden Studien den Kriterien der evidenzbasierten Forschung mit ihrem Goldstandard, dem randomisierten Kontrollgruppendesign, gerecht werden. Die Suche nach vergleichbaren Studien mit den genannten Begriffen zeigt ferner, dass es im Bereich der Musiktherapie deutlich mehr Arbeiten gibt, als im Gebiet der Kunsttherapie. Gleiches gilt für die stichprobenartige Suche mit den Begriffen ‚art

therapy‘ und ‚incarcerated‘ und ‚jail‘ sowie ‚prison‘. Nachfolgend werden einige der wichtigsten Studien, die zu dem hier vorliegenden Thema gefiltert werden konnten, kurz vorgestellt.

Springham und Whitaker (2015) untersuchen in ihrer Arbeit mit dem Titel ‚How do art therapists structure their approach to borderline personality disorder?‘ wie Kunsttherapeuten ihre Arbeit mit Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ strukturieren und wie kunsttherapeutische Forschung auch unter stressvollen Bedingungen gelingen kann. Die internationale Befragung erfolgte mittels schriftlicher Erhebung. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass die kunsttherapeutischen Behandlungsansätze bei dieser Patientengruppe noch zu ungenau sind und raten daher an, die strukturellen Bedingungen der Kunsttherapie besser zu reflektieren (vgl. Springham & Whitaker, 2015, S. 31–39). Mit den persönlichen Erlebnissen von Kunsttherapeuten befasst sich auch Mills (1995) in ihrer Veröffentlichung mit dem Titel ‚Outpatient Art Therapy with Multiple Personality Disorder: A Survey of Current Practice‘. In der quantitativen Erhebung werden 43 nordamerikanische Kunsttherapeuten nach ihren Erfahrungen in der Behandlung mit Patienten mit multipler Persönlichkeitsstörung (multiple personality disorder) befragt. Mills arbeitet heraus, dass das zentrale therapeutische Anliegen der Therapeuten im ‚Pacing‘ (übersetzt: Schritt halten) und ‚Containment‘² durch die Kunst liegt sowie in einem verbesserten Umgang mit der chronischen Suizidalität der

² Containing-Funktion: Patienten im Maßregelvollzug spalten viele konflikthafte Gefühle und Beziehungserfahrungen aus ihrem Erleben ab und projizieren diese u.a. auch auf den Therapeuten. Stellt sich der Therapeut sozusagen als Container für diese Gefühle zur Verfügung und vermittelt ihm, dass er diese empfängt und versteht, gibt er dem Patienten auch zu verstehen, dass sie ‚ertragbar‘ und nicht nur destruktiv sind (vgl. Schmidt-Quernheim, 2008, S. 125).

Patienten. Darüber hinaus stellt die Autorin fest, dass sich das persönliche Anliegen der Kunsttherapeuten darauf richtet, zu mehr Selbstfürsorge sowie Selbsteffektivität durch professionelle Weiterentwicklung zu gelangen (vgl. Mills, 1995, S. 253–256). Die Fallstudie von Murase (2015) mit dem Titel ‚The art of communication through drawing: The case of „Mr. R,“ a young man professing misanthropy while longing for connection with others‘, beschreibt den kreativtherapeutischen Prozess des an einer schizoaffektiven Störung leidenden Patienten Mr. R. Dieser fällt durch aggressives und gewalttätiges Verhalten gegenüber seiner Familie auf. Da sowohl eine psychotherapeutische als auch medikamentöse Behandlung des Patienten nicht den gewünschten Erfolg zeigt, wird ihm eine kreativtherapeutische Maßnahme verordnet, an der er über einen Zeitraum von sechs Monaten mit insgesamt zehn Einheiten teilnimmt. Die Studie macht deutlich, dass es Mr. R durch seine Werke gelingt, seine Emotionen zum Ausdruck zu bringen. Außerdem kann festgestellt werden, dass sich in der Gestaltung seiner Werke der psychologische Prozess des Patienten ablesen lässt. Seine Aggressionen konnten in der kreativen Therapie abgemildert werden, und im zwischenmenschlichen Kontakt wurden Anfeindungen durch sein entwickeltes Kontakt- und Respektbedürfnis abgelöst. Auch berichten die Familienmitglieder des Patienten, dass er durch die kreative Therapie inneren Frieden gefunden habe (vgl. Murase, 2015, S. 81–116). Die kunsttherapeutische Fallstudie von Engle (1997) mit dem Titel ‚Art Therapy and Dissociative Disorders‘, schildert den kunsttherapeutischen Prozess einer Frau mit dissoziativer Störung. Die Autorin findet heraus, dass der kunsttherapeutische Prozess die Patientin darin unterstützt, Validierungsstrategien für traumatische Erlebnisse der Vergangenheit zu entwickeln und für sie zu einem Aus-

gangspunkt für die Auseinandersetzung mit persönlichen und inneren Konflikten wird. Außerdem kommt Engle zu dem Ergebnis, dass die künstlerische Gestaltung einen Beitrag leisten kann, dass der Kunsttherapeut die unbewussten Zustände von Patienten besser versteht (vgl. Engle, 1997, S. 246–254). Die Fallstudie von Lamont, Brunero und Sutton (2009) mit dem Titel ‚Art psychotherapy in a consumer diagnosed with borderline personality disorder‘, skizziert elf kunsttherapeutische Einheiten bei einem Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die zentrale Funktion von Kunsttherapie im nonverbalen Ausdruck von Emotionen besteht (vgl. Lamont, Brunero & Sutton, 2009, S. 164–172). Eine weitere Arbeit ist die von Liedtke (2013) über ‚Kunsttherapie im ambulanten Setting der Eingliederungshilfe mit persönlichkeitsgestörten Menschen‘. Die Autorin stellt in ihrem Artikel anhand eines Einzelfalls dar, welche Qualität die tiefenpsychologisch fundierte Kunsttherapie leisten kann und welche Bedingungen hierfür notwendig sind. Die Autorin kommt u. a. zu dem Ergebnis, dass eine Arbeit mit dem Unbewussten erst möglich ist, wenn die „therapeutische Beziehung partnerschaftlich und *ich*-stärkend geführt wird“ (vgl. Liedtke, 2013, S. 276).

Von Spreti (2005) veranschaulicht in ihrem Artikel ‚Kunsttherapie bei Borderline-Störungen‘, dass das kreative Gestalten für diese Patientengruppe eine entlastende Funktion hat und zu einer Art symbolischen ‚Agierfeld‘ werden kann, die eine „heilsame Distanz zum destruktiven Erleben“ (von Spreti, 2005, S. 127) birgt. Laut ihrer Aussage kann unter bestimmten Bedingungen die Kunsttherapie im Rahmen eines integrativen Behandlungsangebots innerhalb einer psychiatrischen Akutstation eine sinnvolle und stabilisierende Methode darstellen (vgl. von Spreti, 2005, S. 134). Zu beachten ist auch die Arbeit von Smeijsters

und Cleven (2006) mit dem Titel ‚The treatment of aggression using arts therapies in forensic psychiatry: Results of a qualitative inquiry‘. Im theoriegeleiteten ersten Teil der Studie stellen die Autoren fest, dass künstlerische Therapien bzw. Kreativtherapien das Rückfallrisiko von forensischen Patienten verringern. Im anschließenden zweiten Teil erfolgt eine qualitative Interviewstudie mit 31 Kreativtherapeuten aus dem forensischen Setting von zwölf unterschiedlichen Einrichtungen in den Niederlanden und Deutschland. Mithilfe von halboffenen Fragebögen, Interviews und Fokusgruppen vergleichen sie deren implizites Wissen über Indikation, Zielsetzungen, Interventionen und Intentionen und überführen die Ergebnisse in konsensbasierte kreativtherapeutische Behandlungsmethoden. Darüber hinaus untersuchen die Autoren das Problemgebiet ‚destruktive Aggression‘ in der forensischen Behandlung. Hierbei kommen Smeijsters und Cleven zu dem Ergebnis, dass es durch den experimentellen und handlungsbasierten Ansatz in den künstlerischen Therapien möglich ist, konkrete Zielsetzungen wie die Stimmungsregulation, die Impulskontrolle, die Regulation von Emotionen oder die Verhaltensplanung im Werk zu integrieren und aggressive und destruktive Impulse zu mindern (vgl. Smeijsters & Cleven 2006, S. 37–58).

Die Dissertation ‚Art psychotherapy with adult offenders who have intellectual and developmental disabilities‘ von Hackett aus dem Jahr 2012, befasst sich dagegen mit der Evaluation der Effektivität von Kunsttherapie bei forensischen Patienten mit leichter Intelligenzminderung und leichten Entwicklungsstörungen. Die Untersuchung erfolgt anhand von vier Fallstudien, bei denen ein pre-treatment, treatment und ein post treatment Assessment mit unterschiedlichen Messzeitpunkten durchgeführt wird. Dabei kommen folgende Messinstrumente

zum Einsatz: Core Conflictual Relationship Theme (CCRT), Daily Self-Rating Scale for specific symptoms, Personal Problem Scale, Modified Overt Aggression Scale (MOAS), Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18), Glasgow Anxiety Scale for adults with Intellectual Disabilities (GAS-ID), Glasgow Depression Scale for people with a Learning Disability (GDS-LD) und Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES). Die Autoren finden heraus, dass eine post-therapeutische Reduktion aggressiven Verhaltens in Interaktion mit anderen Menschen zustande kommt, eine post-therapeutische Verbesserung persönlicher Problembereiche (Personal Problem Scale) erfolgt und eine positive Veränderung interpersonaler Schemata (CCRT) auftritt (vgl. Hackett, 2012, S. ii). Teasdale (1997) illustriert in seinem Artikel ‚Art therapy as a shared forensic investigation‘ anhand eines Fallbeispiels, welche Zielsetzung die Kunsttherapie als spezialisierte Behandlungsmodalität für forensische Patienten hat. Der Autor definiert Kunsttherapie als einen Prozess, für den sorgfältige und grundsätzliche Regeln, ein gemeinsames Commitment, eine eindeutige interpersonale Rollenverteilung sowie verständliche Zielvereinbarungen und herausfordernde und empathische Assessments zur Rückkopplung benötigt werden (vgl. Teasdale, 1997, S. 32–40). In der Arbeit ‚To Find a Voice: Art Therapy in a Women’s Prison‘ von Merriam (1998), veranschaulicht die Autorin anhand mehrerer Fallbeispiele, wie inhaftierte Frauen mit schweren traumatischen Erfahrungen den kunsttherapeutischen Prozess nutzen, um ihre Emotionen in einer angemessenen Art zum Ausdruck zu bringen. Mittels der Fallbeispiele wird deutlich, wie es den Frauen gelingt, zu ihren Gedanken, Gefühlen und Fantasien in der sicherheitsbietenden Interaktion mit dem künstlerischen Werk Kontakt aufzunehmen (vgl. Merriam, 1998, S. 157–171). Ein Artikel, der sich mit der Bedeutung von

Kunsttherapie bei 20 älteren (50+) weiblichen und zudem traumatisierten Inhaftierten im Gefängnis beschäftigt, ist der von Hongo, Katz und Valenti (2015). Unter dem Titel ‚Art: Trauma to therapy for aging female prisoners‘ beschreiben die Autoren, wie die betreffenden Frauen mit ihrem Trauma umgehen und wie sie dieses wahrnehmen. Für die Untersuchung nahmen die Inhaftierten an sechs kunsttherapeutisch-künstlerischen Einheiten teil. Die Autoren benennen fünf zentrale Themen, die durch Kunsttherapie erreicht werden. So finden die Inhaftierten einen Zugang zu ihren Träumen, erhalten die Möglichkeit sich mit sich selbst, dem Werk und der Therapiegruppe verbunden zu fühlen und können ihre Gefühle ins Werk übertragen. Ein weiteres Fazit ist, dass die Frauen ein gemeinsames Verständnis erreichen und auch uneigennütige Belange vertreten lernen (vgl. Hongo, Katz & Valenti, 2015, S. 201–207). Cohen-Liebman und Gussak (2001) gehen in ihrer Arbeit ‚Investigation vs. intervention: Forensic art therapy and art therapy in forensic settings‘ auf die Unterschiede zwischen forensischer Kunsttherapie als investigatives, d. h. aufdeckendes Verfahren und forensischer Kunsttherapie als Intervention ein. Dabei interessieren sie besonders die Abweichungen hinsichtlich der Behandlung, den Behandlungszielen und der Rolle der Kunsttherapeuten. Die Autoren machen deutlich, dass investigative forensische Kunsttherapie und forensische Kunsttherapie als Intervention als zwei voneinander unabhängige und selbstständige Ansätze betrachtet werden müssen, die nur der Begriff ‚forensisch‘ eint. Beide Ansätze unterscheiden sich in ihren Modi des praktischen kunsttherapeutischen Handelns: erstens im investigativen Ansatz und zweitens als Werkzeug in den forensischen Interventionen innerhalb eines idiografischen Settings (vgl. Cohen-Liebman & Gussak, 2001, S. 123–135).

Die Recherche des derzeitigen Forschungsstandes macht deutlich, dass es in Bezug auf die hier vorliegende Untersuchung weder Arbeiten mit vergleichbaren Ergebnissen gibt, noch Schriften vorliegen, die speziell die Perspektive der Betroffenen intensiv in den Blick nehmen. Daher wird mit der qualitativen Studie zur subjektiven Wirksamkeit kunsttherapeutischer Verfahren bei männlichen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der forensischen Psychiatrie eine fundamentale Forschungslücke geschlossen.

Im nachfolgenden Kapitel wird dargelegt, was unter dem Begriff Persönlichkeitsstörungen zu verstehen ist, wie sie diagnostiziert werden und welche Behandlungsansätze diesbezüglich bedeutsam sind.

2 Persönlichkeitsstörungen

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind in psychiatrischen Kliniken und hier insbesondere auf allgemeinpsychiatrischen und psychotherapeutischen Stationen und im Maßregelvollzug immer häufiger zu finden. Sie stellen als Patienten besonders hohe Ansprüche an das gesamte Personal, wie Pflegekräfte, Ärzte, Psychologen und Therapeuten und fordern diese in hohem Maße. Einige Patienten mit bestimmten Formen von Persönlichkeitsstörungen zeigen sich in der Interaktion häufig wenig kooperativ, schaffen es kaum, sich an Regeln zu halten und machen es allen Beteiligten schwer, eine notwendige Kontakt- und Beziehungsaufnahme zuzulassen. In der Praxis fallen sie zudem dadurch auf, dass sie häufig Anweisungen unterlaufen, sich nicht an vereinbarte Therapieziele halten, aus Erfahrungen nicht zu lernen scheinen und immer wieder neue Verhaltensweisen und Strategien entwickeln, die eine konstruktive Zusammenarbeit mit ihnen schwierig macht. Um Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu behandeln, benötigen alle Interaktionspartner ein besonderes Wissen und ein vertieftes Verständnis dafür, warum Patienten mit diesem Störungsbild sich so verhalten, so denken und so handeln wie sie es tun. Daher soll im folgenden Abschnitt beschrieben werden, was unter Persönlichkeitsstörungen zu verstehen ist und wodurch sich diese Patienten auszeichnen.

2.1 Was sind Persönlichkeitsstörungen?

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen zeigen in ihrem Erleben und Verhalten anhaltende Muster, die sich auffallend von den Erwartungen der soziokulturellen Umwelt

unterscheiden. Ihr Verhalten, Denken und Erleben ist durch starre und unangepasste Verhaltens- und Reaktionsmuster gekennzeichnet, die sich in verschiedenen sozialen und persönlichen Lebenssituationen äußern. Primär gelten Persönlichkeitsstörungen als „komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens“ (Fiedler, 1999, S. 119). Die meisten Wissenschaftler gehen davon aus, dass Persönlichkeitsstörungen in erster Linie interpersonelle Störungen sind (vgl. Barnow, 2008, S. 18; vgl. Sachse, 2006, S. 11 & vgl. Fiedler, 1999, S. 119).

Da jeder Mensch bestimmte Eigenarten oder Persönlichkeitsstile hat, stellt sich die Frage, wo der Unterschied zwischen einer Persönlichkeitsstörung und einem Persönlichkeitsstil liegt. Folgt man der Definition von Häcker und Stapf (2004) zum Begriff der Persönlichkeit, besteht Einigkeit darüber, dass sie „ein bei jedem Menschen einzigartiges, relativ stabiles und zeitlich überdauerndes Verhaltenskorrelat darstellt“ (Häcker & Stapf, 2004, S. 696). Anders ausgedrückt heißt das, dass ein Mensch normalerweise in der Lage ist, in verschiedenen Situationen und in Kontakt mit unterschiedlichen Menschen beständig und sinnvoll zu handeln und sich wechselnden Situationen anpassen zu können (vgl. Michel & Novak, 2004, S. 310). Einen Persönlichkeitsstil macht demnach aus, dass eine Person zum einen zwar gewisse Grundsätze hat, an die sie sich orientiert und nach der sie handelt, aber zum anderen auch in der Lage ist, flexibel auf sich verändernde Gegebenheiten und Bedürfnisse zu reagieren. So zeichnen sich beispielsweise manche Menschen dadurch aus, dass sie auffallend gewissenhaft und ordentlich sind, aber dennoch in der Lage scheinen, alles stehen und liegen zu lassen, wenn es die Situation erfordert. Im

Gegensatz dazu steht bei einem Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung immer das *Muss* und damit die Unveränderbarkeit der eigenen Handlungs- oder Denkweise an erster Stelle (vgl. Barnow, 2008, S. 18). Ein Mensch mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung würde beispielsweise immer darauf achten, seine Arbeit fehlerfrei und akkurat zu verrichten, egal wie sich eine Situation gestaltet und wie unpassend diese Reaktion für andere erscheint, denn eine Unterlassung würde zu lang andauerndem Stress und extremer Angst führen, um beispielsweise nicht für unordentlich und unfähig gehalten zu werden.

Die Übergänge von Persönlichkeitsstilen zu Persönlichkeitsstörungen sind fließend und kontextabhängig. Angesichts der Einzigartigkeit eines jeden Menschen und der Fülle an Erlebnissen und Erfahrungen, die er in seinem Leben gemacht hat, ist eine allumfassende Theorie der Persönlichkeit problematisch. Der Blick auf einen Menschen und sein Verhalten kann angesichts seines historischen, kulturellen und sozialen Hintergrunds immer nur selektiv sein, und die Beurteilung durch Außenstehende ist stets geprägt durch eigene Ansichten, Erfahrungen und theoretisches Wissen. Dies gilt es zu berücksichtigen, will man die Ausprägungen menschlichen Verhaltens verstehen und richtig einordnen. Dazu differieren auch unterschiedliche Auffassungen und Richtungen psychologischer und psychiatrischer Ansätze in der Beurteilung dieses Störungsbildes. Die Einordnung, wann eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, ist unter den gegebenen Umständen daher schwer zu treffen und sollte nur nach einer ausführlichen Untersuchung und Anamnese vergeben werden, auch um einer Stigmatisierung der betreffenden Person vorzubeugen. Der Begriff der Persönlichkeitsstörung intendiert leider zu Unrecht, dass es sich bei diesem Störungsbild um die gesamte Persönlich-

keit handelt, die gestört ist und nicht nur um einzelne Verhaltensweisen, Denkweisen und Empfindungen der betreffenden Person. Der umfassende Begriff Persönlichkeitsstörungen wird als Diagnose für behandlungsbedürftige Abweichungen der Persönlichkeitsentwicklung verstanden (vgl. Fiedler, 2007, S. 26).

2.2

Die Persönlichkeitsstörungen in den Klassifikationssystemen ICD 10 und DSM-IV-TR

Psychiatrische Störungen werden aktuell mit Hilfe von zwei Klassifikationssystemen eingeordnet, der internationalen ICD 10, eine Abkürzung für International Statistical Classification of Diseases und dem amerikanischen DSM-IV-TR, als Abkürzung für Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, der American Psychiatric Association (APA). Beide Klassifikationssysteme weisen seit ihrer Entwicklung deutliche Übereinstimmungen auf und auch die allgemeine Definition von Persönlichkeitsstörungen ist in der ICD 10 und im DSM-IV-TR fast identisch (vgl. Bronisch, 2003, S. 5 & vgl. Barnow, 2008, S. 28).³ In den Klassifikationssystemen werden eine Anzahl an Verhaltensmerkmalen aufgelistet, die insgesamt ‚idealtypische‘ Beschreibungen von Betroffenen darstellen sollen (vgl. Saß & Jünemann, 2000, S. 11) sozusagen Prototypen bestimmter Arten von Persönlichkeitsstörungen. Beide Diagnosesysteme beschreiben Persönlichkeitsstörungen als typische Interaktionseigenarten einer Person,

³ In beiden Systematiken wurden seit ihrer Entwicklung objektivere Beurteilungsvorgaben entwickelt. So taucht im ICD 10 und im DSM-IV-TR ausschließlich der Begriff der Störung und nicht mehr der der Krankheit auf. Auch wird eine Persönlichkeitsstörung nicht mehr durch eine intuitive Beurteilung eines Diagnostikers festgelegt, sondern durch die Analyse konkreter Verhaltensindikatoren und Verhaltensmuster einer Person (vgl. Fiedler, 2007, S. 26).

die beständig, unflexibel und wenig sozial angepasst ist. Eine Diagnose sollte aber nach beiden Systemen erst dann gestellt werden, wenn die Schwierigkeiten, die die Störungen nach sich ziehen, die berufliche und private Leistungsfähigkeit massiv beeinträchtigen und es außerdem zu subjektiven Problemen kommt (vgl. Fiedler, 2007, S. 32).

Da das Klassifikationsmodell ICD 10 international Verwendung findet, wurde es bei der Diagnosestellung der an der Untersuchung teilnehmenden Patienten angewandt.

Die ICD 10 unterteilt die klinischen Syndrombereiche psychischer Störungen in Kapitel V (F) in zehn Kategorien (F0–F9). Unter der Ziffer F6 finden sich die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6). Diese sind wiederum in neun Untergruppen unterteilt (F60–F69), die ihrerseits wieder in Untertypen gegliedert sind. Zu den wichtigsten Persönlichkeitsstörungen gehören, die paranoide PS, die schizoide PS, die dissoziale PS, die impulsive PS, die emotional instabile PS vom Borderline Typus, die histrionische PS, die anankastische PS, die ängstlich vermeidende PS und die abhängig asthenische PS (vgl. Linden, 2008, S. 229). Eine detaillierte Beschreibung dieser Persönlichkeitsstörungen wird an dieser Stelle nicht vorgenommen, da sie in der entsprechenden Fachliteratur⁴ zu finden ist. In der ICD 10 werden die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69) und die damit einhergehenden Verhaltensmuster und Zustandsbilder eines Menschen allgemein als „Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2000, S. 225) begriffen, von denen sich einige während der Kindheit oder Jugend aufgrund anlagebedingter Einflüsse

oder auch sozialer Erfahrungen entwickeln, während sich andere im späteren Leben herausbilden (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 2000, S. 225).

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Persönlichkeitsstörungen in erster Linie interpersonelle Störungen sind. Für die Vergabe dieser Diagnose müssen verschiedene Kriterien erfüllt werden, auch um einer Stigmatisierung der Betroffenen entgegen zu wirken. Die Entstehung der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen wird als eine Art Anpassungsleistung an frühere Bedingungen begriffen, die aber im Erwachsenenalter inadäquat und dysfunktional ist. Die Betroffenen sind nur bedingt in der Lage, ihre alten und unflexiblen Verhaltensweisen und Interaktionsauffälligkeiten zu verändern und sie dem aktuellen Umständen anzupassen. Sie zeigen zeitlich, situativ und interpersonell immer die gleiche Tendenz auf Gegebenheiten zu reagieren (vgl. Linden, 2008, S. 227). Menschen mit Persönlichkeitsstörungen „zeigen lediglich extreme Ausprägungen »normalen« psychischen Funktionierens!“ (Sachse, 2006, S. 22).

2.2.1

Ethische Leitlinien und Diagnostik

In der Fachliteratur wird immer wieder darauf verwiesen, wie schwierig es ist, Persönlichkeitsstörungen zu erkennen und welche Gefahren mit einer vorschnellen Diagnose verbunden sind. Peter Fiedler (2007) greift dieses Problem in seinem Kapitel ‚Die Grundrechte des Menschen‘ (Fiedler, 2007, S. 34) auf. Er stellt fest, dass nicht jede Persönlichkeitsstörung und jeder Persönlichkeitsstil gleich ist und es zwischen den Störungen als auch den Stilen bedeutende Unterschiede gibt. Denn nicht selten treffen seiner Ansicht nach vie-

⁴ Einen umfassenden Einblick geben bspw. Sven Barnow (2008) in Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung & Gerhardt Nissen (2000) in Persönlichkeitsstörungen. Ursachen-Erkennung-Behandlung.

le Kriterien, die in den Diagnosesystemen aufgeführt werden, auch auf Menschen zu, die durchaus in ihrer Umwelt zurechtkommen. Andererseits lassen sich bei genauerer Betrachtung ebenso Menschen finden, die durch rücksichtsloses, extrem ichbezogenes und unsoziales Verhalten auffallen, aber gesellschaftlich angesehen sind. Fiedler schlägt daher drei übergreifend, ethische Leitlinien vor, die die generelle Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigen. Seiner Meinung nach darf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nur dann vergeben werden, wenn folgende Aspekte zutreffen:

1. Die betreffende Person muss selbst unter ihrer Persönlichkeit leiden, und/oder
2. die Störung muss zu einer Exazerbation, d. h. Verschlimmerung oder Risikoerhöhung verschiedener anderer psychischer Störungen führen und/oder
3. bei den Betroffenen müssen aufgrund ihrer Persönlichkeitseigenarten erhebliche soziale Konsequenzen vorliegen, wie Verstöße gegen das Gesetz oder existenzielle Probleme (vgl. Fiedler, 2007, S. 34).

Trifft von diesen Kriterien nicht mindestens eine zu, handelt es sich bei den auffälligen Eigenarten einer Person laut Fiedler nicht um eine Persönlichkeitsstörung, sondern nur um markante persönliche Stile eines Menschen (vgl. Fiedler, 2007, S. 35).

2.3

Therapie der Persönlichkeitsstörungen

Bei Persönlichkeitsstörungen handelt es sich nicht, wie früher angenommen, um therapieresistente Störungen. Die Behauptung, dass Betroffene mit diesem Störungsbild nur schwer oder gar nicht behandelbar sind,

ist laut Fiedler falsch (vgl. Fiedler, 2007, S. 296). Persönlichkeitsstörungen können durchaus durch veränderte Umweltbedingungen und insbesondere durch psychotherapeutische Maßnahmen verbessert und positiv beeinflusst werden (vgl. Nissen, 2000, S. 6). Alle Persönlichkeitsstörungen entwickeln sich durch ein ungünstiges und multiples Zusammentreffen spezifischer psychosozialer und gesellschaftlicher Faktoren und Prozesse. Das lässt den Schluss zu, dass auch deren Behandlung nur dann sinnvoll ist, wenn die zum Einsatz kommenden therapeutischen Maßnahmen vielfältig sind und ein großes Spektrum verschiedenartiger Techniken beinhalten. In erster Linie zählen hierzu die verschiedenen psychotherapeutischen Maßnahmen, die medikamentöse Behandlung sowie der Einsatz soziotherapeutischer und pädagogischer Vorgehensweisen (vgl. Saß & Jünemann, 2000, S. 25).

2.3.1

Behandlungsansätze bei Persönlichkeitsstörungen

Obwohl sich bereits seit 1955 andeutet, dass sich Psychopharmaka nicht nur für die Behandlung von Psychosen eignen und Arzneistoffe, wie Neuroleptika und Antidepressiva bereits in der ärztlichen Praxis bei s. g. Neurosen eingesetzt werden, hat diese Art der Therapie in der Vergangenheit eine nur untergeordnete Rolle gespielt. Folgt man der Ansicht von Linden (2008) ist ihr Einsatz aber theoretisch durchaus sinnvoll, wenn nicht sogar medizinisch primär angezeigt (vgl. Linden, 2008, S. 232). Dose (2008) führt an, dass „Pharmako- wie Psychotherapie möglicherweise zwar auf unterschiedlichem Weg, aber mit gemeinsamer neurobiologischer «Endstrecke» gestörte psychische Vorgänge zu beeinflussen vermögen“ (Dose, 2008, S. 373). Psychotherapeutische Behandlungsansätze,

die sich bei der Therapie von Persönlichkeitsstörungen besonders bewährt haben und für die es Wirksamkeitsnachweise gibt, wurden vor allem auf der Grundlage psychodynamischer und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Therapieverfahren entwickelt. Ein Beispiel für ein psychodynamisch orientiertes Verfahren ist die Interpersonelle Psychotherapie nach Sullivan. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz ist die bekannte Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan, die speziell für die Behandlung von Borderlinestörungen entwickelt wurde. Dieses Verfahren, das u. a. in einem Behandlungsmanual detailliert beschrieben wird, folgt einem eindeutig strukturierten Verlauf und setzt ein breites Spektrum an kognitiven und behavioralen Therapietechniken ein. Neben der Einzeltherapie gibt es beispielsweise das Fertigkeitentraining, Übungen zur Selbstwahrnehmung oder zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen (vgl. Linehan, 1996, S. 5&6). Ein weiteres Beispiel für eine Erfolg versprechende Behandlung, ist die Therapie in Form eines Selbstsicherheits- und Angstmanagementtrainings bei Betroffenen mit ängstlich vermeidender Persönlichkeitsstörung (vgl. Linden, 2008, S. 233).

Trotz vielfältiger Therapieansätze verschiedener Schulen scheint aktuell kein Ansatz dem anderen überlegen. Laut Barnow sollte daher das zukünftige Ziel sein, eine allgemeine Psychotherapie für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen zu entwickeln, die sowohl neue Lernerfahrungen transportiert als auch unspezifische Wirkeffekte untersucht und nutzt, wie eine empathische Grundhaltung des Therapeuten sowie eine verbesserte therapeutische Beziehung (vgl. Barnow, 2008, S. 321).

2.3.2

Allgemeine therapeutische Prinzipien der Behandlung

Persönlichkeitsstörungen gelten als Langzeiterkrankungen, und eine vollkommene Wiederherstellung aller gesunden Anteile scheint, trotz spezieller Behandlungsmethoden, eher ausgeschlossen. Was erreicht werden kann, ist ein Abklingen oder auch eine Verringerung auftretender Probleme und negativer Ergebnisse, die mit dieser Störung verbunden sind (vgl. Linden, 2008, S. 233). Das Ziel der meisten psychotherapeutischen Konzepte ist, Defizite bei psychischen Störungen zu verändern oder gar zu heilen. Dieser Ansatz lässt sich auf die Therapie von Persönlichkeitsstörungen aber nur bedingt übertragen. Anders als bei anderen psychischen Störungen geht es bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen nicht um eine Symptomänderung, sondern eher um eine zwischenmenschliche Neuorientierung. Die Therapie soll den Betroffenen in erster Linie Strategien vermitteln, die ihnen den Umgang mit alltäglichen zwischenmenschlichen Problemen ermöglichen und sie zudem befähigen, Krisen- und Konfliktsituationen besser einzuschätzen und selbständig zu lösen (vgl. Fiedler, 2007, S. 320).

In der Regel dauert eine Therapie mehrere Jahre und fordert vom behandelnden Therapeuten zweierlei. Erstens benötigt er ein profundes Wissen über die Ausdrucksformen der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen und zweitens ist es wesentlich, dass er die Emotionen der Betroffenen als Ursache für diese Störung begreift und nicht als Konsequenz, wie es ‚normalerweise‘ der Fall ist. Persönlichkeitsstörungen sind komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens. Dies zeigt sich, wie zuvor beschrieben, auch im Miteinander zwischen Therapeut und Patient. Daher sind auch bei den einzelnen Persönlichkeitsstörungen typi-

sche aber unterschiedliche Verhaltensweisen zu erwarten. Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung oder Borderline-Persönlichkeitsstörung reagieren beispielsweise auf Kritik sehr empfindlich. Dies kann zu einem Machtkampf zwischen Patient und Therapeut werden, zu Entwertungen führen und damit nicht selten einen Abbruch der Therapie nach sich ziehen. Bei Patienten mit paranoider Persönlichkeitsstörung sind dagegen die Themen Sicherheit und Geborgenheit ein zentrales Thema der Beziehungsgestaltung.

Menschen mit Persönlichkeitsstörungen verhalten sich damit in der Therapie so, wie sie es auch sonst tun. Linden (2008) schlägt daher allgemeine Richtlinien vor, die bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen therapeutisch hilfreich sind und gleichzeitig auch den Behandler vor einer Überforderung schützen. Er führt drei Regeln an, die für das wechselseitige Aufeinanderwirken von Therapeut und Patient wesentlich sind und zu einem positiven Verlauf der Therapie beitragen. Die drei obersten Regeln sind:

1. Die Psychopathologie der Störung äußert sich in der Interaktion des Patienten mit dem Arzt/Therapeut, so dass die Interaktion zwischen Arzt und Patienten selbst zum diagnostischen und therapeutischen Arbeitsfeld wird.
2. Sekundäre Anpassungsstörungen, Lebensprobleme und dergleichen sind nicht oder nur am Rande Thema für die Therapie.
3. Da die unmittelbare Kommunikation aufgrund der Erkrankung gestört ist, müssen Behandler und Patient lernen, die «eigentliche Intentionalität» des Gegenübers zu erkennen und quasi an der Störung vorbei miteinander zu kommunizieren. (Linden, 2008, S. 235)

Über diese drei Regeln hinaus sind laut Linden (2008) – im Vergleich zur normalen Reaktion eines Menschen – aber noch weitere grundsätzliche Fähigkeiten eines Therapeuten wichtig wie Empathie, uneingeschränktes Akzeptieren, Selbsteinbringung, emotionale Wärme und Geduld (Tab. 1). Empathie wie sie u. a. auch bei Carl Rogers (1983) beschrieben wird, ist die Fähigkeit, sich in einen Menschen einzufühlen, d. h. mit- und nachzuempfinden, wie es ihm geht und ihm dies mitzuteilen (vgl. Rogers, 2013, S. 23–24). Menschen mit Persönlichkeitsstörungen sind selber häufig nicht in der Lage ihre Stimmung einzuordnen, schlimmer noch, sie sind ihnen zumeist hilflos ausgeliefert. Wenn sie dann, entgegen ihrer sonstigen Erfahrungen erleben, dass sie verstanden werden, reagieren sie häufig dankbar und offen. Durch eine empathische Grundhaltung des Therapeuten erlangen sie eine größere Einsicht in ihre Gefühlswelt und Gedanken. Beim uneingeschränkten Akzeptieren geht es um die Fähigkeit, sich nicht abzuwenden oder die therapeutische Beziehung zu unterbrechen, wenn der Patient spannungsgeladen, vorwurfsvoll oder gereizt reagiert. Dass er unter Spannung steht, ist sein Grundproblem und dass sich andere abwenden, alltäglich. Sein Verhalten ist pathologisch und der Grund dafür, warum er in die Therapie kommt.

Wie bereits dargelegt, werden in der Therapie und gerade in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient Persönlichkeitsstörungen festgestellt und behandelt. Dies lässt den Schluss zu, dass auch die Reaktionen und Empfindungen des Therapeuten im Kontakt mit dem Patienten Hinweise auf die Psychopathologie der Persönlichkeitsstörungen liefern. Diese Selbstwahrnehmung kann der Behandler sinnvoll nutzen, indem er dem Patienten beispielsweise Rückmeldungen darüber gibt, wie er auf ihn oder andere wirkt. Wenn er sich und seine Wahrnehmung

Professionelles Vorgehen	«Normale» Reaktion
Empathie	Unverständnis und Irritiertheit
unkonditionales Akzeptieren	Ablehnung, Zurückweisung
Selbsteinbringung	Vorwürflichkeit
emotionale Wärme	direkte emotionale Reaktion, Verstimtheit
Pat./Therapeut – Interaktion von der Metaebene betrachten	Selbstbetroffenheit, Selbstverteidigung
Unterscheidung von Kern- und Folgeproblem	Fixiertheit auf Sekundärfolgen
Erarbeitung kompensatorischer interaktioneller Fertigkeiten	Aufforderung und Ratschläge zur Besserung
Geduld	Bedrängung, Ungeduld

Tabelle 1: Prinzipien supportiver Therapie bei Persönlichkeitsstörungen (Linden, 2008, S. 234)

einbringt, eröffnet sich für den Patienten die Chance, sich und sein Verhalten besser zu verstehen und in der Folge besser zu kontrollieren. Der Patient kann durch die Selbsteinbringung des Therapeuten lernen, zwischen Ursache und Wirkung zu unterscheiden. Und nicht zuletzt ist Geduld und eine hohe Frustrationstoleranz des Therapeuten gefragt, gerade auf dem Hintergrund, dass es sich bei Persönlichkeitsstörungen um chronische Störungen handelt, deren Behandlung in der Regel Jahre dauern kann (vgl. Linden, 2008, S. 235–237 & vgl. Sachse, 2006, S. 9).

Die vorgestellten Leitlinien und Prinzipien nach Linden (2008) lassen sich auf alle an der Therapie beteiligten Therapeuten, wie Psychologen, Sozialarbeiter, Pflagemitarbeiter und Kunsttherapeuten übertragen und gelten darüber hinaus sowohl für Teams in psychiatrischen Kliniken als auch für Beratungsstellen oder Wohneinheiten. Überall dort, wo mehrere Professionelle mit Menschen mit Persönlichkeitsstörungen arbeiten, ist es besonders wichtig, dass alle Mitarbeiter miteinander kooperieren, sich über die Behandlungs- und Umgehensweisen mit dem Patienten einig sind und sich ihm gegenüber

widerspruchsfrei verhalten. Dies setzt eine zutreffende Diagnose und einen hohen Informationsaustausch innerhalb des Teams voraus. Beides kann helfen, eine konfliktfreie Atmosphäre zu schaffen, einen besseren Zugang zum Patienten zu entwickeln und ihn ferner dazu zu motivieren, notwendige Entwicklungsschritte und Veränderungen zuzulassen (vgl. Sachse, 2006, S. 9).

2.3.3

Therapie bei forensischen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen

Wie soll mit zum Teil gewalttätigen und kriminellen Patienten, die unfreiwillig durch einen richterlichen Beschluss in die forensische Psychiatrie eingewiesen wurden, therapeutisch umgegangen werden? Und was ist zu tun, wenn die Betroffenen keinen Sinn in der Behandlung sehen oder die Therapie gar boykottieren? Antworten darauf geben Untersuchungen zur Behandlung von (Sexual-) Straftätern. Diese machen deutlich, wie es dazu kommt, dass manche Therapeuten selbst kaum motivierte, schwierige und

ablehnende Patienten erfolgreich behandeln und andere nicht (vgl. Fiedler, 2007, S. 303).

Optimistische Grundeinstellung und ressourcenorientierte Therapie

Bis in die 1990er-Jahre wurde davon ausgegangen, dass der Erfolg einer Behandlung mit der Schwere der Persönlichkeitsstörung in Verbindung steht. Eher durch Zufall fand aber eine Forschungsgruppe heraus, dass der Erfolg erstens eng damit verbunden ist, wie das Therapeutenteam zusammengesetzt ist und zweitens, wie sehr sie einen Therapieoptimismus, d. h. Glauben an den Erfolg ihrer Tätigkeit, nach außen und innen vermitteln können. Therapeuten, die nicht von ihrem Gelingen überzeugt sind, handeln demnach weniger effektiv. Darüber hinaus wurden noch weitere Merkmale gefunden, die für eine erfolgreiche Therapie ausschlaggebend sind. So ist es bei der Arbeit mit Betroffenen, die zum Teil zu brutaler Kriminalität neigen wichtig, in wieweit es der optimistische Therapeut versteht, nicht gegen die Person des Patienten zu arbeiten, sondern mit ihm gemeinsam etwas gegen seine ungünstigen Lebensumstände, seine unsozialen zwischenmenschlichen Reaktionen und seine kriminellen Taten zu unternehmen. Pessimistische und damit weniger erfolgreiche Therapeuten sind häufig nicht in der Lage zwischen der Person des Betroffenen und seinen negativen und kriminellen Handlungen zu unterscheiden. Sie arbeiten eher konfrontativ, um bei den Betroffenen eine Einsicht in ihre negativen Verhaltensweisen zu erreichen. Eine Einsicht in diesem Sinne ist aber nicht das Ziel der Therapie bei Persönlichkeitsstörungen, „sondern die konstruktive Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Handlungsmuster, die dann systematisch eingeübt werden, weil sie hoffen lassen, dass kriminelle Handlungen zukünftig überflüssig werden“ (Fiedler, 2007, S. 304). Es geht also darum, nicht defizitär, son-

dern ressourcenorientiert mit dem Patienten zu arbeiten, d. h. seine vorhandenen Stärken und Fähigkeiten zu fördern, um ihn bei der Bewältigung realer Probleme zu unterstützen.

Selbstwertgefühl, Respekt und Wertschätzung

Das Erlernen neuer Verhaltensmuster und zwischenmenschlicher Interaktionsstrategien, wie es bei der ressourcenorientierten Behandlung angestrebt wird, setzt ein gesundes Selbstwertgefühl des Betroffenen voraus. Und Konfrontationsstrategien führen eindeutig nicht dazu, das Selbstbewusstsein des Patienten zu steigern. Auch Respekt und Wertschätzung gegenüber anderen und sich selbst kann sich nur entwickeln, wenn es am eigenen Leib erfahren oder von anderen vorgelebt wird. Hier haben alle an der Therapie beteiligten eine wesentliche Vorbildfunktion. Begegnet ein Therapeut dem Patienten also mit Ablehnung und Skepsis, und schafft er es nicht, die Person und sein kriminelles Verhalten zu trennen, provoziert er die Reaktanz des Patienten und vergibt damit die Chance, dass dieser neue Verhaltensstrategien erlernt und sich in Zukunft sozialer verhält. Darüber hinaus verstärkt der Therapeut in der Folge auch seine eigene pessimistische Grundeinstellung gegenüber dem Patienten. Eine kaum aussichtsreiche Basis für eine erfolgreiche Therapie. In diesem Zusammenhang ist besonders aufschlussreich, dass gerade bei (sexual)delinquenten Patienten im Maßregelvollzug oder im Gefängnis wiederholt eine negative Beziehung zwischen Konfrontation und Verlauf der Therapie festgestellt werden konnte (vgl. Fiedler, 2007, S. 302–306).

Nachdem in diesem Kapitel auf die Diagnose und die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen eingegangen wurde, erfolgt jetzt eine Einführung in das Thema Kunsttherapie. Zu Beginn wird eine mögliche Entstehungs-