



II. Medizinische Klinik und Poliklinik

Onkologie, Hämatologie, Knochenmarktransplantation mit Abteilung für Pneumologie
Palliativmedizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf | Martinstraße 52 | 20246 Hamburg
II. Medizinische Klinik und Poliklinik – Prof. Dr. K. Oechsle

20. Sep. 2023

Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer
Direktor der Klinik
Ärztlicher Leiter des Zentrums
Zentrum für Onkologie

Martinstraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Karin Oechsle
Ärztliche Leitung Palliativmedizin
Universitätsprofessur
für Palliativmedizin mit Schwerpunkt
Angehörigenforschung
Gebäude Ost 43, 1. OG

Postadresse: Gebäude O24, 1. OG

Telefon: +49 (0) 40 7410-50667

kaoechsl@uke.de

www.uke.de

Abschlussbericht an die Hamburger Krebsgesellschaft e.V.

**Kunsttherapie für Patient:innen und Angehörige in der spezialisierten
stationären Palliativversorgung auf Basis der Lösungs- und
Personenorientierten Maltherapie (LOM®/PM)**

Prof. Dr. med. Karin Oechsle

Universitätsprofessur für Palliativmedizin
mit Schwerpunkt Angehörigenforschung
mit anteiliger Förderung durch die HKG

II. Medizinische Klinik

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hamburg

E-Mail: kaoechsl@uke.de



Inhaltsverzeichnis:

1. Zielsetzung und Fragestellungen	3
2. Studiendesign und methodisches Vorgehen	3
3. Ergebnisse	5
3.1 Studienkohorte	5
3.2 Durchführung der LOM®/PM auf der Palliativstation	7
3.3 Inhalte der LOM®/PM.....	7
3.4 Auswirkung von LOM®/PM auf das emotionale Erleben	10
3.5 Auswirkungen der LOM®/PM auf die psychosoziale Belastung	12
3.6 Auswirkungen der LOM®/PM auf die Selbstwirksamkeitserwartung	13
3.7 Auswirkungen der LOM®/PM auf das Autonomieerleben	14
3.8 Fallbeispiele für Lösungs- und Personenorientiertes Malen.....	15
4. Schlußfolgerungen und Zusammenfassung	17
4.1 LOM®/PM bei Patient:innen:.....	17
4.2 LOM®/PM bei Angehörigen:.....	18
5. Literaturverzeichnis	19

1. Zielsetzung und Fragestellungen

Das vorliegende Forschungsprojekt zielte darauf ab, die Machbarkeit und mögliche Inhalte der Kunsttherapie mit den neuen, adaptierten Methoden „Lösungs- und Personenorientierte Maltherapie (LOM®/PM)“ erstmalig bei den schwerstkranken Patient:innen und deren Angehörigen auf einer Palliativstation zu untersuchen.

Zudem wurden mögliche Effekte dieser Kunsttherapie-Methoden auf die Emotionen, psychische Belastung und das Autonomiegefühl der Patient:innen und Angehörigen analysiert.

Die untersuchten Einzelfragestellungen waren damit wie folgt:

- Welche Inhalte der LOM®/PM sind jeweils bei Patient:innen und Angehörigen im Rahmen eines Aufenthaltes auf der Palliativstation möglich?
- Wie groß ist der Anteil der Patient:innen und Angehörigen, die an der Kunsttherapie teilnehmen können? Aus welchen Gründen war es bei den anderen nicht möglich?
- Wie erleben Patient:innen und Angehörige auf der Palliativstation die LOM®/PM?
- Wie wirkt sich die LOM®/PM auf die Emotionen der Patient:innen und Angehörigen aus?
- Wie wirkt sich die LOM®/PM auf die psychische Belastung der Patient:innen und Angehörigen aus?
- Wie wirkt sich die LOM®/PM auf das Autonomieerleben der Patient:innen und Angehörigen aus?

2. Studiendesign und methodisches Vorgehen

In diese prospektive zweiarmligen Kohortenstudie sollten über einen Zeitraum von 12 Monaten alle Patient:innen und Angehörigen auf der Palliativstation am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, bei denen eine Kunsttherapie machbar erscheint, eingeschlossen werden.

Die Einschlusskriterien waren ein Alter von > 18 Jahre, ausreichende körperliche und geistige Fähigkeiten zur Durchführung einer LOM®/PM -Therapie (nach Einschätzung der Kunsttherapeutin) und zur Durchführung der Fragebogenerhebungen (nach Einschätzung der Stationsärzt:innen) sowie ausreichende sprachliche und kognitive Fähigkeiten zur Durchführung der Fragebogenerhebung (nach Einschätzung des Behandlungsteams).

Die prospektive Datenerfassung begann mit einer Ersterhebung nach einem Vorgespräch mit der Kunsttherapeutin und vor der ersten Kunsttherapiesitzung (T0). Nach der Kunsttherapiesitzung erfolgt innerhalb von 24 Stunden die Folgerhebung (T1).

Die quantitative Datenerfassung bei Ersterhebung und im Verlauf umfasst die Erhebung von psychischer Belastung mittels „Distress-Thermometer“ (DT [1, 2]), der Selbstwirksamkeitserwartung mittels der „Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE-Skala [3]) und des subjektiven Autonomieerlebens mittels „Patient Autonomy Questionnaire 4-item-Version“ (PAQs [4]).

Zusätzlich wurden in den Folgerhebungen in offenen Fragen subjektiv erlebte Effekte der Kunsttherapie auf mögliche zusätzliche Parameter der emotionalen Situation der Patienten erfragt (z.B. Wahrnehmung der eigenen Gefühle, Klärung von Gedanken und Gefühlen, Ressourcenfindung, Ablenkung).

Auf einer 11-stufigen Skala von 0 (stimme gar nicht zu) bis 10 (stimme voll und ganz zu) wurden außerdem die folgenden Fragen durch die Patient:innen bzw. die Angehörigen beurteilt:

- Was ich fühle, ist auch wichtig.
- Ich fühle mich in meinen Gefühlen ernst genommen.
- Ich fühle mich in meinen Bedürfnissen gesehen.
- Ich konnte meine Gedanken sortieren.
- Ich habe neue Einsichten gewonnen.
- Ich konnte Ablenkung finden.
- Ich konnte Entspannung/Entlastung finden.
- Die therapeutische Begleitung hat mir Halt gegeben.
- Ich konnte den kreativen Schaffensprozess für mich als Gewinn erleben.

Ergänzend können die Patient:innen und Angehörigen freitextliche Antworten zu „Das war/ist mir noch wichtig“ formulieren.

Die Kunsttherapeutin dokumentierte für jede Kunsttherapiesitzung in einem studienspezifischen Formular die Dauer und das Setting der jeweiligen Sitzung, die jeweils angewandte kunsttherapeutische Methode, Themen (z.B. Biographie, Erkrankungssituation, Familiäre Interaktion, etc.), die Stimmung der Patient:innen bzw. Angehörigen zu Beginn und am Ende der Sitzung sowie eventuelle Besonderheiten.

Zusätzlich wurden folgende Daten dokumentiert: Patient:in oder Angehöriger, Alter, Geschlecht, Art der Erkrankung der Patient:innen, Grund des aktuellen stationären Aufenthaltes (z.B. Symptomlinderung, Dekompensation, Versorgung, etc.), Tage seit der stationären Aufnahme auf die Palliativstation, eine mögliche Vorerfahrung mit Kunsttherapie und die Bedeutung von Kunst in der bisherigen Biographie des Patienten bzw. Angehörigen. Bei Angehörigen wurden zudem der Verwandtschaftsgrad zu den Patient:innen und die mögliche gemeinsame Wohnsituation erfragt.

Für die Studie wurde ein Votum der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg eingeholt (2021-100639).

Alle teilnehmenden Patient:innen und Angehörige gaben eine informierte schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme. Für die in diesem Bericht eingefügten Bilder und Fallberichte liegen ebenfalls jeweils spezifische Einwilligungserklärungen vor.

3. Ergebnisse

3.1 Studienkohorte

Inklusive einer kostenneutralen Laufzeitverlängerung wurde die Rekrutierung für diese Studie vom 01.12.2021 bis zum 30.06.2023 durchgeführt. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 642 Patient:innen und Angehörige auf einen möglichen Studieneinschluss hin überprüft. Hiervon mussten 537 aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien ausgeschlossen werden, sodass 105 Personen zu einer möglichen Studienteilnahme eingeladen wurden, von denen leider nur 28 zusagten. Zum Studienende lagen auswertbare Fragebögen von 25 Personen vor: von 13 Patient:innen und 12 Angehörigen.

Details zum Rekrutierungsprozess zeigt die folgende Abbildung:

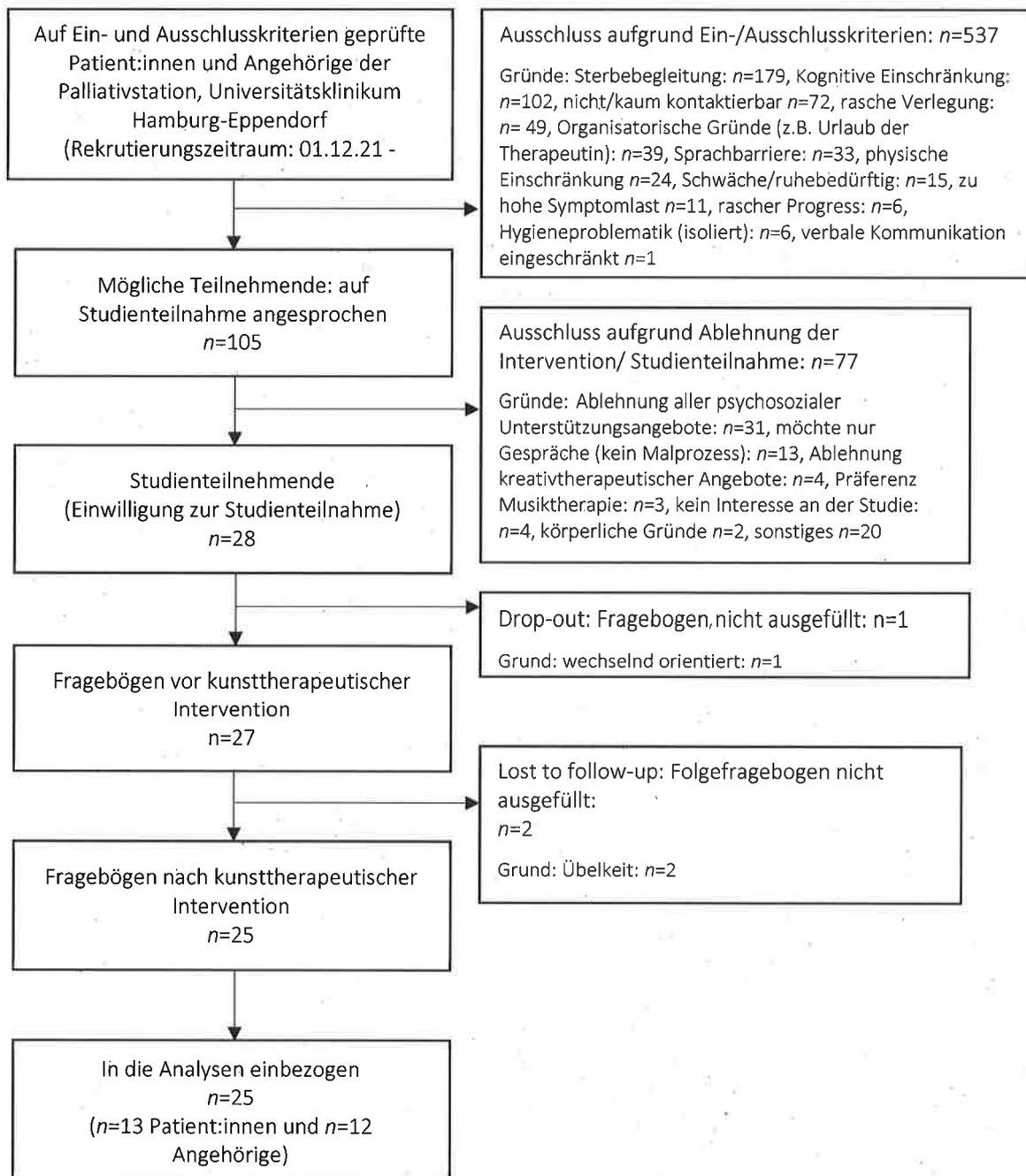


Abb. 1. Rekrutierung der Studienkohorte: Teilnahme und Nichtteilnahme der Patient:innen und Angehörigen

Die detaillierten soziodemographischen Charakteristika der auswertbaren Gesamtkohorte von 25 Personen sowie der 13 Patient:innen und 12 Angehörigen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Insgesamt 9 der teilnehmenden Personen (6 Patient:innen, 3 Angehörige) brachten eine Vorerfahrung mit Kunsttherapie mit.

Tab. 1. Charakteristik der Teilnehmenden:

Charakteristika	Gesamt (N=25)	Patient:innen (n=13)	Angehörige (n=12)
	M (SD) / n (%)	M (SD) / n (%)	M (SD) / n (%)
Alter (in Jahren): M (SD); Spannweite	52,0 (16,6); 19 – 80	57,5 (15,8); 24 – 80	45,4 (15,8); 19 – 67
Geschlecht: n (%)			
Weiblich	21 (84)	12 (92)	9 (75)
Männlich	4 (16)	1 (8)	3 (25)
Diagnose des/der (zugehörigen) Patient:in: n (%)			
Gynäkologisches Ca.	7 (29)	6 (46)	1 (9)
Gastrointestinales Ca.	6 (25)	1 (8)	5 (45)
Urologisches Ca.	5 (21)	2 (15)	3 (27)
Bronchial-Ca.	3 (12)	2 (15)	1 (9)
Sonstige Krebserkrankung	2 (8)	1 (8)	1 (9)
Nicht-onkologische Erkrankung	1 (4)	1 (8)	0 (0)
Tage seit Stationsaufnahme des/der (zugehörigen) Patient:in: M (SD); Spannweite	7,6 (6,1); 1 – 23	7,5 (6,6); 1 – 23	7,7 (5,7); 2 – 20
Primärer Grund der Stationsaufnahme des/der (zugehörigen) Patient:in: n (%)			
Symptomlinderung	17 (68)	10 (77)	7 (68)
Sterbebegleitung	3 (12)	0 (0)	3 (25)
Dekompensation der häuslichen Versorgung	4 (16)	2 (15)	2 (16)
Betreuung durch Palliativdienst	1 (4)	1 (8)	0 (0)
Nur Angehörige (n=12):			
Verwandtschaftsgrad zum/zur Patient:in: n (%)			
Lebenspartner:in	n/a	n/a	4 (33)
Tochter/Sohn	n/a	n/a	7 (58)
Geschwister	n/a	n/a	1 (8)
Wohnsituation: n (%)			
Gemeinsamer Haushalt	n/a	n/a	4 (36)
In der Nähe des/der (zugehörigen) Patient:in	n/a	n/a	5 (45)
In anderer Stadt	n/a	n/a	2 (18)

Abkürzungen: Ca, Karzinom; M, arithmetisches Mittel; SD, Standardabweichung; n/a, trifft nicht zu.

3.2 Durchführung der LOM®/PM auf der Palliativstation

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnten bei insgesamt 19 Personen (76%) Methoden aus der Lösungsorientierten Maltherapie (LOM®) eingesetzt werden: bei 7 Patient:innen (54%) und bei allen 12 Angehörigen (100%). Methoden der Personenorientierten Maltherapie wurden bei 6 Patient:innen (46%) eingesetzt.

Die Kunsttherapie fand bei 7 der Patient:innen (54%) im Patient:innen-Zimmer auf der Palliativstation statt. In unserem separaten Therapieraum wurde die Kunsttherapie bei 6 Patient:innen (46%) und bei allen 12 Angehörigen (100%) durchgeführt.

Die mittlere Dauer der Kunsttherapie lag insgesamt bei 86 Minuten (Standardabweichung (SD) 20,2; Spannweite (SW) 45 – 120). Bei den Patient:innen war sie mit 80 Minuten etwas geringer (SD 21; SW 45 – 120). Bei den Angehörigen betrug sie 92 Minuten (SD 18; SW 60 – 120).

3.3 Inhalte der LOM®/PM

Die inhaltliche Ausrichtung der Kunsttherapiesitzungen mittels Lösungs- und Personenorientierter Maltherapie ließ sich aus Sicht der Kunsttherapeutin in 7 verschiedene Themenbereiche gliedern: biographische Themen, Beziehung zu Angehörigen, Traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit; zwischen Hoffnung und Akzeptanz/philosophische Fragestellungen/Existenzfragen, Selbsterleben im Malprozess, Umgang mit Belastungen/Symptomen (Angst, Luftnot, Traurigkeit, Niedergestimmtheit, Autonomieverlust) und Wünsche.

Eine verbale Interaktion mit der Kunsttherapeutin während des Malprozesses fand bei 9 Patient:innen (69%) und allen 12 Angehörigen (100%) statt.

Die Tabelle 2 zeigt stellt detailliert die thematische Ausrichtung und die Themenfokussierung bei den Teilnehmenden aus Sicht der Kunsttherapeutin dar. Die Tabelle 3 zeigt Fall- und Ankerbeispiele zu den inhaltlichen Kategorien.

Tab. 2. Inhalte der LOM®/PM aus Sicht der Kunsttherapeutin

	Gesamt (N=25)	Patient:innen (n=13)	Angehörige (n=12)
Inhaltliche Ausrichtung	n (%)	n (%)	n (%)
Themen (kategorisiert):			
Biographie: n (%) ja	22 (88)	10 (77)	12 (100)
Beziehung zu Angehörigen: n (%) ja	20 (80)	8 (61)	12 (100)
Traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit: n (%) ja	12 (48)	7 (54)	5 (42)
Zwischen Hoffnung und Akzeptanz/philosophische Fragestellungen/Existenzfragen: n (%) ja	14 (56)	8 (61)	6 (50)
Selbsterleben im Malprozess: n (%) ja	15 (60)	10 (77)	5 (42)
Belastung/Symptome (Angst, Luftnot, Traurigkeit, Niedergestimmtheit, Autonomieverlust) : n (%) ja	19 (76)	8 (61)	11 (92)
Wünsche: n (%) ja	13 (52)	4 (31)	9 (75)
Themenfokussierung-/stabilität im Malprozess: n (%)			

Fokussierung auf ein vorbesprochenes Thema	15 (62)	8 (61)	7 (64)
Fokussierung auf ein neues Thema	5 (21)	3 (23)	2 (18)
Keine thematische Fokussierung	4 (17)	2 (15)	2 (18)

Tab. 3. Fall- und Ankerbeispiele zu den inhaltlichen Kategorien

Biographie	„Was mir noch wichtig ist zu sagen, dass es wichtig war, Gedanken und Erinnerungen zu erzählen.“ (A008)
Philosophische Fragestellungen	Bildkommentar: „Es sieht aus wie zwei Welten.“ (Double Awareness) (P009) Thema: Was sind Gefühle, wie kommen sie auf, wie ziehen sie wieder vorbei? Kommentar nach dem Malprozess: „Der Himmel steht als Symbol für mein eigenes Herz, die Sonne ist eine Konstante, die Farben zeigen meine Gefühle.“ (P006) „[Was mir noch wichtig ist zu sagen], dass die Wahrnehmung von etwas Spirituellen, abseits von Glaube und Religion (...) eine wichtige Erfahrung“ war.“ (Existenzfragen) (A010)
Belastung	Belastungsvariablen der Angehörigen sind v.a.: Erschöpfung, Angst vor Alleinsein (z.B. geäußert in Symptom Brustenge) Belastungsvariablen der Patient:innen sind v.a.: Angst vor Autonomieverlust, Belastung durch Autonomieverlust, Traurigkeit, körperliche Symptome wie Luftnot Vorgespräch: „Am schlimmsten ist der Gedanke, dass ich meine Mutter bald nicht mehr anfassen und umarmen kann.“ (A004) Vorgespräch: Angst vor Autonomieverlust: „Es ist kein Ende in Sicht.“ (P016)
Selbsterleben	Kommentar nach dem Malprozess zu SWE6 in Folgeerhebung: „Stimmt genau. Sieht man ja bei dem Bild, dass ich meinen Fähigkeiten auch, wenn es schwer wird, vertrauen kann.“ (P013) „Das LOM hat mir gezeigt, dass ich sein darf, wie ich bin und es gut so ist. (P015) „[Es war wichtig], dass ich reden konnte und verstanden wurde und dass das Malen entspannt.“ (A002) „[Es hat mich entspannt], dass das Malen vorbestimmt war durch ein Gespräch und kein freies Motiv (...).“ (A007) „[Es] tut gut, mal rauszukommen und was Neues auszuprobieren.“ (A004) Während des Malprozesses: „Hoffentlich bin ich nicht zu langsam. Ich kann nicht malen.“ (A006)

Die gemeinsame Wahl der konkreten einzusetzenden Methode erfolgt im Dialog zwischen Kunsttherapeutin und den Teilnehmenden im Rahmen des therapeutischen Vorgesprächs unter Berücksichtigung der vorliegenden wichtigsten Themen, Belastungen und Anliegen.

Bei der Lösungsorientierten Maltherapie erfolgt dabei die Methodenbestimmung basierend einem konkreten Anliegen und bei der Personenorientierten Maltherapie in einem offenen Prozess.

Therapeutisch relevant ist dabei die Themenfokussierung und -stabilität im dann folgenden Malprozess.

Diese Themenfokussierung und -stabilität im Malprozess ist in Einzelfallanalysen aus Sicht der der Kunsttherapeutin in Tabelle 4 dargestellt.

Tab. 4. Einzelfallanalysen zur Themenfokussierung und -stabilität im Malprozess (LOM®/PM)

Methode	Fall	Grob kategorisierte Inhalte und Themen im Vorgespräch	Zentrale Themen im Malprozess und der folgenden Reflexion	Thematische Fokussierung (ja/nein), neues Thema	Verbale Interaktion während des Malprozesses (ja vs. nein/kaum)
LOM	P001a	Hohe Belastungen durch Familienbiografie	Trauer um Trennung von Tochter	ja	ja
LOM	P005	Umgang und Angst mit/vor Luftnot	Biografie, Familie	neues Thema	ja
LOM	P009	Biografie, Würdigung, Unsicherheit wg. Weiterversorgung, Bindung zur Enkelin	Unsicherheit über malerische Fähigkeiten (stellvertretend für allg. Unsicherheiten)	ja	ja
LOM	P012	Trauer um Zurücklassen des Haustieres, konflikthafte Familiensystem, Planung Bestattung	Trauer um Tier, Biografie	ja	nein/kaum
LOM	P014	Familiensystem; Wunsch nach Befähigung der Familie; Angst um Familie, Biografie mit Krisen, Kognitionen und Blockaden im Alltag	Ausbildungszeit (Biografie)	ja	ja
LOM	P015	Angst vor Autonomieverlust, <i>Double awareness</i> , Selbstwahrnehmung, Ressourcen	Wunsch nach Aufrechterhaltung der Autonomie	ja	ja
LOM	A001	Biografie, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Depression, Emotionalität vs. Intellektualität	Selbstwahrnehmung; Ressource Malen	ja	ja
LOM	A002	Parentifizierung durch Mutter u. Großmutter, Kümmerer-Rolle, Mobbing in Biografie, Fähigkeit zum Krisenmanagement/Selbstwirksamkeit, Angst um Beziehung zum Partner	Angst um Beziehung zum Partner	ja	ja
LOM	A004	Angst vor Verlust der Mutter, Trauer um Mutter	dito	nein	ja
LOM	A005	Beziehung zur Mutter, starker innerer Druck, Einsamkeit, Erkrankungen	Beziehung zur Mutter	ja	ja
LOM	A006	Angst vor Alleinsein, Angst vor neuer Situation und neuen Aufgaben	Angst	ja	ja
LOM	A007	Erschöpfung, Belastung, Planungsunsicherheit, Familiensystem, eigene Wünsche, Hoffnung	Erschöpfung, Hoffnung	ja	ja
LOM	A008	Erleben der letzten Tages des Vaters und dessen Versterben	dito	nein	ja
LOM	A009	Wunsch nach neuer Perspektive nach Versterben der Mutter; Familiensystem; soziale Isolation	Angst um Versterben der Mutter	ja	ja
LOM	A010	Angst (vor Alleinsein, Destabilisierung), Wut, Umgang	Trauer	neues Thema	ja

mit Schicksal, Selbst- und Fremdwahrnehmung					
LOM	A011	Ressourcen, Beziehung zu Eltern; Druck durch Pflegearbeit	Wunsch nach Leichtigkeit und neuen Ressourcen	ja	ja
PM	P002a	Zerrissenheit zw. Hoffnung auf Heilung und Wissen um palliative Erkrankung	dito	nein	ja
PM	P006	Philosophische Auseinandersetzung mit Thema „Was sind Gefühle?“	dito	nein	nein/kaum
PM	P007	Biografie, Selbsterleben, Freude an Kreativität, Frustration über „falsche“ Bildperspektive	Frustrationserleben	ja	ja
PM	P008	Biografie, Familiensystem, Belastung durch psychische Erkrankung, Angst, Trauer	Ressource Malen	neues Thema	nein/kaum
PM	P011	Unsicherheiten, Selbsterleben, Biografie, Angst vor Beurteilung	Biografie, Freude über Ressource Malen	ja	ja
PM	P013	Double Awareness: Planung der Bestattung bei gleichzeitiger Hoffnung auf Zeit mit Töchtern; Ressourcen	Ressource Malen	ja	ja
PM/ LOM	P010	Wunsch nach Kreativität als Ressource	Selbstreflexion (Stress beim PM, Sicherheit bei LOM); Umgang mit Krisen	neues Thema	nein/kaum
LOM/PM	A003	Wunsch nach gemeinsamer Reise	Lebensrückblick auf Ehe und Wert der Rückschau	neues Thema	ja

Abkürzungen: LOM®, Lösungsorientierte Maltherapie; PM, Personenorientierte Maltherapie

3.4 Auswirkung von LOM®/PM auf das emotionale Erleben

Die Veränderung des emotionalen Erlebens im Laufe der Kunsttherapie mittels LOM®/PM wurde aus Sicht der Kunsttherapeutin und aus Sicht der teilnehmenden Patient:innen und Angehörigen erfasst und ausgewertet.

Aus Sicht der Kunsttherapeutin ließen sich die Veränderungen der Stimmung in 5 Kategorien einteilen: „von Anspannung zu Entspannung“ (36%; 3 Pat., 6 Angehörige), „von Skepsis zu Freude“ (12%; 3 Pat., 0 Angehörige), „von Neugier zu Freude“ (8%; 2 Pat., 0 Angehörige), „von Traurigkeit zu Erleichterung“ (20%, 3 Pat., 2 Angehörige) und „kaum Veränderung“ (28%; 2 Pat., 5 Angehörige).

Tab. 5. Fall- und Ankerbeispiele zu den Veränderungen des emotionalen Erlebens aus Sicht der Kunsttherapeutin

Von einem Gefühl der Anspannung zu einem Gefühl der Entspannung	Vorher: „Ich spüre einen Kloß in der Brust, eine Brustenge.“ (A010) Nachher: „Das lokalisierte Gefühl von Schwere in der Brust hat sich beiläufig gelöst.“ (A010) Vorher: „Ich wünsche mir (...) innerlich etwas Druck loslassen zu können.“ (A011) Nachher: „Wie fühlen Sie sich?“ „Gut, entspannt im Bauchraum.“ (A011)
Von einem Gefühl der Skepsis zu einem Gefühl der Freude	P002a nutzt die Freude über das entstandene Bild und den Prozess, indem weitere Interventionen folgen und eine intensive Auseinandersetzung mit der aktuellen Situation möglich wird (neue Ressource).
Von einem Gefühl der Neugier zu einem Gefühl der Freude	Im Kontrast zur Skepsis steht ein Gefühl der Neugier auf die zu erwartende kunsttherapeutische Intervention. P015 hat bereits Erfahrungen mit KT und beginnt die Sitzung mit einer erwartungsvollen Haltung, die in ein Gefühl der Freude endet. „Das LOM hat mir gezeigt, dass ich sein darf wie ich bin und es gut so ist.“
Von einem Gefühl der Traurigkeit zu einem Gefühl der Erleichterung	Bei der Bestimmung des Themas zeigt sich P001a hoch belastet durch Erinnerungen. Die Traurigkeit verstärkt sich während des Malens und weicht einem Gefühl der Freude und einer deutlich spürbaren Erleichterung nach Fertigstellung des Bildes.

Die Veränderung des eigenen emotionalen Erlebens durch die LOM®/PM-Kunsttherapie aus Sicht der Patient:innen und Angehörigen ließ sich in 6 Kategorien aufteilen: „von Anspannung zu Entspannung“, „von Schwere bis zu Erleichterung“, „von Hilflosigkeit zu Ermächtigung“, „von Unruhe zu Ruhe“, „von Trauer zu Freude“ und „keine Veränderung“.

Die Tabelle 6 stellt detailliert die Auswirkungen der LOM®/PM auf das eigene emotionale Erleben nach der Selbsteinschätzung der Teilnehmenden dar.

Tab. 6. Auswirkungen der auf das emotionale Erleben: Selbsteinschätzungen der Patient:innen und Angehörigen

	Gesamt (N=25)	Patient:innen (n=13)	Angehörige (n=12)
Auswirkungen auf das emotionale Erleben (T1)	n (%)	n (%)	n (%)
Primäre Emotionen nach der Therapie (kategorisiert):			
Gefühl von Entspannung: n (%) ja	8 (32)	3 (23)	5 (42)
Gefühl von Freude: n (%) ja	3 (12)	2 (15)	1 (8)
Gefühl von mehr Selbstverständnis/Ermächtigung: n (%) ja	5 (20)	3 (23)	2 (17)
Gefühl von Erleichterung: n (%) ja	9 (36)	4 (31)	5 (42)
Gefühl von mehr Ruhe: n (%) ja	2 (8)	0 (0)	2 (17)
Keine Angabe: n (%) ja	3 (12)	1 (8)	2 (17)
Veränderung von Emotionen im Verlauf der Therapie (kategorisiert):			
Von Anspannung zu Entspannung: n (%) ja	6 (24)	3 (23)	3 (25)
Von Schwere bis zu Erleichterung: n (%) ja	6 (24)	2 (15)	4 (33)
Von Hilflosigkeit zu Ermächtigung: n (%) ja	4 (16)	3 (23)	1 (8)
Von Unruhe zu Ruhe: n (%) ja	3 (12)	2 (15)	1 (8)
Von Trauer zu Freude: n (%) ja	3 (12)	3 (23)	0 (0)
Keine Veränderung: n (%) ja	1 (4)	1 (8)	0 (0)
Keine Angabe: n (%) ja	3 (12)	1 (8)	2 (17)

	M (SD); Spannweite	M (SD); Spannweite	M (SD); Spannweite
Was ich fühle, ist auch wichtig. ^a	8,9 (1,2); 6 – 10	8,8 (1,4); 6 – 10	9,0 (1,0); 7 – 10
Ich fühle mich in meinen Gefühlen ernst genommen. ^a	9,2 (1,4); 4 – 10	9,0 (1,8); 4 – 10	9,5 (0,8); 8 – 10
Ich fühle mich in meinen Bedürfnissen gesehen. ^a	8,9 (1,9); 2 – 10	9,1 (1,5); 5 – 10	8,7 (2,3); 2 – 10
Ich konnte meine Gedanken sortieren. ^a	7,5 (2,5); 0 – 10	6,9 (3,0); 0 – 10	8,0 (1,8); 5 – 10
Ich habe neue Einsichten gewonnen. ^a	6,5 (3,4); 0 – 10	5,6 (3,7); 0 – 10	7,5 (3,0); 0 – 10
Ich konnte Ablenkung finden. ^a	8,8 (1,6); 4 – 10	8,6 (1,7); 4 – 10	8,9 (1,6); 5 – 10
Ich konnte Entspannung/Entlastung finden. ^a	8,9 (1,9); 1 – 10	8,9 (0,9); 8 – 10	8,8 (2,6); 1 – 10
Die therapeutische Begleitung hat mir Halt gegeben. ^a	9,0 (1,4); 5 – 10	9,1 (1,0); 7 – 10	8,8 (1,7); 5 – 10
Ich konnte den kreativen Schaffensprozess für mich als Gewinn erleben. ^a	8,0 (3,3); 0 – 10	7,7 (3,5); 0 – 10	8,2 (3,2); 1 – 10

^a Skala 0-10: 0=stimme gar nicht zu bis 10=stimme voll und ganz zu.
Abkürzungen: M, arithmetisches Mittel; SD, Standardabweichung.

Tab. 7. Fall- und Ankerbeispiele zu den primären Emotionen nach der Therapie der Patient:innen und Angehörigen

Entspannung	„Die Kombination von sehr persönlichen Gesprächen und Kreativität trägt sehr zur Entspannung bei. Man fühlt sich ernst genommen, verstanden...“ (A011) „Ich fühle mich gelassener, was einige Probleme angeht (Luftnot).“ (P005)
Freude	„(...), weil es mir Spaß gemacht hat und ich nicht unter Zwang malen musste.“ (P011) „Ich freue mich, mich mit dem Malen auf eine neue Erfahrung einzulassen.“ (A001)
Mehr Selbstverständnis/ Ermächtigung	„Ich kann meine Gefühle genauer einordnen, wiedergeben und deuten.“ (P010) (Die Kunsttherapie) „hat mir die Möglichkeit gegeben, Gefühle an die Oberfläche zu holen und sie bewusst im Körper zu fühlen.“ (A010)
Erleichterung	„Die schweren Gefühle haben sich in Leichtigkeit gewandelt.“ (P012)
Beruhigung	„Ich konnte das erste Mal abschalten.“ (P013) „Ich bin ruhiger und gelassener geworden, ich war nicht mehr traurig.“ (P013)

3.5 Auswirkungen der LOM®/PM auf die psychosoziale Belastung

Die psychosoziale Belastung der Patient:innen und Angehörigen wurde mit dem „Distress Thermometer“ [2] als Selbsteinschätzung jeweils vor und nach der Kunsttherapie erfasst.

Die mittlere psychosoziale Belastung lag auf einer Skala von 0-10 vor der Therapie bei 7,5 (SD 2,1, SW 2 – 10) und nach der Therapie bei 6,1 (SD 2,2, SW 0-10).

Damit lag bei 96% der Teilnehmenden vor und 88% nach der Kunsttherapie eine auffällige klinisch relevante psychosoziale Belastung (Cut-off: >5) und bei 52% vor und 28% nach der Therapie eine starke klinisch relevante Belastung (Cut-off: >8) vor.

Bei den Patient:innen lagen bei allen 13 vor und bei 11 nach der Kunsttherapie eine auffällige klinisch relevante psychosoziale Belastung (Cut-off: >5) und bei 5 vor und 4 nach der Therapie eine starke klinisch relevante Belastung (Cut-off: >8) vor.

Die Angehörige- zeigten zu 11/12 vor und 11/12 nach der Kunsttherapie eine auffällige klinisch relevante psychosoziale Belastung (Cut-off: >5) und bei 8 vor und 3 nach der Therapie eine starke klinisch relevante Belastung (Cut-off: >8).

Eine Signifikanzprüfung ist aufgrund der kleinen Fallzahlen in beiden Subgruppen nicht möglich, es zeichnet sich aber ein Trend zur Verbesserung im Bereich der starken, nicht aber der auffälligen psychosozialen Belastung.

3.6 Auswirkungen der LOM®/PM auf die Selbstwirksamkeitserwartung

Die möglichen Auswirkungen der Kunsttherapie auf die Selbstwirksamkeitserwartung der teilnehmenden Patient:innen und Angehörigen erfolgte als Selbsteinschätzung jeweils vor und nach der Therapie mittels der „Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung“ (SWE-Skala) [3].

Leider zeigten sich in dieser kleinen Teilnehmenden-Kohorte keine relevanten Effekte der Kunsttherapie auf die Selbstwirksamkeitserwartung. Die Details entsprechend der Items der SWE-Skala sind dennoch in Tabelle 8 dargestellt.

Tab. 8. Selbstwirksamkeitserwartung jeweils vor und nach der Kunsttherapie

Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) ^a	Vor der Therapie (T0)		Nach der Therapie (T1)	
	Patient:innen	Angehörige	Patient:innen	Angehörige
	M (SD); Spannweite	M (SD); Spannweite	M (SD); Spannweite	M (SD); Spannweite
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	3,1 (0,7); 2 – 4	3,4 (0,8); 2 – 4	2,9 (0,9); 1 – 4	3,5 (0,5); 3 – 4
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	3,0 (0,6); 2 – 4	3,3 (0,6); 2 – 4	3,0 (0,8); 1 – 4	3,5 (0,7); 2 – 4
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	2,7 (0,9); 1 – 4	3,0 (0,8); 1 – 4	2,7 (0,8); 1 – 4	2,9 (1,0); 1 – 4
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	2,4 (0,8); 2 – 3	2,2 (0,7); 1 – 3	2,5 (1,1); 1 – 4	2,5 (1,0); 1 – 4
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	2,8 (0,6); 2 – 4	2,9 (0,8); 1 – 4	2,9 (0,9); 1 – 4	2,7 (1,0); 1 – 4
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	2,2 (1,0); 1 – 4	2,5 (0,8); 1 – 4	2,6 (1,0); 1 – 4	2,9 (1,0); 1 – 4
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	2,8 (1,3); 1 – 4	2,9 (0,8); 1 – 4	2,6 (1,0); 1 – 4	2,6 (1,1); 1 – 4
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	2,5 (1,1); 1 – 4	2,7 (1,0); 1 – 4	2,5 (1,0); 1 – 4	3,2 (0,9); 1 – 4
9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	2,7 (0,9); 1 – 4	3,1 (0,8); 1 – 4	2,7 (0,8); 1 – 4	2,9 (0,5); 1 – 4
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	2,5 (0,9); 1 – 4	2,8 (0,8); 1 – 4	2,5 (0,8); 1 – 4	3,1 (0,9); 1 – 4

^a Skala: 1=stimmt nicht bis 4=stimmt genau.

Abkürzungen: M, arithmetisches Mittel; SD, Standardabweichung; SWE, Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung.

3.7 Auswirkungen der LOM®/PM auf das Autonomieerleben

Das subjektive Erleben der eigenen der Autonomie der teilnehmenden Patient:innen und Angehörigen erfolgte ebenfalls als Selbsteinschätzung jeweils vor und nach der Therapie mittels „Patient Autonomy Questionnaire 4-item-Version“ (PAQs [4]).

Leider zeigten sich auch auf das subjektive Autonomieerleben - mutmaßlich aufgrund der sehr geringen Fallzahl der beiden Subgruppen – keine relevanten Effekte. Ein Trend zeigte sich sogar bei einigen Fragen eher hin zu einer Verschlechterung.

Tab. 9. Vorliegen autonomiebezogener Probleme vor und nach der Kunsttherapie

Vorliegen autonomiebezogener Probleme (PAQs) ^a	Vor der Therapie (T0)		Nach der Therapie (T1)	
	Patient:innen	Angehörige	Patient:innen	Angehörige
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Ich habe Schwierigkeiten, meine gewohnten Tätigkeiten fortzuführen: n (%) ja	11 (85)	9 (75)	10 (77)	8 (67)
2. Es fällt mir schwer, Aufgaben an Andere abzugeben: n (%) ja	11 (85)	11 (92)	9 (69)	10 (83)
3. Ich habe das Gefühl, auf Andere angewiesen zu sein: n (%) ja	10 (83)	7 (58)	12 (92)	5 (42)
4. Ich habe das Gefühl, die Kontrolle über mein eigenes Leben zu verlieren: n (%) ja	10 (83)	7 (58)	11 (85)	4 (33)

^a PAQs-Skala Probleme, Problem vorliegend: „ein wenig/ja=ja“ vs. „nein“. Abkürzungen: PAQs, Patient Autonomy Questionnaire - Kurzversion.

3.8 Fallbeispiele für Lösungs- und Personenorientiertes Malen

Fallbeispiel Lösungsorientiertes Malen

Angehörige, Anfang 50: Im Mittelpunkt steht die Belastung durch die Doppelrolle als Angehörige (Vater ist als Patient auf Station)

Erstkontakt Kunsttherapie: Frau A. ist verheiratet, ohne Kinder, beruflich eingespannt (aktuell krankgemeldet) und kümmert sich darüber hinaus um ihre Eltern: Wechselnd besucht sie ihren Vater auf Station und ihre pflegebedürftige Mutter zu Hause. Sie hat eine enge Bindung zu den Eltern, kümmert sich gern um sie. Im Erstgespräch wird deutlich, dass sie stark unter ihrer Doppelbelastung leidet und darunter selbst zu kurz kommt. Sie äußert ein Druckgefühl verbunden mit der Angst, ihre Beziehung zu stark zu belasten und sich selbst und ihre Ressourcen zu verlieren.

Kunsttherapeutische Intervention/Teilnahme an Studie: Frau A. möchte die „Kümmererarbeit“ weiter ausführen, wünscht sich aber, innerlich etwas loslassen können, um sich, ihre Ehe und auch die im nächsten Jahr anstehenden Urlaube wieder mehr in den Blick nehmen zu können. Ziel der Kunsttherapie ist es, ihren inneren Druck etwas zu verringern, um damit vorhandene Ressourcen zu stärken. Hierzu wird das Lösungsorientierte Malen mit einer Wunschformulierung gewählt.

Frau A.: „Ich wünsche mir, bei den Aufgaben rund um meine Eltern etwas innerlichen Druck loslassen zu können“.

Kunsttherapeutin: „Wenn dieser Wunsch eingetreten ist, wie fühlen Sie sich dann?“

Frau A.: „Gut, entspannt im Bauchraum.“

Frau A. wählt einen grünen Luftballon als Metapher für ihren Wunsch.

Malprozess: Ressourcenaktivierung: Während des Malprozesses erzählt Frau A. aus ihrem Leben und den geplanten Urlaube. Das Malen selbst erinnert sie daran, dass sie sich auf ihr ehemaliges Hobby, das Zeichnen, wieder rückbeziehen und dieses wiederaufnehmen möchte.

Reflexion: Von Anspannung zu Entspannung: Mit der Betrachtung des fertigen Bildes fällt die ursprüngliche Belastung von 9/10 auf 6/7. Frau A. beschreibt eine deutliche körperliche Entspannung und Befreiung. „Die Kombination von sehr persönlichen Gesprächen und Kreativität trägt sehr zur Entspannung bei. Man fühlt sich ernst genommen und verstanden.“ Frau A. möchte dieses Gefühl mit ins Wochenende und sich wieder mehr Zeit für sich selbst nehmen.



Fallbeispiel Personenorientiertes Malen

Patientin (Frau L.), Mitte 40: Im Vordergrund stehen Angst, eine hohe psychische Belastung und Sorge um die minderjährige Tochter.

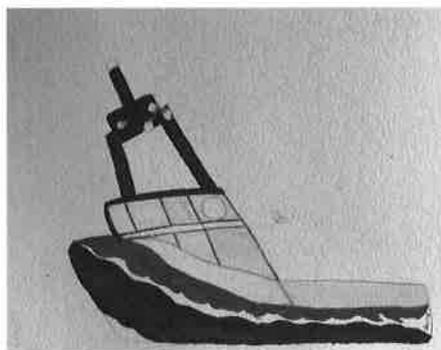
Erstkontakt Kunsttherapie: Frau L. präsentiert sich schwankend aufnahmefähig, dabei aber durchaus reflektiert, mit einer wechselnd ausgeprägten Double Awareness und starken Emotionen zwischen Hoffnung und Akzeptanz. Kreativität, insbesondere das Malen, stellte für sie immer eine starke Ressource dar. Entsprechend interessiert zeigt sie sich an Kunsttherapie und unternimmt erste Versuche mit dem vorhandenen Material.

Kunsttherapeutische Intervention/Teilnahme an Studie: Im Zweitkontakt zeigt sich Frau L. durchgehend aufnahmefähig und wach. Sie ist stark niedergestimmt, traurig über die Aussicht, ihre Tochter zurücklassen zu müssen. Sie gibt ihre Gesamtbelastung mit 7 von 10 an. Um ihrem Autonomiebedürfnis gerecht zu werden und ihre Kreativität zu unterstützen, wird das Personenorientierte Malen gewählt. Dieses findet aufrecht sitzend im Bett statt.

Malprozess: Selbstwirksamkeit und Freude: Schnell findet Frau L. ein Motiv für sich und beginnt sehr konzentriert, eine kleine Lichterkette zu malen, die irgendwo noch Halt finden muss. Sie malt ein Boot dazu („Ich liebe den Hafen!“). Sie betont immer wieder wie gut ihr das Malen tue. Kleine Unsicherheiten auf Bildebene (Formen, Farben) kann sie sicher beheben, sie profitiert dabei von enger Begleitung in Form von Vorschlägen oder Anleitungen, immer unter Beachtung des Autonomiebedürfnisses, außerdem von Validierung. Frau L. schließt ihr Bild zufrieden ab.

Reflexion: Von Trauer zu Ruhe: Bei der Bildbesprechung wird deutlich, dass das Boot schräg, aber stabil im Wasser liegt. „So wie ich“, kommentiert Frau L. und nimmt dabei Bezug auf ihre schwankenden Emotionen. Ihre Belastung fällt von 7 auf 0. „Ich konnte das erste Mal abschalten. Ich bin ruhiger und gelassener geworden, ich war nicht mehr traurig.“ Beim Ausfüllen des Folgefragebogens kommentiert sie die Frage „Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann“, mit: „Stimmt genau. Hat man ja bei dem Bild gesehen, dass ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann.“

Insgesamt verbleiben Gefühle von Erleichterung und Freude über die wiedergewonnene Ressource. Frau L. lässt sich verschiedene Materialien zur Ausleihe geben, um auch alleine in ihrem Zimmer malen zu können. Dies tut sie in den Wochen ihres Aufenthaltes sehr intensiv und nimmt weiterhin verschiedene begleitete kunsttherapeutische Interventionen an.



© Palliativmedizin, UKE

4. Schlußfolgerungen und Zusammenfassung

4.1 LOM®/PM bei Patient:innen:

Die vorliegende Studie zeigte, dass diese neuen spezifischen Verfahren der Kunsttherapie, die Lösungs- und Personen-orientierte Maltherapie, nur für einen Bruchteil der Patient:innen auf einer Palliativstation tatsächlich in Frage kommt. Hier zeigte sich, dass viele Patient:innen im Rahmen der spezialisierten stationären Palliativversorgung zu geschwächt oder kognitiv zu eingeschränkt sind, um diese Verfahren, die im Vergleich zu anderen kunsttherapeutischen Methoden größere Kapazitäten erfordern, durchzuführen.

Leider zeigte sich auch, dass nur ein kleiner Teil der Patient:innen in der Lage und bereit waren, an der Evaluationen dieser Verfahren im Rahmen einer Studie mit zusätzlicher zweimaliger Fragebogenerhebung teilzunehmen. Etwa Dreiviertel der angefragten Patient:innen lehnten daher die Studienteilnahme ab, nahmen aber die Kunsttherapie als der der multiprofessionellen palliativmedizinischen Komplexbehandlung dennoch in Anspruch.

Die Patient:innen, die die Kunsttherapie mit den beiden Verfahren des Lösungs- und Personen-orientierte Malens im Rahmen der Studie in Anspruch nahmen, profitierten nach Einschätzung der Kunsttherapeutin und vor allem auch nach eigener Einschätzung, erfasst in den offenen Fragen und Freitexten, subjektiv sehr von der Therapie.

Aufgrund der geringen Fallzahl der teilnehmenden Patient:innen ist eine statistische Auswertung der Erhebungen mittels der standardisierten Fragebögen leider nicht möglich. Die deskriptive Auswertung zeigt einen Trend zu einer geringeren Häufigkeit von starker klinisch relevanter psychosozialer Belastung, nicht aber in der Häufigkeit der geringeren, auffälligen Belastung. Hoch belastete Patient:innen scheinen möglicherweise besonders von dieser Therapieform zu profitieren.

Andere mögliche Ursachen für die fehlenden nachweisbaren Effekte vor allem auf die Selbstwirksamkeitserwartung und das Autonomieerleben sind möglicherweise auch die Tatsachen, dass nur jeweils eine erste Therapiesitzung ausgewertet wurde, da die Patienten häufig eine kurze Liegezeit auf der Palliativstation aufwiesen, und dass die Verlaufserhebung nur einen Tag nach der Therapie erfolgte. Möglicherweise können nach mehreren Therapiesitzungen und/oder bei späterer Erhebung bessere Effekte erreicht werden.

Trotzdem konnten im Rahmen dieser Studie erstmals konkrete Erfahrungen mit und zur Umsetzung von der Lösungs- und Personenorientierten Maltherapie gemacht werden, die wir in entsprechenden Fachzeitschriften veröffentlichen werden.

Insgesamt lässt diese Studie vermuten, dass eine Kunsttherapie mittels Lösungs- und Personenorientierten Malens hilfreich für Patient:innen mit unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen, wie Krebserkrankungen, sein könnte.

Für die Mehrheit der Patient:innen in der allerletzten Lebensphase, wie sie häufig auf Palliativstationen betreut werden, erfordern diese Verfahren aber zu viele eigene Ressourcen als diese Patient:innen in der Mehrheit noch aufweisen.

Zukünftige Studien sollten früher im Erkrankungsverlauf evaluieren, inwieweit anhaltende Effekte auf die psychosoziale Belastung, die Selbstwirksamkeitserwartung oder das Autonomieerleben durch Kunsttherapie mittels Lösungs- und Personenorientiertem Malens erreichbar sind.

4.2 LOM®/PM bei Angehörigen:

Auch die Rekrutierung der Angehörigen von Patient:innen auf der Palliativstation erwies sich leider als schwieriger als zum Zeitpunkt der Studienkonzeption geplant.

Maßgeblich verantwortlich dafür waren die Eingangs- und Besuchsbeschränkungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie. Da das Kunsttherapie-Angebot auf dem UKE-Gelände angeboten werden musste und vielen Angehörigen der Zugang auf das Gelände nicht erlaubt war, war hier eine Rekrutierung kaum möglich. Die wenigen Angehörigen, die für eine begrenzte Zeit Zugang zur Station erhielten, wollten nachvollziehbarerweise diese begrenzte Zeit lieber mit den erkrankten ihnen nahestehende Menschen als mit einer Studienteilnahme verbringen.

Die Mehrheit der teilnehmenden Angehörigen konnte daher erst in der verlängerten Rekrutierungsphase nach Aufhebung der Zugangsbeschränkungen rekrutiert werden.

Die Angehörigen, die die Kunsttherapie mit den beiden Verfahren des Lösungs- und Personenorientierte Malens im Rahmen der Studie in Anspruch nahmen, zeigten nach eigener Einschätzung und nach der der Kunsttherapeutin ebenfalls positive Effekte und einen großen subjektiven Benefit.

Nach Einschätzung der Kunsttherapeutin und dem behandelnden Team der Palliativstationen scheint das Lösungs- und Personenorientierte Malen bei Angehörigen sogar besonders gut – eventuell besser als bei den schwerkranken ihnen nahestehenden Menschen – durchführbar und wirkungsvoll sein.

Aufgrund der geringen Fallzahl der teilnehmenden Angehörigen ist auch hier keine statistische Auswertung der Erhebungen mittels der standardisierten Fragebögen möglich. Auch bei den Angehörigen zeigte die deskriptive Auswertung zeigt einen Trend zu einer geringeren Häufigkeit von starker klinisch relevanter psychosozialer Belastung, nicht aber der „nur“ auffälligen Belastung. Auch hoch belastete Angehörige könnten möglicherweise besonders von diesen Formen der Kunsttherapie profitieren.

Auch bei den Angehörigen muss davon ausgegangen werden, dass die einmalige Therapie und kurzfristige Erhebung keine nachhaltigen Effekte aufzeigen kann, und mögliche mittelfristige positive Effekte auf die Selbstwirksamkeitserwartung und das eigene Autonomieerleben in dieser Studie nicht erfasst werden konnten.

Dennoch kann diese Studie auch erstmalig für die Durchführung von Lösungs- und Personenorientierten Maltherapie bei Angehörigen sterbenskranker Menschen Erfahrungen berichten, die in entsprechenden Fachzeitschriften veröffentlicht werden sollen.

Insgesamt lässt diese Studie vermuten, dass eine Kunsttherapie mittels Lösungs- und Personenorientierten Malens für Angehörigen von Patient:innen mit unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen, wie Krebserkrankungen, hilfreich sein kann.

Auch hier müssen zukünftige prospektive Studien mit längeren Therapie- und Erhebungszeiträumen die tatsächliche Wirksamkeit aber noch evaluieren.

5. Literaturverzeichnis

1. **NCCN: National Comprehensive Cancer Center Network (NCCN)** *J Natl Compr Canc Net* 2003, 1:344-374.
2. Mehnert A, Muller D, Lehmann C, Koch U: **The German version of the NCCN Distress Thermometer: Validation of a screening instrument for assessment of psychosocial distress in cancer patients.** *Z Psychiatr Psych Ps* 2006, 54(3):213-223.
3. Schwarzer R, Jerusalem M (Hrsg): **Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen.** Berlin: Freie Universität Berlin 1999.
4. Vernooij-Dassen MJ, Osse BH, Schadé E, Grol RP: **Patient autonomy problems in palliative care: systematic development and evaluation of a questionnaire.** *J Pain Symptom Manage* 2005, 30(3):264-270.