Aus der Klinik
für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Direktor: Prof. Dr. med. Uwe Wagner

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

Retrospektive Analyse der **L**ösungs**o**rientierten **M**altherapie (LOM®) zur Behandlung von Patienten mit starken und langandauernden Belastungssituationen

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin,

dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg vorgelegt von

Viviane Sterzer, geb. Mumssen aus Elmshorn

Marburg, 2018

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg am: 17.04.2018

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan: Prof. Dr. Helmut Schäfer

Referent: Prof. Dr. Matthias Kalder

1. Korreferent: Prof. Dr. Johannes Kruse

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungs-, Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse 5
1 Einleitung 7
1.1 Lösungsorientierte Maltherapie (LOM®) 8
1.2 Aktueller Stand der Forschung 11
1.2.1 Studienlage zur Kunsttherapie 11
1.2.2 Betrachtung neurobiologischer Erklärungsmodelle 16
1.3 Fragestellung 21
2 Material und Methoden 22
2.1 Datenerhebung 22
2.1.1 Untersuchungsinstrumente und Statistik 22
2.1.2 Teststatistik 24
2.1.3 Ablauf der Datenerhebung 25
2.1.4 Kategorisierung der Belastungsursachen bei den Patienten 26
2.2 Stichprobenbeschreibung 28
2.3 Patientenbeispiele 30
2.3.1 Trauma 30
2.3.2 Beziehung 36
2.3.3 Symptom 39
2.3.4 Traum 40
3 Ergebnisse 44
4 Diskussion 51
4.1 Messinstrumente 51
4.2 Patientenkollektiv 53
4.3 Belastungssituationen 55
4.4 Lösungsorientiertes Vorgehen 57
4.5 Malen als Lösung 59
4.5.1 Potentielle Wirkfaktoren der LOM 60
4.5.2 Nachhaltigkeit der Therapie 63
4.6 Stärken und Limitationen 67
5 Ausblick 68
6 Zusammenfassung 69
7 Literaturverzeichnis 73

8 Anhänge 79
8.1 Anliegen 79
8.2 Exploration 80
8.3 Aufgabe 81
8.4 Nachkontrolle 82
8.5 Abschied und Neubeginn 83
8.6 Kognitionen 88
8.7 Wunsch/Lebenskonzept 90
8.8 weitere Informationen zur Vorgehensweise von LOM 91
8.9 Verzeichnis der akademischen Lehrer 100
8.10 Danksagung 101

Abkürzungs-, Abbildungs- und Tabellenverzeichnisse

DASS-21	Depression and Anxiety Stress Scale
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EORTC- QLQ-C30	European Organisation for Research and Treatment of Cancer-Quality of life
HADS	HospitalAnxiety and Depression Scores
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scale
ICD-10-AM-Kriterien	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification
LOM®	Lösungsorientierte Maltherapie
PA	Positive Annäherung an das Ziel 0-10
PATP	Painting Art Therapy Program
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
Q-LES-Q	Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire
SF-14	The Medical Outcomes Short Form Questionnaire
SF 36	Short Form (36) Gesundheitsfragebogen
SFBT	Solution focused brief therapy
SUD	Subjective Units of Distress 0-10
VoC	Validity of Cognition 1-7

Abbildung 1: Amygdala (LeDoux 1994) 17
Abbildung 2: Konditionierung 18
Abbildung 3: Flussdiagramm zur Auswahl des Patientenkollektivs 26
Abbildung 4: Armaturenbrett 30
Abbildung 5: Armaturenbrett mit Scheibenwischern 31
Abbildung 6: Erste Erinnerung 32
Abbildung 7: Mann komplett 33
Abbildung 8: Mann richtig angezogen 34

Abbildung 9: Bild in Ordnung gebracht 35
Abbildung 10: Porträt der Mutter 37
Abbildung 11: Porträt der Mutter mit Metapher für Ungeduld 38
Abbildung 12: Porträt der Mutter mit Geschenk 39
Abbildung 13: Metapher für Flugangst 40
Abbildung 14: Traum, Hand mit Mikrofon 41
Abbildung 15: Porträt vom Vater 42
Abbildung 16: Metapher für Trauer 43
Abbildung 17: Verlauf der Belastungswerte in Abhängigkeit zur Nachbeobachtungszeit 46
Abbildung 18: Patientin als sie jünger war 84
Abbildung 19: Patientin erinnert sich an ihre Beweglichkeit 85
Abbildung 20: Käse als Metapher für Istzustand 85
Abbildung 21: Nachtisch als Metapher für Angst 86
Abbildung 22: Blume als Metapher für Neues 87
Abbildung 23: Schuh als Metapher für alleine sein 88
Abbildung 24: Zwiebel als Metapher für ausgeliefert sein 89
Abbildung 25: 2 Portraits- keine Kinder vs. Kinder 90
Abbildung 26: Arbeitsschritte bei Symptomen 95
Abbildung 27: Arbeitsschritte bei Wünschen 96
Abbildung 28: Arbeitsschritte bei Träumen 97
Abbildung 29: Arbeitsschritte bei Beziehungskonflikten 98
Abbildung 30: Arbeitsschritte bei Entscheidungen 99

Tabelle 1: Soziodemografischen Variablen der Patienten 28
Tabelle 2: Therapiespezifische Eigenschaften der Patientenstichprobe 29
Tabelle 3: Verlauf der Belastungswerte in Abhängigkeit zur Nachbeobachtungszeit 45
Tabelle 4: Verlauf der Belastungswerte 45
Tabelle 5: Regressionsanalyse 47
Tabelle 6: Regressionsanalyse 49

1 Einleitung

„Ein Bild sagt mehr als tausend Worte."

Die Bedeutung dieses alten Sprichworts ist vielseitig. Fotografien verstärken beispielsweise den Bericht der eigenen Urlaubsreise und können dabei helfen, Situationen besser zu verdeutlichen. Bilder besitzen dabei häufig eine stärkere Aussagekraft als die Erzählung selbst. Der Zuhörende bzw. Zusehende erhält gleichzeitig einen besseren Eindruck der Schilderung. Bilder intensivieren somit nicht nur den Ausdruck einer Aussage, sondern auch den Eindruck (Houts et al. 2006, S. 187).

Emotionen spielen dabei eine große Rolle und können auch durch Bilder ausgelöst werden. Sieht man zum Beispiel ein Plakat mit verletzten Kindern in einem Kriegsgebiet, so kann dies die unterschiedlichsten Gefühle in einem selbst auslösen. Das Gesehene nimmt in diesem Fall Einfluss auf das Gefühlsleben eines Menschen. Dieser Einfluss kann sowohl positiv als auch negativ sein (Berger 2011, S. 67–71).

Genau mit dieser Thematik beschäftigt sich die Lösungsorientierte Maltherapie. Dabei handelt es sich um eine Form der Kunsttherapie, die *„sich von anderen kunsttherapeutischen Methoden dadurch [unterscheidet], dass sie nicht auf Ausdruck, sondern auf Eindruck ausgerichtet ist. Eindruck insofern, als unter Anleitung gemalte klare und einfache Bilder erinnerte verstörende Bilder in den Hintergrund treten lassen und von den belastenden Emotionen befreien. Veränderungen der Emotionen werden möglich durch Veränderungen am Bild."* (Egger und Merz 2013, S. 12).

Diese Arbeit untersucht die Lösungsorientierte Maltherapie (LOM) und beschäftigt sich im Besonderen mit der Frage, ob damit starke und langandauernde Belastungssituationen gelöst werden können.

Generell werden in der Medizin kunsttherapeutische Interventionen immer häufiger in Anspruch genommen. Darunter verbirgt sich eine Vielzahl von unterschiedlichen Therapiemethoden und –ansätzen, daher wird im folgenden Abschnitt LOM genauer beschrieben.

1.1 Lösungsorientierte Maltherapie (LOM®)

Seit 2011 ist Kunsttherapie in der Schweiz eine staatlich anerkannte Ausbildung mit einer Abschlussprüfung auf Tertiär Ebene. Sie ist das einzige Land der Welt mit dieser Anerkennung.[1] In Deutschland hingegen ist die Bezeichnung Kunsttherapeut keine staatlich geschützte Berufsbezeichnung. Seit 1995 wird LOM in der Schweiz als Ausbildung angeboten.

LOM wurde durch Fr. Dr. Bettina Egger und Jörg Merz, M. Sc., seit 1980 entwickelt. Gemeinsam verfassten Egger und Merz 2013 das Buch „Lösungsorientierte Maltherapie - Wie Bilder Emotionen steuern“. Es enthält ausführliche Beschreibungen der Methode, ihrer Grundlage und ihrer Praxis. Dieses Buch, weitere Arbeitsblätter aus der Ausbildung in LOM und die Dokumentation der bisher behandelten Fälle dienen hier zur Erläuterung der Therapie, da bisher noch keine Publikation in einer Fachzeitschrift erschienen ist.

Zur Entwicklung von LOM führten mehrere Entdeckungen, die Egger und Merz machten. Zum einen beobachteten sie, *„dass das Malen eines einfachen, konkreten Bildes die von den Malenden empfundene Belastung spürbar reduzierte (Stressreduktion). […] Zum anderen […], dass bei traumatisierten Menschen das Malen des belastenden Erinnerungsbildes […] eine spürbare und anhaltende Reduktion der Belastung brachte.“* (Merz und Egger 2013).

Um nicht der eigenen Begeisterung über die Entdeckungen zu verfallen, überprüften die Inauguratoren der LOM während der Weiterentwicklung die Wirkung des Malens fortlaufend durch Selbsteinschätzung der Patienten auf verschiedenen Skalen. Das Abfragen erfolgte vor Beginn des Malprozesses, direkt danach und in der Regel auch noch mehrere Monate nach Therapieende. Mithilfe dieser Parameter und einer kontinuierlichen Dokumentation aller Interventionen konnte die Methode stetig angepasst und verbessert werden. Zusammengefasst wurden die dokumentierten Prozesse in einer bis dato nicht

[1] Kunsttherapie in der Schweiz umfasst 5 Fachrichtungen: Gestalten und Malen / Musik / Sprache und Drama / Bewegung und Tanz / Intermediale Therapie. Innerhalb dieser Fachrichtungen gibt es viele Ausbildungsinstitute, die ihre jeweiligen Methoden vermitteln. Viele Krankenkassen bezahlen Anteile an eine Kunsttherapie über die Zusatzversicherungen.

in einer Fachzeitschrift publizierten Forschungsarbeit (Merz und Egger 2013): Es zeigte sich dabei, dass LOM erfolgreich bei verschiedenen Störungen (ICD 43.1-9) angewendet werden konnte.

LOM kann in fast allen Altersklassen angewandt werden sowie in den verschiedensten Lebenssituationen. Mögliche Patientenanliegen sind z.B. psychische, psychosomatische und somatische Symptome, die keiner medizinischen Behandlung bedürfen, Beziehungsprobleme, Traumata, Ängste, Stresssituationen, Übergangssituationen, Burnout, Sterbebegleitung und die Findung kreativer Lösungen.

„Klassischerweise wird ein Problem analysiert, in Teilschritte aufgeteilt und dann Schritt für Schritt einer Lösung entgegengeführt." (Egger und Merz 2013, S. 21). Diese lösungsorientierte Herangehensweise hat ihren Ursprung in der von DeShazer und Berg entwickelten „Solution focused brief therapy (SFBT)", auf Deutsch lösungsorientierte Kurztherapie. SFBT fokussiert sich auf die Stärken des Patienten, seine Ressourcen und seine Resilienz, damit es zu positiven Veränderungen kommen kann. Es wird darauf geachtet, welche vorherigen Lösungen funktioniert haben und wann Ausnahmen des Problems vorhanden sind. Darin werden die Patienten ermutigt und aufgefordert die hilfreichen Verhaltensweisen auszubauen (Trepper et al. 2006; Shazer et al. 1986). Anders als im SFBT wird bei der LOM die Lösung nicht durch verbale Interventionen angestrebt, sondern durch einen klar definierten Malprozess.

LOM kann im Einzelsetting oder in Kleingruppen erfolgen. Mittels eines standardisierten Interviews wird das Anliegen des Patienten erfasst. Ähnlich einer Anamnese wird erfragt, wann und wo welche Problematik vorhanden ist. Mit weiteren Fragen wird dann die Belastung genauer definiert. Wichtig ist dabei, wie der Patient über sich denkt bzw. denken möchte sowie dass der Patient sich ernst genommen und wertgeschätzt fühlt.

„Unkonventionelle und originelle Lösungen können nur dann eine Chance haben, wenn sich die Malenden in ihren Problemen und Nöten zutiefst wahr- und ernstgenommen fühlen." (Egger und Merz 2013, S. 24).

Die Probleme und Anliegen können in unterschiedliche Kategorien unterteilt werden, die folgendermaßen aussehen können: Symptome, negative Kognitionen, Beziehungsprobleme, traumatische Erlebnisse, Träume, Abschiednahme und Neubeginn.

Je nach Anliegen variieren die strukturierten Flowcharts für die Fragestellung zur Findung eines Bildes, welches anschließend gemalt wird. Das Malen wird meist mit den Händen durchgeführt, bevorzugt mit der nicht dominanten Hand auf einem Papierbogen der Größe 70x100 cm, im Stehen an einer Wand. In anderen Settings kann auch mit Aquarellkreiden auf Bögen im A3-Format gemalt werden. Der Patient malt mit deckenden Farben und mit liebevoller Aufmerksamkeit.

Die grundlegenden Prinzipien und Interventionen der Lösungsorientierten Maltherapie sind sehr einfach. Ihre wirkungsvolle Anwendung in der therapeutischen Praxis ist komplex und stellt hohe Anforderungen an die Kompetenz des Therapeuten/der Therapeutin.

Grundlegende Prinzipien:

- Bilder, die als reale Bilder gesehen wurden oder die als vorgestellte Bilder gespeichert wurden, werden so gemalt, wie sie gesehen wurden.
- Was nicht gesehen wurde wie z.B. starke Gefühle, Angstsymptome, störende Körpersensationen, irritierende Gerüche oder erschreckende Geräusche werden mithilfe einer Metapher in ein affektiv neutrales oder positives Bild umgewandelt, das dann gemalt wird.

Grundlegende Interventionen:

- falls es sich um angstauslösende, belastende Bilder handelt, werden diese so „umgemalt“, dass sie normal und affektiv neutral wirken.
- Das Bild einer anderen Person wird gemalt wie ein Passbild. In unserem Gedächtnis haben wir unzählige Erfahrungen mit und Ansichten von einer Person gespeichert. Die vielen Erfahrungen sind stets auch mit Emotionen verbunden. Die vorgegebene Struktur des Passbildes schafft die nötige Distanz und macht eine neue Sicht auf die dargestellte Person möglich.

Wie das in der Praxis aussieht, wird unter 2.3 Patientenbeispiele beschrieben.

1.2 Aktueller Stand der Forschung

Bis dato gibt es zur LOM keine Peer-Review publizierten Evidenz-basierten Forschungs- oder Studienergebnisse. Aufgrund der Tatsache, dass das Therapiemanual von Egger und Merz sehr vielversprechende, strukturierte und empirisch entwickelte kunsttherapeutische Ansätze enthält, die methodisch sehr klar dokumentiert und nachvollziehbar sind, werden diese Ansätze im Kontext der aktuellen Literatur von verschiedenen Perspektiven in den folgenden Abschnitten nachvollzogen. Die Bedeutung der wissenschaftlich evaluierten Kunsttherapie in der Medizin wird daher in 1.2.1 mit anderen Kunsttherapieformen beschrieben. Die genaue Methodik, die den Studien zugrunde liegt, wurde in der Regel nicht beschrieben. Dies erschwert die Vergleichbarkeit, da selten dieselben kunsttherapeutischen Ansätze zur Anwendung kamen. Hinzukommt, dass es einige Studien gibt, welche nach wissenschaftlichen Maßstäben wenig aussagekräftig sind.
Des Weiteren wird in 1.2.2 der Einfluss von emotionalen Belastungssituationen auf den Menschen mittels neurobiologischer Erklärungsmodelle beschrieben.

1.2.1 Studienlage zur Kunsttherapie

Künstlerische Therapien gehören mittlerweile vermehrt den multimodalen Therapieansätzen medizinischer Fachbereiche an. In der S2k-Leitlinie der psychosomatisch orientierten Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen finden sie als alternatives psychosomatisches Behandlungsverfahren Erwähnung (Heribert Kentenich et al. 2014). Seit 2012 sind künstlerische Therapien in der S3-Leitlinie für das Mammakarzinom integriert:
„Psychoonkologische Interventionen bei Mammakarzinompatientinnen umfassen mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung im Akutkrankenhaus, in der Rehabilitationsklinik und im weiteren Verlauf der Nachsorge oder palliativen Versorgung folgende Maßnahmen: […]
• künstlerische Therapieverfahren (Kunst-, Musik- und Tanztherapie) […]
Eine aktuell durchgeführte systematische Literaturrecherche hat gezeigt, dass Entspannungsverfahren, psychoedukative Interventionen, psychotherapeutische Einzelinterventionen und psychotherapeutische

Gruppeninterventionen im Hinblick auf die Zielgrössen Angst, Depression, psychisches Wohlbefinden sowie Lebensqualität signifikante Verbesserungen zeigen." (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. 2012, S. 227–228). Nicht nur bei Patientinnen mit Mammakarzinom wurden künstlerische Interventionen mit in die S3-Leitlinie aufgenommen, sondern auch in der psychoonkologischen Behandlung von erwachsenen Krebspatienten (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. 2014, S. 68), in der psychosozialen Versorgung in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie 2013), in der Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. 2015), zur Therapie Bipolarer Störungen (Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2012), in der psychosozialen Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2013), beim Umgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) 2012), bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2013, S. 46) sowie bei Schlaganfällen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2012).

Die Besonderheit der künstlerischen Therapien liegt in der nichtsprachlichen, emotionalen Kommunikation und Expression. Unter dem Begriff künstlerische Therapie wird primär Tanz-, Musik- und Kunsttherapie verstanden.

Ein wissenschaftliches Interesse zu dieser Thematik scheint schon lange zu bestehen, denn laut Kunzmann et al. (2005) gab es zu Beginn des Zweiten Weltkrieges 1939 bereits 150 wissenschaftliche Studien zum Thema Kunsttherapie; 1965 sollen es bereits 7000 gewesen sein. Trotz dieser großen Studienlage erfuhren die künstlerischen Therapien erst in den letzten Jahrzehnten einen vermehrten Einsatz in der Medizin und dementsprechend wurde seitdem vermehrt darauf geachtet, dass Evidenz basierte Studien erforderlich sind.

„Im Rahmen der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems (diagnosis related groups) wurden zur Begründung der Aufnahme der Künstlerischen Therapien in das Klassifikationssystem der Prozeduren des OPS-301 (Operationsschlüssel) wissenschaftliche Belege eingefordert.“ (Kunzmann et al. 2005, S. 77). In der dafür erarbeiteten Zusammenstellung von Studien zu künstlerischen Therapien in der Onkologie und Geriatrie von Kunzmann et al. (2005) beschrieben die Autoren unter anderem, dass sich in Abhängigkeit vom Schweregrad des Krankheitsbildes folgende Faktoren beeinflussen lassen:

- *„Kompetenz (soziale Kompetenz; Alltagsstrukturierung; Zeitliche, räumliche, visuelle, sensorische Wahrnehmungsfähigkeit; Erinnerungsvermögen; Entscheidungsfähigkeit; Geschicklichkeit in komplexen motorischen Abläufen; Ausdauer, Aufmerksamkeit und Konzentration)*
- *Persönlichkeit (Selbstwert, Selbstachtung; Identität, Autonomie; Krankheitsakzeptanz und -verarbeitung; Flexibilität; Lebensqualität)*
- *Kommunikation (Ausdrucksfähigkeit; Verhaltensmanagement)*
- *Emotionalität (Umgang mit Verstimmungen, Unruhe, Angst, Stress und Depression)“* (Kunzmann et al. 2005, S. 81)

Hughes und da Silva (2011) untersuchten kunsttherapeutische Interventionen zur Bewältigung der Belastung bei unerfülltem Kinderwunsch. Die Autoren kamen hierbei zum Schluss, dass die Kunsttherapie eine günstige, nicht pharmakologische Intervention sei, die eine Reduktion der depressiven Verstimmung und der Hoffnungslosigkeit bei Kinderwunschpatientinnen erreiche. Insgesamt wurden 21 Kinderwunschpatientinnen untersucht, wobei wöchentlich eine zweistündige Kunsttherapie mit ihnen durchgeführt wurde. Entsprechende Skalen zur Einschätzung der Hoffnungslosigkeit und Depressionen sowie Angst wurden eingesetzt und ein qualitativer Fragebogen mitgeführt (Hughes und da Silva 2011).

Mittels einer randomisierten kontrollierten Studie untersuchten Svensk et al. (2009) 41 Patientinnen mit Mammakarzinom hinsichtlich ihrer Lebensqualität mit und ohne kunsttherapeutische Intervention. Eingeschlossen wurden Patientinnen, die Radiotherapie als Behandlung des Karzinoms erhielten. In der Interventionsgruppe (n = 20) erhielten die Patientinnen individuelle Kunsttherapiesitzungen für 1 Stunde pro Woche. Alle Patientinnen wurden

mittels Fragebögen zur Einschätzung der Lebensqualität befragt, und zwar zu drei Messzeitpunkten: vor Beginn der Radiotherapie, sowie 2 und 6 Monate danach. Innerhalb der Interventionsgruppe sei eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität eingetreten und ein signifikanter positiver Unterschied im Vergleich zur Kontrollgruppe (n = 21) in den Bereichen der Zukunftsperspektive, des Körperbildes und der systemischen Therapienebenwirkungen messbar (Svensk et al. 2009).

Eine Arbeitsgruppe aus Leipzig untersuchte mehrere Studien zum Thema Kunsttherapie bei Krebspatienten. Sie suchten dafür in einer elektronischen Datenbank Publikationen zur Kunsttherapie bei Krebskranken zwischen 1987 und März 2009 heraus und konnten von 56 gefundenen Studien 17 in ihre Auswertungen einschließen. Bei sechs quantitativen Studien wurde dokumentiert, dass eine Abnahme von Erschöpfungszuständen und Depression eingetreten sei. Außerdem war bei drei Studien eine Steigerung der Lebensqualität vermerkt worden. Darüber hinaus konnte auch in vier qualitativen Studien ein positiver Effekt auf die persönliche Reife, die Coping-Ressourcen, die Entwicklung eines neuen Selbstbewusstseins und die sozialen Interaktionen gezeigt werden (Geue et al. 2010).

Eine einfach verblindete Kontrollstudie mit 118 Patienten zum Thema Kunsttherapie bei Patienten mit Schlaganfällen wurde in Thailand durchgeführt. Die Interventionsgruppe erhielt 5 x pro Woche Physiotherapie und 2 x pro Woche Kunsttherapie. Die Kontrollgruppe erhielt nur die Physiotherapie in dem Untersuchungszeitraum von 4 Wochen. Dabei kamen die Autoren zum Schluss, dass die Kombination von Physiotherapie und kreativer Kunsttherapie eine signifikante Minderung von Depression, eine Verbesserung der physikalischen Funktionen und der Lebensqualität habe (Kongkasuwan et al. 2015).

Weitere Studien bei Frauen mit frühzeitigen Wehen (Herborn et al. 1996), psychisch Erkrankten (Lamont et al. 2009), Patienten mit Essstörungen (Ganter et al. 2009), geistig Behinderten (Suzanne Lister et al. 2009) und Dementen (Hannemann 2006) beschrieben ebenso positive Effekte der Kunsttherapie auf die Patienten.

Sowohl in den genannten Leitlinien wie auch in vielen Studien besteht die Aufforderung zu mehr standardisierten Untersuchungen in der Kunsttherapie.

Vor allem wird darauf aufmerksam gemacht, der evidenzbasierten Medizin entsprechende Studiendesigns anzuwenden.

Eine Arbeitsgruppe untersuchte die Wirksamkeit der Kunsttherapie bei klinischen und nicht klinischen Populationen. Dazu analysierte sie Studien zwischen 1999 und 2007, die sich spezifisch mit Kunsttherapie auseinandergesetzt hatten. Slayton et al. (2010) kamen unter anderem zu folgender Aussage:

„Es mangelt an standardisierter Berichtserstattung und der Nutzung von Kontrollgruppen und es gibt eine Tendenz anekdotische Fälle als Material zu verwenden, um Behandlungsergebnisse und nicht gemessene Ergebnisse zu demonstrieren. Oft sind spärliche oder nur vage Beschreibungen der Behandlungsmaßnahmen angegeben, was es schwierig oder unmöglich macht, die Studienverfahren zu bestimmen. Schließlich verhindern Studien, die Interventionen vermischen eine Untersuchung der Intervention, welche zu den berichteten Veränderungen geführt hat.“ (Slayton et al. 2010, S. 116).

Dieser Tendenz wird in aktuell publizierten Studien bereits entgegengearbeitet. Die erst vor kurzem veröffentlichte Studie von Bozcuk et al. (2017) beschreibt detaillierter, welche Art der Kunsttherapie eingesetzt wurde. In dieser prospektiven Kontrollstudie beschäftigten sich die Autoren mit der Wirkung vom Malen mit Wasserfarben auf die Lebensqualität bei Krebspatienten während der Chemotherapie. Insgesamt wurden 97 Patienten in diese Studie eingeschlossen. 65 nahmen teil am Maltherapieprogramm (Painting Art Therapy Program (PATP)) und die Kontrollegruppe von 32 Patienten erhielt keine Maltherapie. Die Lebensqualität wurde mittels eines Fragebogens zur Lebensqualität (EORTC-QLQ-C30) und einem Angst und Depressionen Fragebogen (HADS) erhoben. Dabei wurden die Parameter vor und nach Durchführung der Maltherapie abgefragt. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Teilnahme an diesem Maltherapieprogramm zu einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität führte. Die Autoren betonten dabei, dass in dieser Studie ausschließlich die Wirkung der Maltherapie mit Wasserfarben untersucht wurde (Bozcuk et al. 2017).

Die Benennung und Beschreibung der durchgeführten Therapie ermöglicht in Folgestudien positive Effekte zu überprüfen und hat deswegen einen hohen Stellenwert. Daher ist in dieser Studie zur LOM insbesondere auf die

Beschreibung der kunsttherapeutischen Methodik Wert gelegt worden. Gerade dadurch, dass LOM ein klar nachvollziehbares Therapiemanual mit sehr strukturierten Flowcharts zur Behandlung verschiedenster Anliegen zugrunde liegt, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Ergebnisse nachvollziehbar und reproduzierbar sein könnten.

1.2.2 Betrachtung neurobiologischer Erklärungsmodelle

Eine erste Möglichkeit der Interpretation der Wirksamkeit von LOM besteht in der Betrachtung vermuteter zugrunde liegender zerebraler Prozesse. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf den Effekt von emotional beladenen Bildern auf den Menschen und das Speichern und Abrufen von Erinnerungen gelegt.

Die Anliegen der Patienten können sehr variieren und trotzdem erhalten sie denselben Auftrag: Ein Bild zu malen. Dabei arbeitet LOM mit der visuellen Sinneswahrnehmung und dem emotionalen Effekt von Bildern. Die zerebralen Prozesse und Reaktionen fallen je nach emotionalem Stimulus unterschiedlich aus, dies konnte in Studien gezeigt werden (Paradiso et al. 1999; Müller et al. 2011; LeDoux 1994).

Egger und Merz formulierten die zerebralen Prozesse der Sinneswahrnehmung und Bildung von Erinnerungen folgendermaßen:

„Der erste Weg zur Erinnerung übermittelt die Informationen sehr schnell und ungenau an die Amygdala. Dann wird sie von dieser weitergeleitet und führt blitzschnell zur Erhöhung von Puls und Blutdruck sowie zur Anspannung der Muskulatur. Alle Kräfte werden aktiviert, um entweder kämpfen oder fliehen zu können. Diese schnelle Übermittlung der Information geschieht nicht bewusst.

Der zweite Weg führt über den Cortex, ist langsam und präzise. Die Situation wird analysiert und im Bewusstsein repräsentiert. Hier kann nun entschieden werden, ob wirklich Gefahr herrscht und eine vernünftige Entscheidung wird möglich.

Jedes gemalte Bild nimmt die gleichen zwei Wege ins Gehirn. Damit die schnell und unscharf erfassende Amygdala mit einem Bild etwas anfangen kann, muss dieses einfach und deutlich sein. Einfache geometrische Formen, klare,

eindeutige Bilder können auch unscharf erkannt werden und ihre Gefahrlosigkeit wird wirksam.“ (Egger und Merz 2013, S. 15).

Diese Annahmen haben ihren Ursprung in den Forschungsarbeiten von LeDoux. Dieser vermutete in einer Zusammenfassung seiner Forschungsergebnisse, dass der Grund für zwei Wege Zeitersparnis sein könne. Es sei wichtig, einen schnellen Reaktionsmechanismus zu haben, den er als „quick and dirty“ bezeichnete. Dabei aktiviere der Thalamus die Amygdala und den Kortex zur selben Zeit. Dies führe dazu, dass emotionale Antworten in der Amygdala beginnen können. Der Mensch könne reagieren, bevor er den Grund dafür überhaupt bewusst wahrnehme (s. Abbildung 1: Amygdala (LeDoux 1994)). Dieser Weg sei in besonderer Weise nützlich für Situationen, in denen eine rapide Reaktion nötig ist (LeDoux 1994).

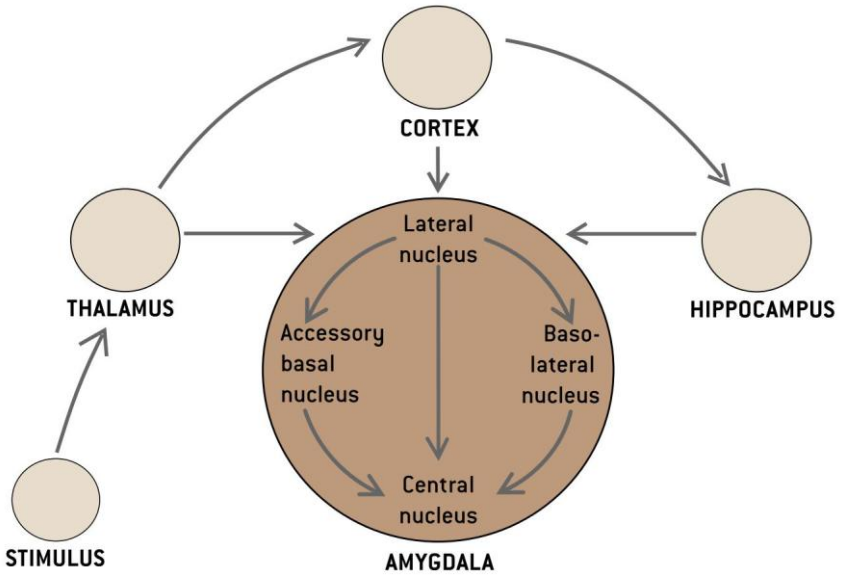

Abbildung 1: Amygdala (LeDoux 1994)

Seine These entwickelte er unter anderem durch Untersuchungen an Ratten, welche mit einem Ton als neutralen Stimulus konditioniert wurden und einem elektrischen Schock als konditionierenden Stimulus. Die folgende Abbildung zeigt exemplarisch den Ablauf des Experiments mit entsprechenden Herz- und Blutdruckraten vor und nach Konditionierung.

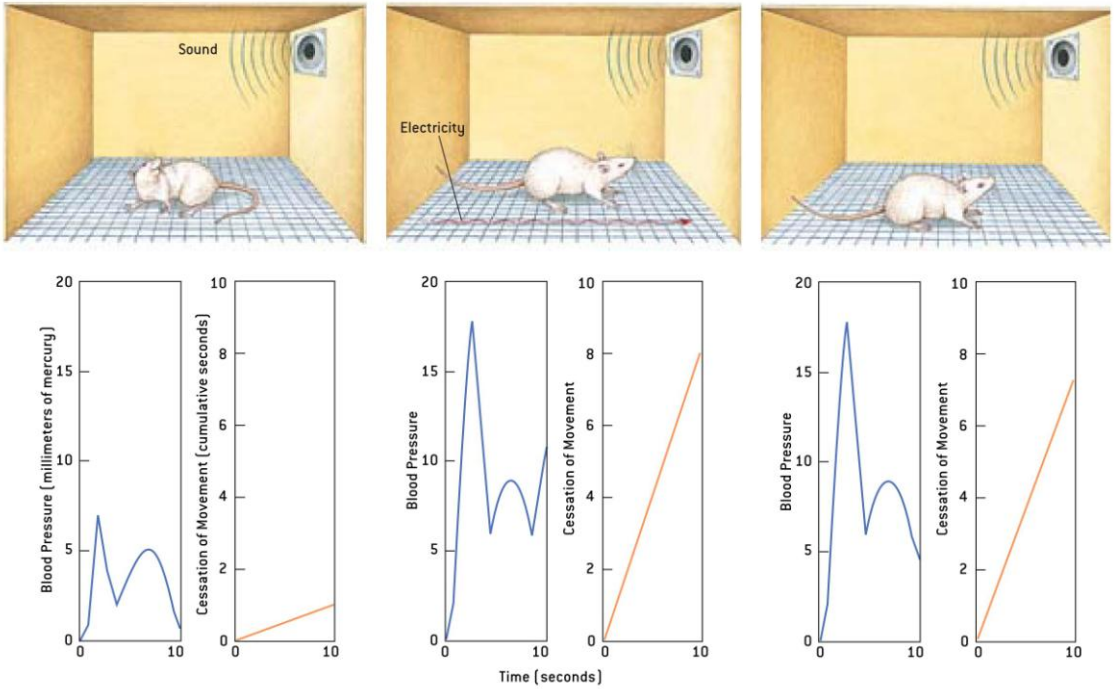

Abbildung 2: Konditionierung

Quirk et al. befassten sich mit der Bedeutung der Amygdala im Zusammenhang mit Angst. Dazu untersuchten sie ebenso Ratten und deren zerebrale Reaktionen vor, während und nach Angstkonditionierung. Ihre Ergebnisse zeigten, dass die Stimulation des auditiven Kortexes mit einer Latenz von 10 ms den lateralen Kernbereich der Amygdala aktiviere. Die gemessenen konditionierten Antworten sind jedoch zu früh, um über den Kortex vermittelt zu sein und scheinen eher für einen thalamischen Input zu sprechen. Diese Daten unterstützen die Hypothese einer direkten Übertragung der auditiven Stimuli vom auditiven Thalamus zur Amygdala (Quirk et al. 1995).

Bei LOM steht die visuelle Wahrnehmung im Vordergrund und auch in diesem Bereich konnte gezeigt werden, dass dieselben Prozesse wie beim auditiven Stimulus ablaufen.

Dazu untersuchten Paradiso et al. 1999 den Einfluss von angenehmen, unangenehmen und neutralen Stimuli auf den Menschen mittels PET. Sie verwendeten Bilder, die emotional beladen waren. Das Bild löste einen der drei Stimuli aus. Daraufhin wurde detektiert, in welchen Hirnarealen Durchblutungssteigerungen auftraten. Ihre Ergebnisse beschrieben sie als vereinbar mit der Vorstellung, dass sich subkortikal ein Gefahrerkennungssystem befinde und vor allem im präfrontalen Kortex ein

phylogenetisch jüngeres System angenehme Stimuli detektiere. Die Reaktion auf einen potentiell gefährlichen Stimulus liefe stereotyp ab. Initial gäbe es keine komplexe kognitive Verarbeitung, damit eine prompte Flucht ausführbar sei. Dagegen erfordere die Fähigkeit, eine Situation als angenehm wahrzunehmen, eine anspruchsvollere Verarbeitung, welche individuell abgestimmt sei und daher zum größten Teil kortikal stattfinde (Paradiso et al. 1999).

Eine wichtige Frage bei der Untersuchung der LOM ist, inwiefern emotional beladene Bilder einen Menschen beeinflussen.

Müller et al. (2011) zeigten in einer EEG-Studie, dass die Aufnahme von kurz präsentierten emotionalen Stimuli schnell ablaufe. Das kurze Sehen von emotionalen Bildern führe dazu, dass sich Personen schlechter auf die zu lösende Aufgabe konzentrieren können, wodurch es zu Fehlern und Leistungsverminderungen gekommen sei. Wurden den Probanden hingegen neutrale Bilder gezeigt, trete der beschriebene Effekt der Ablenkung nicht ein. Emotionale Bilder oder Ereignisse in der Umwelt werden immer vom Gehirn wahrgenommen und durchlaufen ab diesem Zeitpunkt mehrere koordinierte Prozesse (Müller et al. 2011).

Emotional beladene Bilder haben demzufolge einen Effekt auf den Menschen.

Heil et al. (1997) zeigten durch EEG Untersuchungen, dass beim Abrufen von Erinnerungen dieselben Kortexareale aktiviert seien wie bei der initialen Speicherung. Des Weiteren sei die kortikale Antwort stärker bei aufwendigeren Assoziationsketten (Heil et al. 1997). Diese Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass beim Abrufen von Erlebnissen dieselben Emotionen abgerufen werden wie in der Ursprungssituation selbst. Verbindet man die Ergebnisse von Müller et al. (2011) mit denen von Heil et al. (1997), entsteht die Vermutung, dass emotionale innere Bilder zu Leistungsverminderung und Konzentrationsschwierigkeiten führen können.

LeDoux erklärt die Speicherung von Erinnerungen und Emotionen anhand des folgenden Beispiels: *„Wenn eine Person während eines Autounfalls, bei dem die Hupe dauerhaft ausgelöst wird, verletzt wird, kann dies dazu führen, dass die Person danach beim Hören von Autohupen verstärkt reagiert. Die Person kann sich an die Details des Unfalls erinnern, wie zum Beispiel den Ort und die Zeit und die Personen, die involviert waren. Das sind deklarative Erinnerungen,*

welche vom Hippocampus abhängig sind. Die Person kann dabei auch angespannt, ängstlich oder deprimiert sein, wenn die emotionale Erinnerung durch die Amygdala reaktiviert wird. Das deklarative System hat den emotionalen Inhalt der Erfahrung mit abgespeichert, aber dies als einen dazugehörigen Fakt. Emotionale und deklarative Erinnerungen werden parallel gespeichert und abgerufen und ihre Aktivitäten gehen nahtlos ineinander in bewussten Erfahrungen über. Das heißt nicht, dass man direkt zu den eigenen emotionalen Erinnerungen einen bewussten Zugang hat. Stattdessen bedeutet es, dass man Zugang zu den Konsequenzen hat, wie einem bestimmten Verhalten oder einem bestimmten Körpergefühl. Diese Konsequenzen kombiniert mit aktuellen deklarativen Erinnerungen bilden eine neue deklarative Erinnerung. Emotionen sind nicht nur eine unbewusste Erinnerung, sie nehmen einen starken Einfluss auf deklarative Erinnerungen und andere Denkprozesse.“ (LeDoux 1994).

Einerseits wird dadurch verdeutlicht, welche Einschränkungen durch emotional belastende Erinnerungen erzeugt werden. Andererseits könnte darin ein Schlüsselprinzip für die therapeutische Wirkung der LOM begründet sein, denn *„[u]m eine wirkliche Entlastung zu erreichen, ist es nötig, das Angstzentrum auf die gleiche Art und Weise zu erreichen, wie dies der eigentliche Schreck tut."* (Egger und Merz 2013, S. 15).

Ändern sich die Emotionen zu den Erinnerungen, wäre auch denkbar, dass sich die Konsequenzen ändern und eine konsekutive Reduktion der Belastung wäre erklärbar.

Diese Vermutung wäre ein vorstellbarer Ansatz, die beobachtete Belastungsreduktion durch LOM zu erklären.

1.3 Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist die Analyse des kurzfristigen und langfristigen Outcomes der Lösungsorientierten Maltherapie (LOM®). Dabei stehen folgende Fragen im Vordergrund:

1. Kommt es im Rahmen der LOM zu einer Reduzierung der Belastung, zu einer positiven stimmigen Kognition und einer positiven Annäherung an das Ziel?
   a) Welches Ausmaß hat die subjektiv empfundene emotionale Belastung vor und nach Therapie? (Messung mit der SUD = Subjective Units of distress 0-10)
   b) Wie ist die Stimmigkeit der positiven Kognition vor und nach Therapie? (VoC-Skala = Validity of Cognition Skala 1-7)
   c) Wie ist die positive Annäherung an das Ziel vor und nach Therapie und im Langzeitverlauf? (PA-Skala = positive Annäherung Skala 0-10)
2. Wie langfristig hält dieser Zustand an?

Diese Fragen sollen mit Hilfe von standardisierten Fragebögen und detaillierter Dokumentation der Therapiestunden sowie mit Langzeitnachkontrollen mindestens 6 Monate nach Beendigung der Therapie beantwortet werden.

2 Material und Methoden

2.1 Datenerhebung

2.1.1 Untersuchungsinstrumente und Statistik

Vor Therapiebeginn erfolgte die genauere Erfassung der Belastung durch Formulierung des Anliegens und eine Exploration. Diese wurden mittels eines standardisierten Interviews erhoben (s. 8.1, s. 8.2) und beinhalteten folgende Fragen:

1. Wann tritt die Belastung auf?
2. Woran werden Sie erkennen, dass sich etwas verändert hat?
3. Wenn das, was Sie belastet, weg ist, wofür gibt es dann Platz?
4. Was spüren Sie während der Belastung im Körper?
5. Welche Gefühle haben Sie während der Belastung?
6. Was denken Sie dann über sich?
7. Was möchten Sie dann über sich denken?

Die weitere Einschätzung des Ausmaßes der Belastung wurde mit verschiedenen visuellen Analogskalen (VAS) ermittelt. Diese dienten außerdem der Verlaufskontrolle.
Es wurden die positive Annäherung (PA nach Egger und Merz) an das gewünschte Ziel mit einer Skala von 0 bis 10 (0 = gar nicht, 10 = total), die Häufigkeit des Auftretens von immer bis gar nicht mehr, das Ausmaß der Belastung = Subjective Units of Distress (SUD nach Wolpe) mit einer Skala von 0 bis 10 (0 = gar nicht, 10 = sehr stark) und die Stimmigkeit der positiven Kognition = Validity of Cognition (VoC nach Shapiro) mit einer Skala von 1 bis 7 (1= gar nicht, 7= total) gemessen (s. 8.2) (Egger und Merz 2013; Wolpe 1970; Shapiro 1989).

Die SUD-Skala nach Wolpe umfasste ursprünglich eine Einteilung von 0 bis 100 (Wolpe 1970). Daran orientierte sich Shapiro und schlug eine übersichtlichere Einteilung von 0 bis 10 vor. Diese Skalierung wurde auch in dieser Arbeit

angewandt. Shapiro versah in ihren Untersuchungen jedes Ereignis der 10er Liste mit einem Grad der Belastung, den die Erinnerung heute beim Patienten auslöst. 0 bedeutete „Ich weiß, es ist passiert, aber es belastete mich nicht mehr“, 10 hingegen beschrieb die schlimmste Belastung, die man sich vorstellen konnte. Auch wenn diese Skala sehr subjektiv ist (abhängig von den Belastungen, die sich ein Patient vorstellen kann), stellt sie doch eine deutliche Hilfe in der Strukturierung der Behandlung, später auch des Prozessierens der Erinnerungen, dar (Hofmann 1999, S. 35).

Zusätzlich entwickelte Shapiro die VoC-Skala bei der Traumabearbeitung. (Shapiro 1989) Shapiro befragte die Patienten nach einem für dieses Trauma repräsentativen Bild, das den Moment der schwersten Belastung darstellt (z. B. der Anfang des inneren Films oder ein Standbild des schlimmsten Moments). Weiterhin eruierte sie eine (häufig das Selbstwertgefühl betreffende) negative Kognition (z. B. „Ich habe versagt.“) zu der traumatischen Erinnerung, sowie eine (meist polare) positive Kognition (z. B. „Ich habe getan, was ich konnte.“), in der zum Ausdruck kommt, wie der Patient heute gerne über sich denken würde. Daraufhin sollte eine Einschätzung der im Moment spürbaren Stimmigkeit der positiven Kognition auf einer Skala von 1 bis 7 vom Patienten erfolgen. In dieser von Francine Shapiro entwickelten VoC-Skala zur Erfassung der kognitiven Dissonanz bedeutet 1 „überhaupt nicht stimmig“, während 7 „völlig stimmig“ bedeutet. In der Regel stimmt die positive Kognition zwar vom Kopf her, von der gefühlsmäßigen Stimmigkeit her aber ist sie meist nur wenig stimmig (Hofmann 1999, S. 47).

Eine weitere Skala ist die PA-Skala. Sie wurde von Egger und Merz selbst entwickelt und dient zur besseren Erfassung der Annäherung an ein gewünschtes Ziel. Bei jedem Patienten soll die Formulierung des Ziels zu Beginn der Therapie erfolgen. Dies ist nach Beobachtung der beiden Autoren für den dauerhaften Erfolg der Therapie wichtig, macht das Therapieziel für den Therapeuten und den Patienten transparent und der Erfolg wird nachvollziehbar und messbar.

Eine Nachkontrolle dieser 3 VAS wurde sowohl direkt im Anschluss an die Therapie als auch frühestens 6 Monate nach Therapieende durchgeführt.

Die Patienten wurden bezüglich ihrer Veränderungen in den 3 VAS Werten über die Zeit untersucht. Durchschnittswerte und die Standardabweichung wurden für das Kollektiv erhoben. Als signifikant wurden Ergebnisse beschrieben, die einen p-Wert < 0,05 aufweisen.

Eine Regressionsanalyse erfolgte trotz kleiner Fallzahl. Unter anderem wurde darin untersucht, ob unterschiedliche Berufs- und Ausbildungsgrade sowie Vortherapien zu einer unterschiedlichen Belastungsreduktion führen.

2.1.2 Teststatistik

Für die statistische Auswertung wurden die Standardgrößen Mittelwert und Standardabweichung berechnet (Ressing et al. 2010; Du Prel et al. 2010). Die Definitionen sind dabei folgende:

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^{n} x\,i$$

$$\mathrm{STABW} = \sqrt[2]{\mathrm{Var(x)}}$$

$\bar{x}$: Mittelwert

n: Anzahl der Messwerte

STABW: Standardabweichung

Var(x): Varianz der Messgröße x

Des Weiteren wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt (Ressing et al. 2010; Du Prel et al. 2010), die wie folgt definiert ist:

$$y = a + b \cdot x$$

y:Zielgröße

x:Einflussgröße

Dabei werden Parameter a und b folgendermaßen berechnet:

$$\boldsymbol{b} = \frac{\sum_{i=1}^{n}(x_i - \bar{x})\cdot(y_i - \bar{y})}{\sum_{i=1}^{n}(x_i - \bar{x})^2}$$

$$a = \bar{y} - b \cdot \bar{x}$$

$\bar{y}$:Mittelwerte der Zielgröße $\bar{x}$:Mittelwert der Einflussgröße

2.1.3 Ablauf der Datenerhebung

Die Therapiestunden erfolgten bei allen Patienten unter denselben Grundvoraussetzungen. Frau Dr. Egger bearbeitete alle Fälle selbst im Einzelsetting in ihrer Praxis. Die Patienten malten mit der nicht dominanten Hand, stehend an der Wand auf einen Papierbogen der Größe 70 x 100 cm. Es standen jedem Patienten 21 Farben zur Verfügung.

Die Eingangsexploration der Anliegen lag zwischen 30 Minuten und einer Stunde vor der ersten Maleinheit. Jede Maleinheit dauerte 1 Stunde und vor und nach jeder Maleinheit wurden ca. 15 Minuten zur Exploration der VAS benötigt. In der Regel fanden die Maleinheiten an Werktagen statt. Zur Bearbeitung der Belastungen oder Anliegen waren in diesem Kollektiv im Mittel 4 Maleinheiten (Range 1-20 Maleinheiten) über einen Zeitraum von 1,75 Monaten (Range 0-20 Monate) erforderlich.

Insgesamt konnten Daten über einen Zeitraum von 4 Jahren zwischen 2010 und 2014 von 88 Patienten erfasst werden.

Ausschlusskriterien waren eine fehlende Langzeitnachbeobachtung und nicht klar definierte Belastungssituationen.

Von den 88 Patienten wurden 20 Patienten aufgrund fehlender Einschlusskriterien von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Bei weiteren 8 Patienten waren die Langzeitnachkontrollen unvollständig, sodass diese auch von der Analyse ausgeschlossen wurden.

Bei 12 Patienten kam es zu Folgeinterventionen mit weiteren Anliegen. Diese Folgeinterventionen wurden bei der Analyse herausgenommen, um einen Bias

zu verhindern. Gegenstand dieser Analyse war nur das erste Anliegen eines Patienten.
Für die Analyse stand also eine Serie von 60 Patienten, alle von Fr. Dr. Egger prospektiv maltherapeutisch behandelt, zur Verfügung. Die Patientendaten wurden hierbei voll anonymisiert zur Verfügung gestellt und untersucht.

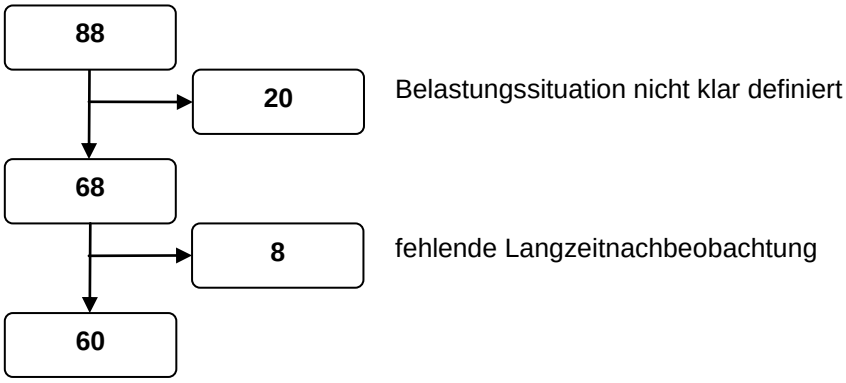

Abbildung 3: Flussdiagramm zur Auswahl des Patientenkollektivs

Die Maltherapieeinheiten befolgten die in 1.1 beschriebenen Ablaufmuster. Frau Dr. Egger achtete darauf, dass die Patienten sich wohlfühlten. Die Patienten wurden dazu angehalten, langsam und in Ruhe, von innen nach außen mit der ungeübten Hand zu malen. Frau Dr. Egger half den Patienten, die belastenden Situationen mittels stimmiger Bildsequenzen zu bearbeiten. Dieser von der Kunsttherapeutin begleitete Malprozess, der zur Belastungsreduktion führen soll, wurde mit den nachfolgenden Messinstrumenten analysiert.
Die Messung des SUD, VoC und PA fand zu vier Messzeitpunkten statt: direkt vor und nach der Maltherapeutischen Intervention, zeitnah nach Therapieende und längere Zeit nach Therapieende. Die zeitnahe Nachkontrolle lag zwischen 0 (direkt nach Therapieende) und 20 Monaten nach Therapieende. Die Langzeitnachkontrolle lag zwischen 7 und 57 Monaten nach Therapieende.

2.1.4 Kategorisierung der Belastungsursachen bei den Patienten

Die Anliegen wurden in vier Kategorien unterteilt: 1. Trauma, 2. Beziehung, 3. Symptom und 4. Traum. LOM erlaubt für die Arbeit am Patienten noch eine feinere Unterteilung der Anliegen. Dazu gehören Abschied und Neubeginn

sowie Wünsche, Kognitionen und das Erarbeiten und Bearbeiten von Lebenskonzepten. Aufgrund der Ähnlichkeiten und Überschneidungen der Inhalte wurden für die Auswertung, nicht aber die individuelle kunsttherapeutische Behandlung Abschied und Neubeginn unter der Kategorie Beziehung klassifiziert und Wünsche, Kognitionen, Lebenskonzepte unter der Kategorie Traum zusammengefasst. Dieses Rating wurde retrospektiv durch zwei sich miteinander abstimmenden Ärzten unterschiedlicher Fachdisziplinen (Psychosomatik und Gynäkologie) unabhängig von der Kunsttherapeutin, die die Patienten prospektiv behandelte, durchgeführt.
Analog wurden die Anliegen bzw. Belastungssituationen überprüft und waren bei allen Patientinnen und Patienten mit einer schweren Belastungsreaktion vereinbar.

Durch die strukturierte Exploration der Patienten kam es zur Festlegung eines Bildes und des dazugehörigen Malauftrags. Weiterhin wurden Metaphern zur Bearbeitung des Anliegens und/oder Formulierung eines Malauftrags eingesetzt. Die Metaphern umfassten mehrere Kategorien (s. 8.3) und konnten zum Beispiel mittels folgender Frage zur Findung eines Bildes führen: Wenn dieses Gefühl eine geometrische Form wäre, was wäre es dann für eine? Die Form bzw. das Bild, welches der Patient dann spontan und ohne nachzudenken vor seinem inneren Auge sah, wurde notiert und konnte als Malauftrag formuliert werden.

2.2 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe bestand aus 60 Patienten, welche die Kunsttherapeutin mit unterschiedlichen Grundvoraussetzungen und Anliegen mit einer erheblichen Belastung zur Maltherapie aufsuchten. Tabelle 1 zeigt die soziodemografischen Variablen der Patienten.

Tabelle 1: Soziodemografischen Variablen der Patienten

Variable	**N / MW**	**% / SD**
Teilnehmerzahl	60	
Männlich	8	13.3%
Alter	46.8	10.1
Ehestatus		
geschieden	11	18.3%
Single	16	26.7%
verwitwet	1	1.7%
verheiratet	32	53.3%
Bildung		
keine abgeschlossene Ausbildung	3	5.0%
Universitätsabschluss	47	78.3%
abgeschlossene Ausbildung	10	16.7%
momentane Arbeit		
therapeutische/ medizinische Profession	28	46.7%
soziale Profession/ Lehrer	12	20.0%
Kunst/ Musik/ Design Profession	7	11.7%
wirtschaftliche/technische Profession	13	21.7%

Legende: N = Anzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Weiterhin wurde erhoben, wie viele Patienten bereits vorbehandelt waren, welche Anliegen vorlagen und wie lange die Patienten bereits unter der Belastung litten, sowie die Anzahl und Dauer der LOM-Einheiten. Diese therapiespezifischen Eigenschaften der Patientenstichprobe sind in Tabelle 2 dokumentiert.

Tabelle 2: Therapiespezifische Eigenschaften der Patientenstichprobe

Variable	**N / MW**	**% / SD**
Therapie vor der Intervention		
keine Therapie	42	70.0%
medikamentöse Behandlung durch Arzt	5	8.3%
psychologische oder psychotherapeutische Behandlung	13	21.7%
Anzahl der vorigen Therapien	0.7	1.5
Zeit der vorigen Therapien in Monaten	7.7	19.3
Klassifikation und Dauer der belastenden Ereignisse		
Trauma	15	25.0%
Beziehung	21	35.0%
Symptom	19	31.7%
Traum	5	8.3%
Belastungsdauer in Monaten	162.2	197.1
Lösungsorientierte Maltherapie (LOM®)		
Anzahl der LOM-Einheiten	4.5	3.7
Dauer der Therapie in Monaten	2	3.4

Legende: N = Anzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

2.3 Patientenbeispiele

Zum besseren Verständnis des Malprozesses und dem Vorgehen bei der LOM werden im folgenden Abschnitt Patientenbeispiele aufgeführt. Aus Datenschutzgründen sind die hier aufgeführten Bildsequenzen nicht von Patienten aus dieser Studie, sondern aus bereits veröffentlichten Patientenbeispielen von Egger und Merz. Diese zeigen beispielhaft repräsentative Therapieabläufe für jede Kategorie, in der die Anliegen der Patienten klassifiziert wurden (1. Trauma, 2. Beziehung, 3. Symptom und 4. Traum).

2.3.1 Trauma

Traumatische Bilder werden *„aus der Perspektive der betroffenen Person gemalt. Der Ablauf des Traumas wird über solche Bilder dem Bewusstsein wieder zur Verfügung gestellt und gleichzeitig entschärft. […] Erinnerte Bilder, körperliche Reaktionen und heftige Gefühle lösen sich auf und das Trauma hat keine Wirkung mehr."* (Egger und Merz)

Beispiel 1

Dieses Beispiel beschreibt die Bearbeitung eines Autounfalls einer Patientin in der Vorgeschichte. Zur Bearbeitung eines Traumas wird den Patienten geholfen, Erinnerungen chronologisch abzurufen und zu malen.

Die Patientin wurde gefragt: *„'Was hast du aus deinen Augen gesehen, gerade bevor es geknallt hat?' Die vom Autounfall Betroffene konnte das lange nicht sagen, sie erinnerte sich dann aber an das Armaturenbrett. Dieses wurde gemalt.*

Abbildung 4: Armaturenbrett

An dieser Stelle des Bildes erinnerte sich die Malende an ‚Winkel'. Als die Winkel gemalt wurden, stellten sie sich als Scheibenwischer heraus. Anschließend war es ganz einfach, das fehlbare Auto zu malen, das den Unfall verursacht hatte.

Abbildung 5: Armaturenbrett mit Scheibenwischern

Die Kindergärtnerin hatte vor dem Malen wegen ihres Schleudertraumas nur noch 50% arbeiten können, den Rest ihrer Lebenszeit verbrachte sie meistens liegend, ihre Sozialkontakte waren verkümmert. Nach dem Malen konnte sie ihr Leben neu gestalten, arbeitet heute 80% und hat eine Familie gegründet. Der Versicherungsfall konnte abgeschlossen werden." (Egger und Merz).

Beispiel 2

Eine junge Frau konnte nicht mehr im Wald spazieren gehen, weil sie dort Angst bekam. Als sie nach einer Erinnerung gefragt wurde, erzählte sie Folgendes: *„‚Ich ging mit meiner Großmutter, ihrer Freundin und meinem Spielkameraden im Wald spazieren. Wir Kinder spielten Verstecken. Plötzlich war ich alleine. Da sah ich einen Mann, der hinter einem Baum hervor kam. Er sah mich mit stechendem Blick an, sein Mund stand offen. Sonst nichts. Nein, sonst war nichts.'"* (Egger und Merz 2013, S. 122).
Die Patientin konnte es ohne Probleme malen.

Abbildung 6: Erste Erinnerung

Doch danach war sie so verstört, dass noch einmal gefragt wurde, ob sie nicht doch mehr gesehen hätte. Über das, was sie gesehen hatte, fiel es ihr sehr schwer, zu reden. *„Sie sagte leise: ‚Unten war noch etwas.‘“* (Egger und Merz 2013, S. 122).

Es wurde an das gemalte Portrait ein zweiter Papierbogen gehängt.

„[Die Patientin] malte, was sie gesehen hatte, aber das Bild verunsicherte sie zutiefst und wühlte sie auf.“ (Egger und Merz 2013, S. 122).

Abbildung 7: Mann komplett

Die Patientin wurde motiviert, das übliche, normale Aussehen wieder herzustellen. *„Das heißt, der Mann musste wieder eine geschlossene Hose tragen. Diese Hose wurde über die nackten Beine gemalt, sodass er wieder ordnungsgemäß bekleidet war.*

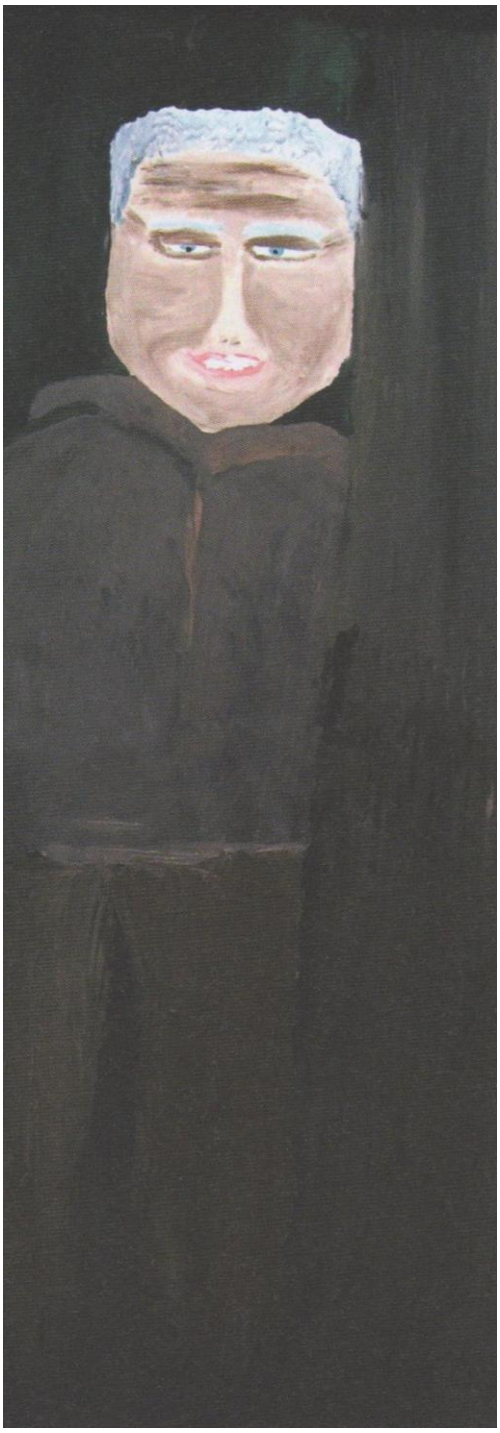

Abbildung 8: Mann richtig angezogen

[Die Patientin] fühlte sich erleichtert, aber die stechenden Augen und der geöffnete Mund machten ihr immer noch Angst.“ (Egger und Merz 2013, S. 122). Darum wurden die Augen und der Mund geschlossen, indem beides übermalt wurde.

Abbildung 9: Bild in Ordnung gebracht

Durch das Malen dieser Bildfolge kam der Grund für die panische Angst der Patientin vor dem Spazierengehen im Wald ans Licht. *„Sie hatte zwar immer gewusst, was damals passiert war, das Ereignis aber nie mehr als Bild im Gedächtnis zugelassen. Während sie diesen Mann malte, spürte sie die alte Panik heftig und konnte kaum weitermalen. Immer wieder wollte sie das Bild*

abbrechen. [Es brauchte] viel Einfühlung und sorgfältige, kräftige Unterstützung, damit die Patientin ihre Verarbeitung beenden konnte. Nach dem Malen dieser Bilder konnte sie wieder ohne Angst in den Wald gehen.
Sexueller Missbrauch ist leider ein häufiges Thema und lässt sich sehr gut mit LOM bearbeiten." (Egger und Merz 2013, S. 122).

2.3.2 Beziehung

Beziehungskonflikte werden bei der LOM durch Malen eines Portraits bearbeitet.
Bei dem folgenden Beispiel handelt es sich um eine Patientin, die ihre 94-jährige Mutter liebte, aber nicht imstande war, ihre Gefühle mit Worten auszudrücken. *„Meine Mutter hatte mir öfters gesagt, dass sie mich liebt, dass sie mich braucht, dass ich ihre beste Freundin sei und sie totales Vertrauen in mich habe.' […] Obwohl es so einfach erschien, konnte sie es einfach nicht machen. Das belastete sie sehr."* (Egger und Merz). Deshalb erhielt sie als Malauftrag, ein Porträt der Mutter zu malen.

Abbildung 10: Porträt der Mutter

Die Patientin selbst litt unter starker Ungeduld, eine Eigenschaft, die eigentlich eher zur Mutter als zu ihr selbst gehörte. In solchen Situationen werden Metaphern eingesetzt. Der Patientin wurde die Frage gestellt: „Wenn diese Ungeduld eine geometrische Form wäre, welche wäre es dann?“ Die Patientin sagte: „Ein grünes Dreieck.“ Dies wurde der Mutter auf den Oberkörper gemalt, um diese Eigenschaft der Mutter zurückzugeben und zu zeigen, dass die Ungeduld zur Mutter gehöre.

Abbildung 11: Porträt der Mutter mit Metapher für Ungeduld

Die Patientin berichtete weiter, dass die Mutter ihr viel Unterstützung gegeben hatte. Wertschätzung kann mit Hilfe von Geschenken gezeigt werden, dafür überlegt der Patient mit dem Therapeuten, was passend wäre und das entschiedene Geschenk wird auf das Porträt gemalt. In diesem Fall beschloss die Patientin, ein Buch über Mahatma Gandhi als Geschenk zu malen.

Abbildung 12: Porträt der Mutter mit Geschenk

Danach fühlte sich die Patientin entlastet und war bereit, ihrer Mutter zu sagen, was ihr schon so lange auf dem Herzen lag.
Durch das Malen der anderen Person entsteht bei den Patienten ein neuer Bezug zu dieser. Dabei helfen Malaufträge zur Würdigung der gemalten Person (Egger und Merz).

2.3.3 Symptom

Egger und Merz bezeichnen Symptome als Warnungen des Körpers. Hinter Symptomen können sich Probleme, Erlebnisse, Beziehungskonflikte oder Traumata verbergen. Die LOM eignet sich auch hier sehr gut, solche dahinter liegenden Zusammenhänge durch Bearbeitung des Symptoms ans Licht zu bringen und diese nachfolgend auch mit der Patientin zu bearbeiten. Symptome werden mittels Metaphern bearbeitet.
Bei der folgenden Patientin war Flugangst die zugrunde liegende Ursache für ihre Symptome. Nur durch Alkohol und Beruhigungsmittel betäubt war es ihr

möglich, zu fliegen. Ihr wurde die Frage gestellt: *„ ‚Wenn deine Flugangst ein Gefäß wäre, was wäre es dann für eines?‘ Die Malende […] antwortete auf diese Frage zu ihrem eigenen Erstaunen: ‚Ein Spaghettitopf‘. Obwohl sie nach dieser Antwort völlig verdutzt war und keinen Zusammenhang zu ihrem Problem erkennen konnte, malte sie den Spaghettitopf liebevoll.*

Abbildung 13: Metapher für Flugangst

Nach diesem Bild konnte die Frau ohne Probleme fliegen.“ (Egger und Merz).

2.3.4 Traum

Merz und Egger berichten als ihre wichtigste Entdeckung in der Traumarbeit, dass es tatsächlich nur wenige Traumbilder gibt, die sich zur Bearbeitung mit LOM eignen.

„Das Traumgeschehen ist eine Abfolge von bewegten Bildern. In einem gemalten Bild kann echte Bewegung nicht dargestellt werden, sondern es können nur unbewegte Bilder von einem sich nicht bewegenden Blickpunkt aus gemalt werden. Und es kann nur das gemalt werden, was auch tatsächlich gesehen wurde, also nicht das, was im Traum geahnt, gewusst, gefühlt, gespürt wurde.

Die malbaren Traumbilder werden meistens aus der Nähe gesehen, so, als ob sie heran gezoomt worden wären. Diese oft nebensächlich oder langweilig erscheinenden Bilder, gesehen aus den Augen der träumenden Person, sind für

das LOM geeignet – sie sollen gemalt werden, denn gerade sie können uns zu einer Kernaussage des Traumes führen.
Träume weisen in drei wichtige Richtungen:
Sie decken einen Beziehungskonflikt auf
Sie weisen auf ein Trauma hin
Sie zeigen eine neue Perspektive“ (Egger und Merz).
Auch hierzu soll ein Beispiel gezeigt werden. Eine junge Frau berichtete aus ihrem Traum: *„Ich bin an einer Art Casting Show wie The Voice of Switzerland. Ich sitze auf der Seite der Kandidaten gegenüber der Jury. Mit sicherem, bestimmten Griff und schneller Reaktion schnappe ich mir das Mikrofon in der Luft – gerade wie einen Brautstrauss. Nun sollte ich singen. Es verlässt mich der Mut. Schnell gebe ich das Mikrofon an meine Nachbarin weiter. Dann bereue ich es schon.‘ Wirklich gesehen hatte sie ihre Hand mit dem Mikrofon darin.“* (Egger und Merz).

Abbildung 14: Traum, Hand mit Mikrofon

Als nächstes wurde sie gefragt*: „Wessen Hand ist das? Male das Portrait.‘ Ohne zu wissen, wen sie malte, wurde von innen nach außen langsam malend ein Portrait entwickelt. Irgendwann in diesem Prozess erkannte sie ihren Vater.*

Abbildung 15: Porträt vom Vater

Auf dem Portrait erschien der Vater im Alter, als er wieder heiratete. Die Mutter hatte Suizid begangen als die junge Frau 2.5 Jahre alt war. Der Vater starb, als sie acht Jahre alt war. Sie spürte starke Trauer. Diese Trauer wurde mit einer Metapher bearbeitet.

Abbildung 16: Metapher für Trauer

Danach wurde es etwas ruhiger, weitere Erinnerungen folgten. Zum einen wurde die Beziehung zum Vater geklärt, andere Erinnerungen in diesem Zusammenhang führten zur Bearbeitung von Traumata. Das Traumbild hatte direkt zu zentralen Themen der [Patientin] geführt.“ (Egger und Merz).

Diese Patientenbeispiele dienen zur Verdeutlichung der in 1.1 beschriebenen Vorgehensweise der Lösungsorientierten Maltherapie.

3 Ergebnisse

Ereignisse, die einer Belastung zugrunde liegen, sind sehr heterogen. Folglich ist es erforderlich, die zu den Belastungen führenden Ereignisse in Kategorien zusammenzufassen. Bei den Patienten konnten die beobachteten Belastungsereignisse in die folgenden Kategorien zusammengefasst werden: 1. Beziehungskonflikte, 2. Symptome, 3. Traumata und 4. das Anliegen, einen Traum zu bearbeiten, wobei diese Kategorie deutlich seltener vorhanden war als die anderen drei (s. Tabelle 2).

Mit einer durchschnittlichen Belastungsdauer von 162.2 Monaten kann bei dem Patientenkollektiv von langandauernden Belastungssituationen gesprochen werden (s. Tabelle 2).

Die Ausgangswerte von SUD, VoC und PA repräsentieren die Belastungsstärke der unterschiedlichen Ereignisse, mit denen die Patienten sich zur Therapie vorgestellt hatten. Der Durchschnittswert des SUD von 8,5 zeigt an, dass bei allen Patienten ein sehr stark belastendes Ereignis zugrunde liegt. Der PA-Durchschnittswert von 3,2 beschreibt, dass die Patienten sich alle weit von dem gesteckten Ziel und dessen Belastungsreduktion entfernt sehen. Und der Durchschnittswert von 2,9 für den VoC zeigt an, dass alle Patienten wenig Hoffnung haben, dieses formulierte Ziel und die dadurch langfristige Belastungsreduktion je zu erreichen.

Dieses Kollektiv mit starken und langandauernden Belastungssituationen wurde hinsichtlich der kurzfristigen und langfristigen Wirkung der LOM untersucht. Die Tabelle 3 und die Tabelle 4 stellen den Verlauf der Belastungswerte in Abhängigkeit zur Nachbeobachtungszeit deskriptiv dar.

Tabelle 3: Verlauf der Belastungswerte in Abhängigkeit zur Nachbeobachtungszeit

Variable	Ausgangswerte	Therapieende	zeitnahe Nachkontrolle	Langzeitnachkontrolle
SUD	8,5 (1,3)	1,6 (1,7)	1,4 (1,4)	0,8 (1,2)
PA	3,2 (2,2)	8,2 (1,7)	8,4 (1,5)	9,0 (1,7)
VoC	2,9 (1,5)	6,0 (0,9)	6,0 (1,0)	6,5 (0,8)

Mittelwerte von SUD, VoC, PA ; Standardabweichung in ();
SUD = Subjective Units of Distress 0-10; PA = positive Annäherung an das Ziel 0-10;
VoC = Validity of Cognition 1-7

Die Messung der drei Parameter direkt nach Therapieende zeigt eine signifikante Reduktion der Belastung bei den Patienten, eine signifikant gesteigerte positive Kognition und eine signifikante positivere Annäherung an das formulierte Therapieziel (s. Tabelle 3).

Tabelle 4: Verlauf der Belastungswerte

Variable	Differenz zwischen Therapieende und Ausgangswerten	
SUD	-7,0 (2,2)	p=<0,0001
PA	4,9 (2,6)	p=<0,0001
VoC	3,1 (1,9)	p=<0,0001

Differenz der Mittelwerte von SUD, VoC, PA; Standardabweichung in ()
SUD = Subjective Units of Distress 0-10; PA = positive Annäherung an das Ziel 0-10;
VoC = Validity of Cognition 1-7

Zur besseren Veranschaulichung erfolgt die Darstellung der Messergebnisse der 3 VAS in Abhängigkeit des zeitlichen Verlaufs (s. Abbildung 17).

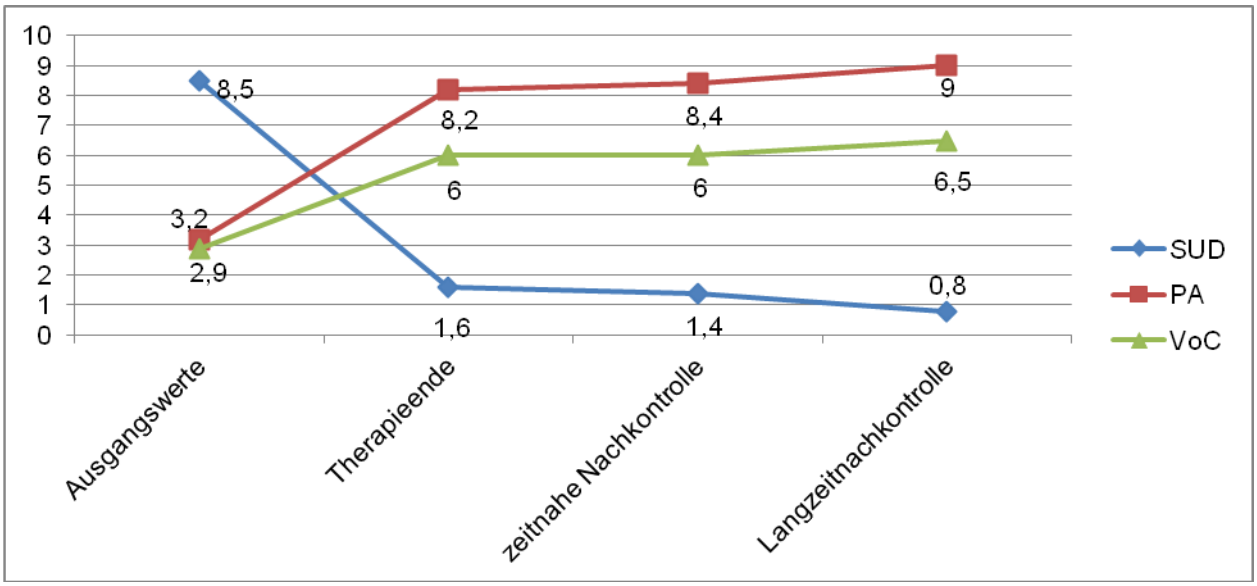

Abbildung 17: Verlauf der Belastungswerte in Abhängigkeit zur Nachbeobachtungszeit

SUD = Subjective Units of Distress 0-10; PA = positive Annäherung an das Ziel 0-10;
VoC = Validity of Cognition 1-7

Sowohl bei den zeitnahen Nachkontrollen als auch bei den Langzeitnachkontrollen blieben die Parameter entweder stabil oder verbesserten sich noch. Langzeitkontrollwerte von 0,8 bei der SUD, 6,5 bei der VoC und 9,0 bei der PA weisen auf eine signifikante langfristige Reduktion der Belastung bei den Patienten, eine signifikant gesteigerte positive Kognition und eine signifikante positivere Annäherung an das formulierte Therapieziel hin.

Weiterhin wurde zur quantitativen Analyse eine Regressionsanalyse durchgeführt, bei der die Beziehung zwischen verschiedenen unabhängigen Variablen zu SUD, PA und VoC untersucht wurde. Dies erfolgte mit den Kurzzeitwerten (s. Tabelle 5) und mit den Langzeitwerten (s. Tabelle 6).

Tabelle 5: Regressionsanalyse

Differenz zwischen Therapieende und Ausgangswerten

	SUD		PA		VoC	
unabhängige Variable	**x**	**p-Wert**	**x**	**p-Wert**	**x**	**p-Wert**
Alter	0.02745	0.4894	-0.03641	0.4803	-0.04197	0.2462
männlich	228.634	0.0297	-185.385	0.1475	-0.82721	0.3746
nicht verheiratet vs. verheiratet	0.33103	0.7111	-169.074	0.1357	-0.76014	0.3504
geschieden vs. verheiratet	0.37795	0.6977	0.05270	0.9653	0.11933	0.8923
verwitwet vs. verheiratet	231.868	0.3613	0.03501	0.9910	-275.727	0.2328
Schulabschluss vs. keinen Abschluss	-134.508	0.4220	-233.612	0.2614	164.278	0.2809
Ausbildung vs. keinen Abschluss	-115.008	0.4782	-0.12760	0.9491	127.817	0.3853
vorherige Therapie	0.02246	0.9767	-0.22602	0.8120	0.23055	0.7412
therapeutische/medizinische Profession vs. wirtschaftliche/technische Profession	0.11962	0.9017	197.525	0.1042	-0.10314	0.9065
soziale Profession vs. wirtschaftliche/technische Profession	-0.25565	0.8332	109.413	0.4667	0.04365	0.9684
künstlerische Profession vs. wirtschaftliche/technische Profession	-0.43993	0.7240	251.378	0.1074	-0.25590	0.8207
Traum/Wunsch vs. Trauma	-0.16840	0.9031	-0.72881	0.6918	-0.19338	0.8774
Symptom vs. Trauma	104.540	0.1897	0.07414	0.9393	0.04617	0.9485
Beziehung vs. Trauma	115.510	0.1599	0.04803	0.9618	-0.22016	0.7651
Dauer der Belastung	-0.00077404	0.6788	-0.00096143	0.6774	0.00039579	0.8152

x = geschätzter Parameter

Diese tabellarische Darstellung der Regressionsanalyse zur Kurzzeit-Verlaufskontrolle zeigt bei den männlichen Probanden einen Hinweis auf signifikante Abhängigkeitsbeziehungen des SUD. Die untersuchten männlichen Patienten weisen bei der Kurzzeit-Verlaufskontrolle signifikant höhere SUD Werte, also eine geringere Belastungsreduktion im Vergleich zu den weiblichen Patienten auf.

Alle weiteren analysierten Parameter wiesen keine signifikanten Ergebnisse für die Kurzzeit-Verlaufskontrolle auf.

Tabelle 6: Regressionsanalyse

Differenz zwischen Langzeitnachkontrolle und Therapieende

	SUD		**PA**		**VoC**	
beeinflusste Variable	**x**	**p-Wert**	**x**	**p-Wert**	**x**	**p-Wert**
Alter	0.01014	0.7678	0.02643	0.3558	0.00797	0.6517
männlich	-265.357	0.0043	205.459	0.0051	0.70297	0.1280
nicht verheiratet vs. verheiratet	-0.77348	0.3204	185.762	0.0043	0.56613	0.1596
geschieden vs. verheiratet	-0.53209	0.5286	-0.20299	0.7622	0.05560	0.8979
verwitwet vs. verheiratet	-346.907	0.1184	142.930	0.4095	0.07402	0.9476
Schulabschluss vs. keinen Abschluss	-0.34700	0.8104	179.611	0.1214	-109.598	0.1455
Ausbildung vs. keinen Abschluss	-0.97892	0.4859	0.41269	0.7094	-0.45023	0.5328
vorherige Therapie	123.011	0.0703	-0.54328	0.3047	-0.71961	0.0406
therapeutische/medizinische Profession vs. wirtschaftliche/technische Profession	-0.40024	0.6337	0.31784	0.6318	0.56001	0.1984
soziale Profession vs. wirtschaftliche/technische Profession	0.30780	0.7699	-0.36828	0.6574	0.88979	0.1052
künstlerische Profession vs. wirtschaftliche/technische Profession	0.01747	0.9871	-0.40546	0.6342	0.86376	0.1246
Traum/Wunsch vs. Trauma	-109.238	0.3642	165.417	0.1092	-0.46971	0.4473
Symptom vs. Trauma	-0.91376	0.1859	102.657	0.0622	0.05594	0.8736
Beziehung vs. Trauma	-0.49778	0.4808	-0.34853	0.5311	0.01326	0.9708
Dauer der Belastung	-0.00034693	0.830	0.00209	0.1080	-0.00003073	0.9705

x = geschätzter Parameter

Tabelle 6 hingegen zeigt, dass bei den Langzeitnachkontrollen männliche Patienten eine stärkere langfristige Belastungsreduktion und eine stärkere positive Annäherung an das Therapieziel haben, verglichen mit den weiblichen Patienten.

Die positive Annäherung an das Therapieziel ist auch bei den nicht verheirateten im Vergleich zu den verheirateten Patienten signifikant gesteigert.

Vortherapierte Patienten haben eine geringere positive Kognition als nicht vorbehandelte. Sowohl die signifikanten als auch nicht signifikanten Ergebnisse sind aufgrund der kleinen Fallzahl mit Zurückhaltung zu interpretieren.

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit waren die Analyse der kurzfristigen und langfristigen Wirkungsweise der Lösungsorientierten Maltherapie.

4.1 Messinstrumente

Standardisierte Interviews und die SUD-, VoC- und PA-Skalen wurden als Messinstrumente gewählt. Ausführliche Ablaufprotokolle und die vorgenannten Messinstrumente wurden zur Auswertung der Daten herangezogen. Der Ergebnisteil präsentiert signifikant positive Veränderungen der SUD-, VoC und PA-Werte. Demzufolge erscheint die Lösungsorientierte Maltherapie Patienten mit langandauernden und schweren Belastungssituationen eine signifikante erhebliche Belastungsreduktion zu ermöglichen. Der Effekt ist darüber hinaus lange wirksam, worauf die Langzeitnachkontrollen hinweisen.

Bei den angewandten Skalen handelt es sich um Selbsteinschätzungsskalen. Subjektive Messmethoden werden am häufigsten bei kunsttherapeutischen Untersuchungen eingesetzt und ermöglichen eine bessere Einsicht und Einschätzung der Belastungssituation.

Thyer et al. (1984) kommen zum Schluss, dass subjektive Belastungsskalen eine Assoziation mit Herzfrequenz und Hauttemperatur besitzen. Darüber hinaus sei jedoch die klinische Validität nicht von diesen theoretisch relevanten Verhaltens- und vegetativen Messungen abhängig. Beispielweise sei die subjektive Angstskala in der klinischen Verhaltenstherapie sehr hilfreich, jedoch sei sie unabhängig von gleichzeitig auftretenden vegetativen Parametern (Thyer et al. 1984, S. 6).

SUD, VoC und PA spiegeln unterschiedliche Aspekte der Belastung wider. Die SUD-Skala beschäftigt sich mit der emotional belastenden Dimension der Problematik. Es wird damit gemessen, welche Auswirkungen die Belastung in diesem Moment auf den Patienten hat.

Sowohl SUD wie auch VoC finden vermehrt Anwendung in Untersuchungen zur „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR, auf Deutsch: Desensibilisierung und Aufarbeitung durch Augenbewegungen). Es handelt sich

hierbei um eine psychotraumatologische Behandlungsmethode für traumatisierte Personen, die von Francine Shapiro entwickelt wurde.
Hofmann (1999) beschreibt, dass nach der EMDR-Therapie weiterhin eine Art "Grundtraumapegel" vorhanden sei und daher ein Rückgang der SUD-Werte auf 0 oder 1 selten sei, sondern die Werte meist bei 2-4 liegen würden. Das Trauma könne bei solchen Werten jedoch bereits ausreichend bearbeitet sein (Hofmann 1999, S. 105).
Weitere Untersuchungen bestätigten, dass SUD-Werte im unteren Drittel der Skala ausreichend seien zur Verarbeitung eines Traumas (Jacobs 2009, S. 75). Demzufolge kann bei dem hier erhobenen Langzeitwert der SUD (0,8 (1,2)) von einer Verarbeitung der Belastungssituation der Patienten gesprochen werden.

Bei der VoC-Skala werden positive Leitsätze nach ihrer Stimmigkeit eingeteilt. Diese Skala misst die kognitive Dimension der Problematik und fokussiert nicht mehr das Negative, sondern das Positive.
Die *„Validty of Cognition […] [bleibt] als Gradmesser für die Stimmigkeit der positiven Kognition auf mittlerem Level stehen (3-5), ohne dass dies durch unvollständige Bearbeitung des Einzeltraumas oder sicher definierbare blockierende Überzeugungen zu erklären wäre.“* (Hofmann 1999, S. 105). Die Ursache hierfür seien tief verankerte negative Überzeugungen. Erst im Verlauf einer längeren traumabearbeitenden Therapie und der zusätzlichen Fokussierung der Kognitionen könne die EMDR-Behandlung ansprechen (Hofmann 1999, S. 105).
Die hier erhobenen Langzeitwerte der VoC (6,5 (0,8)) liegen somit ebenfalls in einem Bereich, der es zulässt, von einer erfolgreichen Bearbeitung eines Traumas zu sprechen.
Mit der PA-Skala wird abgefragt, ob bzw. inwiefern der Patient sein Ziel bereits erreicht hat. Die Problematik wird nur indirekt betrachtet und die Lösung rückt in den Vordergrund. Die PA-Skala misst dementsprechend am ehesten die Dimension der Problemlösung.
Dieser Parameter ist in der Literatur bisher noch nicht untersucht. Hierbei gilt es, in weiteren Untersuchungen die Validität und Aussagekraft zu evaluieren.
Die drei Parameter dienten der bestmöglichen Erfassung der Belastungssituationen, die dem Patientenkollektiv zugrunde lagen.

4.2 Patientenkollektiv

Es konnte ein Kollektiv von 60 Teilnehmern rekrutiert werden. Heterogen war das Patientenkollektiv hinsichtlich der schulischen Ausbildungen, Berufe, Vortherapien und dem Alter.

Trotz der geringen Fallzahl haben wir uns zur Durchführung einer Regressionsanalyse entschlossen, um beobachtete Trends zur Hypothesengenerierung für weitere Studien zu verwenden (s. Tabelle 5, s. Tabelle 6).

Bei der Kurzzeit-Verlaufskontrolle zeigten die untersuchten männlichen Patienten eine signifikant geringere Belastungsreduktion mit einem SUD-Schätzwert von 228.634 ($p = 0.0297$) im Vergleich zu den weiblichen Patienten auf. Hingegen bei den Langzeitnachkontrollen hatten männliche Patienten verglichen mit den weiblichen Patienten eine stärkere Belastungsreduktion mit einem SUD-Schätzwert von -265.357 ($p = 0.0043$) und eine stärkere positive Annäherung an das Therapieziel mit einem PA-Schätzwert von 205.459 ($p = 0.0051$). Anhand dieser Ergebnisse ließe sich die Hypothese generieren, dass eine stärkere Belastungsreduktion und eine stärkere positive Annäherung an das Ziel bei den männlichen Patienten verglichen mit den weiblichen Patienten mehr Zeit benötige.

Diese Beobachtungen sind jedoch aufgrund der Größe des Kollektivs mit Zurückhaltung zu interpretieren. Desweiteren war der prozentuale Anteil der Männer mit 13,3 % gering.

Eine Majorität weiblicher Teilnehmer ist in den meisten kunsttherapeutischen Untersuchungen vorhanden. Die Gründe dafür, dass Frauen den Großteil der Kollektive ausmachen bzw. ob eventuell ein Unterschied des Therapieerfolgs dahinter stehen könne, sei bisher nicht genauer analysiert worden (Geue et al. 2010, S. 169).

Eine Umfrage unter Studenten weist daraufhin, dass sich die Einstellung der Kunsttherapie gegenüber unter anderem geschlechtsspezifisch unterscheide. 288 Studenten der Fachbereiche soziale Arbeit und Heilpädagogik wurden zu ihrer Einstellung gegenüber der Wirksamkeit von Verhaltenstherapie und Kunsttherapie befragt. Bei den Studenten im Studiengang "Soziale Arbeit"

zeigte sich, dass die weiblichen Studenten Kunsttherapie für deutlich sinnvoller hielten als die männlichen Studenten. Die Autoren beschreiben als möglichen Erklärungsansatz, dass Frauen eher durch Attribute wie Emotionalität und Kreativität angesprochen würden. Männer würden eher Struktur und Funktionalität favorisieren. Die männlichen Studenten der Heilpädagogik hingegen hielten Kunsttherapie für fast genauso effektiv wie die weiblichen Studenten desselben Studienganges.
Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die theoretische Beschäftigung mit Verhaltenstherapie und das Kennen einer Person im Freundes- und Bekanntenkreis, die psychotherapeutische Hilfe in Form von Verhaltenstherapie oder einem humanistischen Therapieansatz in Anspruch genommen habe, wichtige Einflussfaktoren seien (Baumgardt et al. 2008).
Diese Einflussfaktoren könnten für eine geringere Rekrutierung von männlichen Patienten mit ursächlich sein.

Die Regressionsanalyse ergab weiterhin in der Langzeitnachkontrolle eine signifikant gesteigerte positive Annäherung an das Therapieziel bei den nicht verheirateten im Vergleich zu den verheirateten Patienten mit einem PA-Schätzwert von 185.762 ($p = 0.0043$). Ebenso eine signifikant geringere positive Kognition bei vortherapierten Patienten verglichen mit nicht vorbehandelten mit einem VoC-Schätzwert von -0.71961 ($p = 0.0406$).
Die Ergebnisse weisen somit die Tendenz auf, dass nicht verheiratete verglichen mit verheirateten Patienten langfristig eine positivere Annäherung an das Therapieziel besitzen und vorbehandelte Patienten im Vergleich zu nicht vorbehandelten eine langfristig geringere positive Kognition haben.
In weiteren Studien gilt es zu prüfen, ob die hier beobachteten signifikanten Tendenzen für die männlichen Patienten, die verheirateten und die vortherapierten den therapeutischen Effekt in der Tat beeinflussen.

4.3 Belastungssituationen

Anhand der SUD-, VoC- und PA-Skalen erfolgten eine Quantifizierung der Belastung und eine Beurteilung des Verlaufs. Die Anliegen bzw. Belastungssituationen wurden dahingehend untersucht, ob sie mit einer F43.-Diagnose nach ICD-10 Kriterien übereinstimmten. Davon ausgeschlossen war die akute Belastungsreaktion, da diese als eine kurzfristige Belastung definiert ist und in dieser Arbeit langfristige Belastungssituationen untersucht wurden. Die durchschnittliche Dauer der Belastungssituation betrug 162.2 Monate (s. Tabelle 2). Es handelt sich hierbei um Belastungssituationen, die Auslöser für eine posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung oder schwere Belastungsreaktion sein können. Wobei die Diagnose selbst nicht gestellt wurde, sondern eine Überprüfung der Kriterien anhand der dokumentierten Belastung durch 2 Ärzte erfolgte. Hierin liegt eine Limitation dieser Arbeit, da zur besseren Einordnung und Vergleichbarkeit der Belastungssituationen eine von ärztlicher Seite erhobene prätherapeutische Diagnose zur Aussagekraft der Studie beitragen würde. Zukünftige Untersuchungen könnten mittels einer prospektiven randomisierten Studie für F43.- Diagnosen und einer entsprechenden Diagnosestellung dieser Limitation entgegenwirken.

Einige Autoren beschäftigen sich bereits mit der Wirkung einer kunsttherapeutischen Intervention auf posttraumatische Belastungsstörungen (Chapman et al. 2001; Lyshak-Stelzer et al. 2007; Mandic-Gajic und Spiric 2015). Zur Diagnosestellung wurden jedoch nicht die ICD-10 Kriterien herangezogen, sondern die DSM-IV-Kriterien (Mandic-Gajic und Spiric 2015) oder daraus hergeleitete Kriterien (Chapman et al. 2001; Lyshak-Stelzer et al. 2007).

Die ICD-10 Kriterien sind bisher in wenigen Studien zur Diagnosestellung eingesetzt worden. Eine Ausnahme bildet eine retrospektive Studie aus Australien. Hierzu wurde eine Analyse zwischen 2004–2009 bei Patienten mit psychischen Problemen durchgeführt, die ein positives Resultat künstlerischer und handwerklicher Aktivitäten zeigen konnte. Eingeschlossen in die Analyse wurden 403 Patienten, die kreative Aktivitäten als alleinige Gruppentherapie hatten und an mindestens 6 Einheiten während des stationären Aufenthaltes in

einer psychiatrischen Klinik teilgenommen hatten. Die Messungen wurden anhand von 3 Selbsteinschätzungsskalen und einer klinischen Einschätzungsskala durchgeführt. Die gemessenen Dimensionen umfassten Verhalten, kognitive und soziale Schwierigkeiten, Angst, Depressionen, individuelles Krankheitserleben und die Lebensqualität. Jeder Patient wurde von einem Psychiater nach den ICD-10-AM-Kriterien (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Australian Modification) diagnostiziert.

Die Mehrheit der Patienten hatte eine affektive Störung als primäre Diagnose zugrunde liegen (64,8%), wovon 79% mit einer depressiven Störung und 21% mit einer bipolaren affektiven Störung oder mit einer nicht näher bezeichneten affektiven Störung diagnostiziert wurden.

Die Ergebnisse basierten auf den durchschnittlichen Werten des Patientenkollektivs. Sowohl die klinischen wie auch die Selbsteinschätzungen zeigten eine deutliche Verbesserung der Beschwerden nach der Behandlung: "Depression and Anxiety Stress Scale" (DASS-21), Depression - $t(158) = 12{,}35$, $p < 0{,}001$, Angst - $t(165) = 11{,}34$, $p < 0{,}001$, Stress - $t(165) = 8{,}52$, $p < 0{,}001$; "Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire" (Q-LES-Q), $t(156) = 12{,}25$, $p < 0{,}001$; "The Medical Outcomes Short Form Questionnaire“ (SF-14), eine gekürzte Version des SF-36), "Health of the Nation Outcome Scale" (HoNOS), $t (176) = -11{,}39$, $p < 0.001$), $t (374) = 24.42$, $p < 0.001$).

Die Autoren bestätigten anhand dieser Ergebnisse die möglichen Vorteile der kreativen Aktivität für Patienten mit psychischen Problemen (Caddy et al. 2012).

Viele Studien beschäftigen sich mit der Wirkung der Kunsttherapie auf Patienten mit psychischen Problemen (Geue et al. 2010; Hamre et al. 2007; Hughes und da Silva 2011; Kongkasuwan et al. 2015; Lamont et al. 2009; Slayton et al. 2010; Thyme et al. 2009). Angst und Depressionen werden dabei häufig als die zugrunde liegenden psychischen Belastungen untersucht (Boehm et al. 2014; Geue et al. 2010; Götze et al. 2009; Hughes und da Silva 2011; Kongkasuwan et al. 2015; Slayton et al. 2010; Svensk et al. 2009; Thyme et al. 2009; Uttley et al. 2015). Genaue Diagnosen und Therapiemanuale zu kunsttherapeutischen strukturierten Interventionen liegen jedoch selten vor.

4.4 Lösungsorientiertes Vorgehen

Zu Beginn der Therapie formulierte jeder Patient, woran er eine Veränderung des Problems erkennen könne. Diese Formulierung beschrieb das Ziel des Patienten: Eine Situation ohne das Auftreten der Belastungen. Mit der PA-Skala wurde abgefragt, inwiefern der Patient dieses Ziel bereits erreicht hätte. Durchschnittlich betrug der PA-Wert 3,2 zu Beginn der Therapie (s. Tabelle 3). Dieser Wert zeigt, dass die Patienten sich ihrem Ziel in den meisten Situationen noch nicht angenähert haben. Nach Ausführung des Malauftrages lag der durchschnittliche PA-Wert bei 8,2 und in der Langzeitnachkontrolle bei 9,0. Demzufolge konnten die Patienten ihr Ziel beinahe vollständig erreichen. LOM fokussiert dabei nicht das Problem, sondern es wird sich auf das Malen konzentriert. Dieses therapeutische Konzept hat seinen Ursprung in der lösungsorientierten Kurzzeittherapie von DeShazer.

Eine wichtige Grundannahme ist dabei, dass der Patient bereits Ressourcen und Techniken zur Bewältigung seiner Probleme besitze. Der Therapeut habe als Aufgabe, dem Patienten dies vor Augen zu führen und seine Fähigkeiten auszubauen. Eine Interpretation oder Analyse von möglichen Ursachen steht dabei nicht im Vordergrund. Um eine Lösung zu finden, müsse nicht das Problem und dessen Ursachen erörtert werden. Wirkungsvoller sei es, ressourcenorientiert vorzugehen und hypothetische Lösungsideen auszubauen. Von Bedeutung seien dafür die Situationen, in denen das Problem nicht in Erscheinung trete, also die Ausnahmen. DeShazer geht davon aus, dass die Lösung bereits bei dem Patienten vorhanden sei. Die SFBT helfe, dieses Potenzial hervorzubringen. Dabei verwende die Therapie gezieltes, differenziertes Befragen. Mittels dieser gedanklichen und emotionalen Auseinandersetzung mit neuen Lösungsvarianten könne den Patienten geholfen werden. Das genaue Erkennen der eigenen Ressourcen spiele bei dem Therapieerfolg eine wichtige Rolle (Shazer et al. 1986).

Ähnlich dieser Strategie geht die LOM vor und benutzt daher die PA-Skala, weil dadurch die Annäherung an das Ziel verfolgt und festgehalten werden kann. Das Ziel ist es, ein Leben ohne Belastung zu führen, und je höher die PA-Skala-Werte werden, desto näher kommt man diesem Ziel.

Anders jedoch als DeShazer werden bei der LOM nicht durch Gesprächsführung und gezielte Befragungen Lösungen gefunden, sondern durch das Malen.

4.5 Malen als Lösung

Die Wirkung der Therapie bzw. die „Lösung des Problems“ liegt in dem Prozess des Malens begründet. In den Arbeiten von LeDoux, Quirk et al., Paradiso et al. und Müller et al., die unter dem Absatz 1.2.2 in der Einleitung beschrieben wurden, sind neurobiologische Forschungsergebnisse aufgeführt worden, die einen Erklärungsansatz für die beobachteten Ergebnisse dieser Arbeit darstellen könnten.

Emotional belastete Erinnerungen lassen sich durch einen strukturiert geführten Malprozess sozusagen „übermalen“. Die neu gemalten nicht belastendenden Bilder werden dann offenbar so im Gehirn abgespeichert, dass sie in der zuvor belastenden „Trigger-Situation“ nicht mehr zu den belastenden Reaktionen führen. Diese dauerhafte Belastungsreduktion spiegelt sich in der signifikanten Verbesserung der SUD-, VoC- und PA-Werte bei den Patienten wider.

Die langsamen und ruhigen Bewegungen während des Malprozesses dienen zur Bearbeitung der belastenden Situation. Durch das strukturierte Interview wird die emotional belastende Situation hervorgerufen. Das Abrufen dieser Erinnerung aktiviert dieselben Kortexareale wie in der initialen Situation (Heil et al. 1997). Der langsame und ruhige Malprozess ist von besonderer Wichtigkeit, da nun die aktivierte Erinnerung bearbeitet und verändert abgespeichert werden kann. Dieser Prozess kann für den Patienten durchaus spannungsvoll sein. Gleichzeitig kann ein neuer entlastender Eindruck zu der Situation entstehen.

Dies steht im Kontrast zu anderen untersuchten kunsttherapeutischen Interventionen, die das Malen vielmehr als ein Ausdruck förderndes Medium einsetzen. Mehrere Autoren weisen darauf hin, dass Kunsttherapie die Kommunikation fördere (Hughes und da Silva 2011), bzw. sehen darin eine nonverbale Möglichkeit der Kommunikation und Expression von Emotionen (Boehm et al. 2014; Kongkasuwan et al. 2015; Sutner † et al. 2007; Tyler 1998; Uttley et al. 2015; Thyme et al. 2009).

Mandic-Gajic und Spiric (2015) beschreiben, dass die Expression von Emotionen mit Hilfe von Kunsttherapie gesteigert werden könne. Dazu untersuchten sie 89 Kriegsveteranen, die nach DSM-IV die Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erfüllten. Es wurde eine

qualitative Analyse der Bildinhalte und der Therapieprotokolle durchgeführt. Die Patienten erhielten die Kunsttherapie einmal die Woche als Gruppentherapie in einer offenen und heterogenen Gruppe. Die Bilder wurden nach freien Assoziationen gemalt. Das Malen helfe den Patienten, visuelle Illustrationen der traumatischen Erinnerungen zu erzeugen. Weiterhin beschrieben die Autoren, dass die Gruppendiskussion der Bilder die verbale Expression des Patienten verstärken könne. Das Malen wird hierbei als Hilfsmittel bei der Therapie von PTBS diskutiert, um die Kommunikation zu fördern. (Mandic-Gajic und Spiric 2015). Demzufolge kann Kunsttherapie die Funktion eines Vermittlers zwischen Patient und Therapeut übernehmen und möglicherweise auf diesem Weg zu Entlastungen führen.

Wie zuvor erwähnt, steht dies im starken Kontrast zur LOM. Hierbei findet keine Interpretation der Bilder statt. Das Gemalte dient weder zur Expression noch zur non-verbalen Kommunikation und darin liegt auch nicht die Wirkungsweise. Der Malprozess an sich stellt die Therapie dar, die der Patient erhält, und wird von außen nur begleitet.

Bei den meisten Studien liegt keine genaue Erklärung des therapeutischen Vorgehens innerhalb der Kunsttherapiesitzungen vor (Caddy et al. 2012; Chapman et al. 2001; Götze et al. 2009; Hamre et al. 2007; Hannemann 2006; Hughes und da Silva 2011; Kongkasuwan et al. 2015; Lamont et al. 2009; Lyshak-Stelzer et al. 2007; Mandic-Gajic und Spiric 2015). Daher ist häufig unklar, auf welche Art und Weise die untersuchten Kunsttherapieformen zu Belastungsreduktionen führen und eine Reproduzierbarkeit dieser Ergebnisse gestaltet sich folglich äußerst schwierig.

Dieser Tendenz wird bereits entgegen gearbeitet. Beispielsweise Bozcuk et al. (2017) beschreiben in ihren Untersuchungen die Form und Durchführung der Therapie.

4.5.1 Potentielle Wirkfaktoren der LOM

Die Patienten erhielten die Maltherapie im Einzelsetting ohne weitere ergänzende Therapien. Die Therapieeinheiten wurden nach einem vorher klar definierten Ablauf ausgeführt. Zu beachten ist, dass alle Patienten von Frau Dr.

Egger persönlich behandelt wurden. Die Umgebungsfaktoren waren demzufolge einheitlich. Hierdurch wurde in dieser Arbeit gewährleistet, dass die oben beschriebene Methodik der LOM genauestens zur Anwendung kam. Alle Patienten wurden nach den Flowcharts für das jeweilige Anliegen definiert behandelt (s. im Anhang Seiten 95, 96, 97, 98, 99).

Aufgrund dieses Vorgehens mit einem einzigen Therapeuten ohne zusätzliche Therapiemodalitäten wurden Störvariablen zur Untersuchung der Wirkung von der LOM auf ein Minimum reduziert.

Durch die alleinige Behandlung der Patienten durch Frau Dr. Egger ist der Bias durch eine verschiedenartige Anwendung der LOM durch andere Therapeuten und deren Umgebung ausgeschlossen. Hierin liegt aber gleichzeitig eine weitere Limitation dieser Arbeit, dass die sehr guten Ergebnisse nicht ohne Weiteres auf andere Therapeuten bei der Anwendung der LOM zu übertragen sind. Hierzu sind weitere Studien mit LOM-Therapeuten, die nach der LOM-Methodik ausgebildet wurden, erforderlich.

Aufgrund der klaren Strukturierung und Ablaufschemata könne sich jedoch die Vermutung aufstellen lassen, dass bei einem anderen geschulten Therapeuten ein ähnliches Ergebnis erreicht werden könne. In ihrem Buch weisen Egger und Merz (2013) darauf hin, dass LOM mit unterschiedlichen Therapeuten die gleichen Effekte erziele. Des Weiteren könne die Therapie ebenfalls erfolgreich sein, wenn der Therapeut das Anliegen des Patienten nicht kenne (Egger und Merz 2013). Zur Evidenzsicherung sollten auch zur Beantwortung dieser Thesen entsprechende weitere Studien folgen.

Bei einigen Untersuchungen der Kunsttherapie erhielten die Patienten Therapieeinheiten in einer Gruppe (Caddy et al. 2012; Götze et al. 2009; Hughes und da Silva 2011; Kongkasuwan et al. 2015; Lyshak-Stelzer et al. 2007; Mandic-Gajic und Spiric 2015; Slayton et al. 2010; Sutner † et al. 2007). In einem Gruppensetting könne die Interaktion mit anderen Patienten eine Möglichkeit für Verständnis und Unterstützung eröffnen (Hughes und da Silva 2011, S. 612). Des Weiteren helfe die Gruppentherapie bei der Stärkung des Selbstbewusstseins und der verbalen Expression (Mandic-Gajic und Spiric 2015, S. 6). Dabei seien die Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern mitverantwortlich für positive Veränderungen (Uttley et al. 2015, S. 87). Daher

kann eine Gruppe auch ein beeinflussender Faktor auf die Ergebnisse sein. Ein Vergleich zwischen Gruppen- und Einzeltherapie liegt nicht vor.

In der Studienlage ist die Anzahl der Therapeuten unterschiedlich, jedoch haben bereits einige Studien mit mehreren Kunsttherapeuten Wirkung der Kunsttherapie untersucht (Hamre et al. 2007; Chapman et al. 2001; Kongkasuwan et al. 2015; Mandic-Gajic und Spiric 2015; Slayton et al. 2010; Svensk et al. 2009; Thyme et al. 2009). Svensk et al. (2009) haben beispielsweise die Interviews und Therapieeinheiten von zwei unterschiedlichen Kunsttherapeuten durchführen lassen, um sicherzugehen, dass die Patienten ihre positiven und negativen Erfahrungen zur Teilnahme frei ausdrücken können (Svensk et al. 2009, S. 72). Zu beachten sei hierbei, dass kunsttherapeutische Interventionen komplex seien und von unterschiedlichen Variablen beeinflusst würden. Beispielhaft wird der Einfluss des Therapeuten bzw. die Therapeut/Patienten Beziehung erwähnt, die sowohl positiven wie auch negativen Einfluss auf Ergebnisse nehmen könne. Zur genaueren Untersuchung seien daher mehr randomisierte kontrollierte Studien notwendig, sonst sei es schwierig, positive Veränderungen direkt auf die Intervention zurückführen zu können (Uttley et al. 2015, S. 85).

Der Einsatz von Kunsttherapie ist des Öfteren in multimodalen Therapiekonzepten integriert. Demzufolge liegen häufig noch weitere beeinflussende Faktoren vor. Dies erschwert die Messbarkeit des alleinigen Effekts der Kunsttherapie. Hinzu kommt eine schwer überschaubare Studienlage, der es vermehrt an evidenzbasierten Designs mangelt. Mittlerweile wird dieser Situation entgegengearbeitet und darauf geachtet, entsprechende Designs einzusetzen.

Geue et al. (2010) diskutieren und kritisieren die Studienlage der Kunsttherapie hinsichtlich ihrer schweren Vergleichbarkeit untereinander. Die Gründe dafür seien viele unterschiedliche theoretische Vorgehensweisen, Konzepte und Techniken sowie Differenzen in der Fragestellung und den Kollektivgrößen. Es sei häufiger zum Einsatz von Kontrollgruppen gekommen, jedoch nur wenig zur Randomisierung. Allerdings sei die Zugänglichkeit psychometrischer Messinstrumente gestiegen (Geue et al. 2010, S. 168–169).

Eine gewisse Skepsis gegenüber dem vermehrten Einsatz evidenzbasierter Medizin in kunsttherapeutischen Untersuchungen ist immer wieder vorhanden.

Die Begründungen dafür betreffen vor allem die Schwierigkeit der Vereinbarkeit der Interventionen mit den geforderten standardisierten Designs der Evidenz basierten Medizin.

Kunzmann et al. (2005) kommen ebenso zum Fazit, dass bei künstlerischen Therapien qualitative und quantitative Forschungsgrundlagen vorhanden seien, die es zu vermehrt zu ermitteln und stärken gelte. Sie warnen jedoch *„vor unreflektierter Zuwendung zur ‚Evidence-based-Medicine' […], da dabei die ureigenen Forschungsfragen zu kurz kommen könnten. Weiter ist bei jeglicher Recherche die Methode zu umschreiben und die Grundlage nach Datenbankenrecherche zu benennen."* (Kunzmann et al. 2005, S. 84)

Diese Pilotstudie evaluierte ein standardisiertes Verfahren einer kunsttherapeutischen Intervention, noch nicht randomisiert und ohne Kontrollgruppe.

Zusätzlich wurde sich mit der Frage der Nachhaltigkeit dieser Intervention beschäftigt. Langzeitnachkontrollen seien von besonderer Wichtigkeit, um die Dauer des Effekts der Therapie adäquat nachzuweisen zu können (Uttley et al. 2015, S. 88).

4.5.2 Nachhaltigkeit der Therapie

Wie zuvor erwähnt, wurden die Patienten zu mehreren Messzeitpunkten die SUD-, VoC- und PA-Skalen abgefragt. Von Bedeutung war dabei die Messung nach mindestens 7 Monaten bis hin zu 57 Monaten, durchschnittlich 34 Monate nach Therapieende als Langzeituntersuchung. Die Werte bei der Langzeit-Verlaufskontrolle zeigten eine signifikante Belastungsreaktion (SUD: 0,8 (1,2)), eine signifikant positive Annäherung an das formulierte Therapieziel (PA: 9,0 (1,7)) und eine signifikant gesteigerte positive Kognition (VoC: 6,5 (0,8)) (s. Tabelle 3).

Die Studienlage zur Kunsttherapie weist nach der für diese Arbeit durchgeführten Literaturrecherche sehr wenige Langzeitnachuntersuchungen auf. Des Weiteren liegt auch keine klare Definition für eine Langzeit-Nachuntersuchung vor, bzw. wann von einem langfristigen Therapieeffekt gesprochen werden kann.

Langzeituntersuchungen von Belastungssituationen sind bei psychotherapeutischen Interventionen vorhanden, unter anderen zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

Eine Studie untersuchte die PTBS nach DSM-IV Kriterien hinsichtlich des langfristigen (3 Jahre) Effekts frühzeitiger Interventionen. Dabei zeigte sich, dass eine frühzeitige Intervention die Genesung von der akuten posttraumatischen Belastungsstörung beschleunige, die 3 Jahresprävalenz sei jedoch nicht reduziert worden. Die Autoren wiesen darauf hin, dass die PTBS eine große klinische Herausforderung in der Behandlung sei, da sie eine unaufhörlich, therapierefraktäre Erkrankung sei (Shalev et al. 2016).

Eine randomisierte Kontrollstudie von 284 Frauen mit PTBS untersuchte eine Unterform der kognitiven Verhaltenstherapie im Vergleich zu einer supportiven Intervention. Dazu wurden 3 und 6 Monate nach der Therapie Nachkontrollen durchgeführt. Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass die Unterform der kognitiven Verhaltenstherapie eher zu einer totalen Remission geführt habe. Die Autoren berichteten weiterhin, dass sie einen maximalen Therapieeffekt 3 Monate nach der Therapie erwartet hätten und dieser anhand ihrer Ergebnisse bestätigt wurde, da 6 Monate nach der Therapie keine Änderung der Messwerte eintraf (Schnurr et al. 2007).

Die Ergebnisse zur LOM zeigten, dass nach Therapieende die Effekte ebenfalls bestehen blieben. Die durchschnittlichen Differenz der Ausgangswerte zur Langzeitnachkontrolle betrug bei SUD -7,0, bei PA 4,9 und bei VoC 3,1 (s. Tabelle 4). Mit allen Skalenwerten konnte eine signifikante Verbesserung erhoben werden. Weiterhin ist zu beachten, dass eine positive Veränderung der Werte ebenfalls zwischen der zeitnahen Nachkontrolle und der Langzeitnachkontrolle stattfand (s. Tabelle 3). Diese Tendenz könnte auf mögliche posttherapeutische Effekte hindeuten.

Positive Langzeiteffekte konnten ebenfalls in einer randomisiertem kontrollierten Studie gezeigt werden. Untersucht wurden 41 Patientinnen, bei denen kürzlich nicht metastasierter Brustkrebs diagnostiziert wurde und postoperativ eine Strahlentherapie durchgeführt wurde. Die Belastung bestand hier in der Diagnose und der Behandlung. Die Interventionsgruppe (n = 20) erhielt innerhalb von 5 Wochen 5 Kunsttherapieeinheiten, die Kontrollgruppe (n = 21) hingegen erhielt keine psychologischen Interventionen. Die Datenerhebung

fand mittels Selbsteinschätzungsskalen vor und nach der Therapie statt, sowie 4 Monate nach Therapieende. 4 Monate nach der kunsttherapeutischen Intervention präsentierte sich ein signifikantes niedrigeres Auftreten von Depressionen, Angst, somatischen Symptomen und anderen Symptomen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Autoren kamen aufgrund der positiven Ergebnisse zum Schluss, dass Kunsttherapie einen Langzeiteffekt bei Patientinnen mit Brustkrebs besitze (Thyme et al. 2009).

Kritisch ist hier anzumerken, dass die Diagnose Brustkrebs einen Nachsorgeaufwand von 10 Jahren bedeutet, sodass der hier beschriebene Langzeiteffekt sich nur auf den Umgang mit der Akutsituation der Erstdiagnose beziehen kann und ein Langzeiteffekt auf genaugenommen 10 Jahre zu untersuchen wäre.

Die Nachkontrolle 4 Monaten nach Therapieende entspricht hierbei eher den Ergebnissen der zeitnahen Nachkontrolle der LOM.

Eine Studie, die vergleichbare Langzeitnachtkontrollen durchführte, untersuchte die Wirkung der Kunsttherapie bei chronischen Erkrankungen (Hamre et al. 2007).

Bei dieser prospektiven Kohortenstudie mit 161 ambulant behandelten Patienten kamen die Autoren zum Schluss, dass die Anthroposophische Kunsttherapie eine nachhaltige Verbesserung chronischer Krankheitsbeschwerden und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität habe.

Mit numerischen Skalen von 0 („nicht vorhanden“) bis 10 („schwerst möglich“) wurden der Krankheitsscore (globale Einschätzung des Schweregrads der Haupterkrankung durch den Arzt); und der Symptomscore (globale Einschätzung der bis zu sechs wichtigsten Krankheitsbeschwerden bei Studienaufnahme durch den Patienten) erhoben. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde bei Erwachsenen durch den SF-36-Fragebogen (engl. Short-Form 36 Health Survey) erfasst und bei Kindern durch den KINDL (Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen). Die Zielparameter wurden nach 3, 6, 12, 18 und 24 Monaten gemessen; SF-36 und Symptomscore auch nach 48 Monaten. Im Median fanden 15 Therapieeinheiten statt, die Therapiedauer betrug im Median 161 Tage.

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass sich alle Zielparameter außer KINDL zwischen Studienaufnahme und allen folgenden Follow-ups signifikant verbesserten und dies bis zum letzten Follow-up erhalten blieb (Hamre et al. 2007).

Die Ergebnisse von Hamre et al. (2007) weisen auf eine langfristige Wirkung einer kunsttherapeutischen Intervention hin.

Die Dauer der LOM von durchschnittlich 2 Monaten ist kurz im Gegensatz zur durchschnittlichen Dauer vorheriger Therapien von 7.7 Monaten. Hinzu kommt, dass die Patienten trotz der vorherigen Therapien weiterhin unter den Belastungssituationen litten. Die durchschnittliche vorbestehende Dauer der Belastungen betrug 162.2 Monate. Diese Patienten mit langbestehenden Belastungssituationen und vorherigen anderen Therapien zeigten nach einer kurzen Therapiedauer der LOM signifikante Verbesserungen auf. Hierdurch werden die positiven Ergebnisse der Langzeituntersuchung verstärkt.

4.6 Stärken und Limitationen

Stärken dieser Beobachtungsstudie sind, dass Patienten mit erheblichen Belastungen und viele schon vorbehandelt, eingeschlossen wurden. Zudem wurden alle Patienten von einer der Inauguratoren der LOM behandelt, die bereits eine Expertise von über 30 Jahren in der Anwendung der LOM aufweist. Eine weitere Stärke ist die exakte und reproduzierbare Beschreibung der kunsttherapeutischen Methode in einem LOM-Manual, welches mit strukturierten Flowcharts arbeitet.

Limitationen dieser Arbeit sind unter anderem das retrospektive Design dieser Beobachtungsstudie, eine kleine Fallzahl und eine fehlende Kontrollgruppe. Eine weitere Limitation stellen die Messinstrumente dar. Hierbei handelt es sich bei SUD und VoC um bereits häufig angewandte und validierte VAS, die PA ist jedoch noch keine validierte VAS.
Eine weitere Limitation ist die retrospektive ärztliche Einschätzung der Belastungssituation und Kategorisierung durch Hinzunahme der ICD 10 Kriterien. Eine prätherapeutische ärztliche Diagnosestellung fand nicht statt.
Die als Stärke beschriebene alleinige Behandlung der Patienten durch Frau Dr. Egger stellt gleichzeitig eine Limitation dar. Hierbei ist zu beachten, dass die positiven Outcome-Effekte der LOM nicht per se als vom Therapeut unabhängig beschrieben werden können. Allerdings gilt es positiv hervorzuheben, dass die sehr dezidierte Beschreibung der LOM-Methodik die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse durch entsprechend ausgebildete LOM-Therapeuten wahrscheinlich erscheint.

5 Ausblick

Aufgrund des positiven Outcomes dieser retrospektiven Beobachtungsstudie sind weitere Studien vielversprechend und sehr zu empfehlen. Inwiefern diese Ergebnisse in einer randomisierten kontrollierten Studie mit größerer Fallzahl reproduzierbar sind, bleibt offen.

Studien mit entsprechend ausgebildeten weiteren LOM-Therapeuten, die Hinzunahme weiterer klinischer Messinstrumente, größere Patientenkollektive und ein prospektives, randomisiertes kontrolliertes Studiendesign wären empfehlenswert. Von weiterem wissenschaftlichem Interesse wäre die Wirkung der LOM bei Patienten mit anderen psychischen Belastungen wie beispielsweise Tumorleiden oder chronischen Erkrankungen.

Diese erste Beobachtungsstudie zeigt sehr viele Anhalte für eine kurz- und langfristige Wirksamkeit der LOM zur Reduktion von erheblichen Belastungen unterschiedlicher Genese und bildet somit eine sehr gute Grundlage für die weitere wissenschaftliche Evaluation. Persönlich würde ich eine geeignete Studie zum Wirksamkeitsnachweis als nächsten Schritt absolut favorisieren.

6 Zusammenfassung

Mittlerweile gehören künstlerische Therapien vermehrt den multimodalen Therapieansätzen medizinischer Fachbereiche an, was sich in einigen S3-Leitlinien widerspiegelt. Ein Forschungsinteresse an der Kunsttherapie besteht schon seit langem, jedoch mangelt es in der Studienlage an standardisierter Berichtserstattung und oft sind nur vage Beschreibungen der zugrunde liegenden Behandlungsmaßnahmen angegeben, was die Bestimmung der Studienverfahren deutlich erschwert. Eine therapeutische Wirksamkeit der Kunsttherapie wird häufig in der nichtsprachlichen, emotionalen Kommunikation und Expression vermutet.

Im Kontrast dazu steht die hier untersuchte „Lösungsorientierte Maltherapie – LOM®“, welche von Fr. Dr. Bettina Egger und Jörg Merz seit 1980 entwickelt wurde. LOM besitzt ein klar nachvollziehbares Therapiemanual mit sehr strukturierten Flowcharts zur Behandlung verschiedenster Anliegen mit Belastungen. Bei der LOM findet keine klassische Analyse oder Interpretation der Bilder statt. Die Lösung des Anliegens steht im Zentrum.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied ist die Beschäftigung mit dem Eindruck, den das gemalte Bild beim Patienten erzeugt und nicht dem Ausdruck oder der Expression von Emotionen. Die vermutete Wirkungsweise der LOM liegt darin, dass neu gemalte nicht belastendende Bilder abgespeichert werden und die emotional belasteten Erinnerungen durch einen strukturiert geführten Malprozess „übermalt“ werden. Neurobiologische Forschungsergebnisse zu dem Einfluss von emotionalen Belastungssituationen auf den Menschen unterstützen diesen Erklärungsansatz.

Ziel dieser Arbeit ist die Analyse des kurzfristigen und langfristigen Outcomes der LOM anhand eines Patientenkollektives von 60 Patienten mit starken und langfristigen Belastungssituationen. Frau Dr. Egger bearbeitete alle Fälle selbst im Einzelsetting in ihrer Praxis. Die Patienten malten mit der nicht dominanten Hand, stehend an der Wand. Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe von standardisierten Fragebögen und detaillierter Dokumentation der Therapiestunden sowie mit Nachkontrollen nach Beendigung der Therapie.

Zur Einschätzung des Ausmaßes der Belastung wurde das Ausmaß der Belastung = Subjective Units of Distress (SUD nach Wolpe), die positive Annäherung (PA nach Egger und Merz) an das gewünschte Ziel und die Stimmigkeit der positiven Kognition = Validity of Cognition (VoC nach Shapiro) abgefragt. Die Parameter wurden zu vier Messzeitpunkten erhoben: direkt vor und nach der maltherapeutischen Intervention, zeitnah nach Therapieende und mindestens 7 Monate bis hin zu 57 Monaten nach Therapieende. Es wurden die Durchschnittswerte und die Standardabweichung (in Klammern) für das Kollektiv ermittelt. Zu den vier Messzeitpunkten wurden folgende Werte erhoben: SUD - Reduktion der Belastung 8,5 (1,3); 1,6 (1,7); 1,4 (1,4); 0,8 (1,2), PA - positive Annäherung an das formulierte Therapieziel 3,2 (2,2); 8,2 (1,7); 8,4 (1,5); 9,0 (1,7) und VoC - positive Kognition 2,9 (1,5); 6,0 (0,9); 6,0 (1,0); 6,5 (0,8).

Die Differenz zwischen den Ausgangswerten und den Werten bei Therapieende sowie den Werten bei der Langzeit-Verlaufskontrolle zeigten eine signifikante Belastungsreduktion (SUD: -7,0 (2,2); 0,8 (1,2); p=<0,0001), eine signifikant positive Annäherung an das formulierte Therapieziel (PA: 4,9 (2,6); 9,0 (1,7); p=<0,0001) und eine signifikant gesteigerte positive Kognition (VoC: 3,1 (1,9); 6,5 (0,8); p=<0,0001).

Diese erste Beobachtungsstudie evaluierte ein standardisiertes Verfahren einer kunsttherapeutischen Intervention, noch nicht randomisiert und ohne Kontrollgruppe. Das Ergebnis zeigt sehr viele Anhalte für eine kurz- und langfristige Wirksamkeit der LOM zur signifikanten Reduktion von langandauernden und schweren Belastungen unterschiedlicher Genese und bildet somit eine sehr gute Grundlage für die weitere wissenschaftliche Evaluation.

Studien mit entsprechend ausgebildeten unterschiedlichen LOM-Therapeuten, Hinzunahme weiterer klinischer Messinstrumente, größere Patientenkollektive und ein prospektives, randomisiertes kontrolliertes Studiendesign wären anzustreben, um diese Ergebnisse zu überprüfen. Von weiterem wissenschaftlichem Interesse wäre die Wirkung der LOM bei Patienten mit anderen psychischen Belastungen bei beispielsweise Tumorleiden oder chronischen Erkrankungen.

Summary

By now art therapies are more frequently included into multi-modal therapy concepts in medicine and implemented in some of the S3 guidelines. A research interest in art therapies exists for a long time but there is a lack of standardized reporting and often only vague descriptions of the treatment interventions are provided. Therefore it is difficult to compare different study procedures. The therapeutic efficacy of art therapies are often assumed in the non-verbal, emotional communication and expression.

The “Brain Based Image Therapy” („Lösungsorientierte Maltherapie – LOM®“) stands in contrast to this assumptions. It is developed by Dr. Bettina Egger und Jörg Merz, M.Sc. since 1980. LOM has a comprehensible therapy manual with very structured flowcharts for treatments of different concerns combined with distress. No classical analysis or interpretation of the images takes place. The main focus is on the solution of the concern.

Another major difference is the preoccupation with the impression produced by the painted picture and not the expression or non-verbal, emotional communication. The assumed effects of LOM are the replacement or “repainting” of distress sourced emotional memories and images through a structured guided painting process with newly painted not stressful simple images. This hypothesis is supported by neurobiological research on the influence of emotional distress in certain situations.

The aim of this thesis is to analyze the outcome short-term and long-term of LOM on the basis of a group of 60 patients with severe and long-term distress.

Dr. B. Egger treated all patients personally in her atelier in a single setting. The patients painted with their non-dominant hand, in standing position in front of a board. Data were collected using standardized questionnaires and detailed documentation of the therapy sessions. Additionally, the therapeutic effect was evaluated after completion of therapy and short- as well as long-term follow-up.

Subjective units of distress (SUD by Wolpe), positive approach (PA by Egger and Merz) to attain a defined goal and the Validity of Cognition (VoC by Shapiro) were evaluated to assess the extent of the distress. These parameters were analyzed at four points of time: immediately before and after the

intervention, shortly after the end of treatment and at least 7 months to 57 months after the end of the treatment. For this group of patients average values and standard deviations were calculated (in parenthesis). Following results are provided at the four points of time: SUD - reduction of distress 8,5 (1,3); 1,6 (1,7); 1,4 (1,4); 0,8 (1,2), PA - positive approach to the defined goal of therapy 3,2 (2,2); 8,2 (1,7); 8,4 (1,5); 9,0 (1,7) and VoC - positive cognition 2,9 (1,5); 6,0 (0,9); 6,0 (1,0); 6,5 (0,8).

The difference between the basic values and the values at the end of treatment as well as the values in the long-term follow-up showed a significant reduction of distress (SUD: -7,0 (2,2); 0,8 (1,2); p =<0,0001), a significant positive approach to the defined goal of therapy (PA: 4,9 (2,6); 9,0 (1,7); p =<0.0001) and a significant increased positive cognition (VoC: 3,1 (1,9); 6,5 (0,8); p =<0.0001).

This first observational study evaluated a standardized intervention of art therapy, not yet randomized and without a control group. The result showed a variety of hints that LOM is effective to reduce short- and long-term severe and long-lasting distress caused by various reasons and creates therefore a perfect foundation to build on with further research.

Further studies with appropriate therapists trained therapists in LOM, additional clinical instruments to enlarge the evaluation, larger patient cohorts and a prospective randomized and controlled study design recommended to verify these results. Of further scientific interest would be the effect of LOM on patients with different psychological distress induced by cancer or chronical disorders.

7 Literaturverzeichnis

Baumgardt, Kristin; Mand, Johannes; Ostermann, Thomas (2008): Einstellungen von Studierenden der Heilpädagogik und Sozialarbeit zu Stellenwert und Wirksamkeit von Kunst- und Verhaltenstherapie bei unterschiedlichen Formen von Verhaltensstörungen. In: *Musik-, Tanz und Kunsttherapie* 19 (4), S. 167–176. DOI: 10.1026/0933-6885.19.4.167.

Berger, Arthur Asa (2011): Seeing is believing. An introduction to visual communication. 4. ed. New York: McGraw-Hill Education.

Boehm, Katja; Cramer, Holger; Staroszynski, Thomas; Ostermann, Thomas (2014): Arts therapies for anxiety, depression, and quality of life in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. In: *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM* 2014, S. 103297. DOI: 10.1155/2014/103297.

Bozcuk, H.; Ozcan, K.; Erdogan, C.; Mutlu, H.; Demir, M.; Coskun, S. (2017): A comparative study of art therapy in cancer patients receiving chemotherapy and improvement in quality of life by watercolor painting. In: *Complementary therapies in medicine* 30, S. 67–72. DOI: 10.1016/j.ctim.2016.11.006.

Caddy, L.; Crawford, F.; Page, A. C. (2012): 'Painting a path to wellness': correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 19 (4), S. 327–333. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01785.x.

Chapman, Linda; Morabito, Diane; Ladakakos, Chris; Schreier, Herbert; Knudson, M. Margaret (2001): The Effectiveness of Art Therapy Interventions in Reducing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms in Pediatric Trauma Patients. In: *Art Therapy* 18 (2), S. 100–104. DOI: 10.1080/07421656.2001.10129750.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2012): Schlaganfall. DEGAM-Leitlinie, zuletzt geprüft am 21.03.2016.

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2012): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.4Mai 2012, letzte Anpassung September 2012. Hg. v. DGBS e.V. und DGPPN e.V., zuletzt geprüft am 21.03.2016.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2013): Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3) AWMF-Registernummer 028 - 043, zuletzt geprüft am 21.03.2016.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hg.) (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Deutsche

Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Berlin, Heidelberg: Springer. Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1007/978-3-642-30270-1.

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) (2012): S 3 LeitlinieUmgang mit Patienten mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. AWMF-Reg.-Nr. 051-001LANGFASSUNG. Unter Mitarbeit von Constanze Hausteiner-Wiehle, Rainer Schäfert, Winfried Häuser, Markus Herrmann, Joram Ronel, Heribert SattelGudrun Schneider et al., zuletzt geprüft am 21.03.2016.

Du Prel, Jean-Baptist; Röhrig, Bernd; Hommel, Gerhard; Blettner, Maria (2010): Choosing statistical tests: part 12 of a series on evaluation of scientific publications. In: *Deutsches Arzteblatt international* 107 (19), S. 343–348.

Egger, Bettina; Merz, Jörg: Ausbildungsunterlagen. LOM® : Lösungsorientiertes Malen.

Egger, Bettina; Merz, Jörg: Institut für Lösungsorientiertes Malen. Abschied und Neubeginn. Online verfügbar unter http://www.lom-malen.ch/methode/abschied-neubeginn/, zuletzt geprüft am 13.11.2016.

Egger, Bettina; Merz, Jörg: Institut für Lösungsorientiertes Malen. Beziehung. Online verfügbar unter http://www.lom-malen.ch/methode/beziehung/, zuletzt geprüft am 13.11.2016.

Egger, Bettina; Merz, Jörg: Institut für Lösungsorientiertes Malen. Kognitionen. Online verfügbar unter http://www.lom-malen.ch/methode/kognitionen/, zuletzt geprüft am 13.11.2016.

Egger, Bettina; Merz, Jörg: Institut für Lösungsorientiertes Malen. Symptom. Online verfügbar unter http://www.lom-malen.ch/methode/symptom/, zuletzt geprüft am 13.11.2016.

Egger, Bettina; Merz, Jörg: Institut für Lösungsorientiertes Malen. Traum. Online verfügbar unter http://www.lom-malen.ch/methode/traum/, zuletzt geprüft am 13.11.2016.

Egger, Bettina; Merz, Jörg: Institut für Lösungsorientiertes Malen. Trauma. Online verfügbar unter http://www.lom-malen.ch/methode/trauma/, zuletzt geprüft am 13.11.2016.

Egger, Bettina; Merz, Jörg: Institut für Lösungsorientiertes Malen. Wunsch/Lebenskonzept. Online verfügbar unter http://www.lom-malen.ch/methode/entscheidungen/, zuletzt geprüft am 13.11.2016.

Egger, Bettina; Merz, Jörg (2013): Lösungsorientierte Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern. 1. Aufl. Bern: Huber. Online verfügbar unter http://d-nb.info/1034887785/04.

Ganter, Christiane; Enck, Paul; Zipfel, Stephan; Sammet, Isa (2009): Kunsttherapie in Gruppen bei Essstörungen. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 45 (1), S. 20–31. DOI: 10.13109/grup.2009.45.1.20.

Geue, Kristina; Goetze, Heide; Buttstaedt, Marianne; Kleinert, Evelyn; Richter, Diana; Singer, Susanne (2010): An overview of art therapy interventions for cancer patients and the results of research. In: *Complementary therapies in medicine* 18 (3-4), S. 160–170. DOI: 10.1016/j.ctim.2010.04.001.

Götze, Heide; Geue, Kristina; Buttstädt, Marianne; Singer, Susanne; Schwarz, Reinhold (2009): Gestaltungskurs für Krebspatienten in der ambulanten Nachsorge. In: *Forsch Komplementmed* 16 (1), S. 28–33. DOI: 10.1159/000191211.

Hamre, H. J.; Witt, C. M.; Glockmann, A.; Ziegler, R.; Willich, S. N.; Kiene, H. (2007): Anthroposophic art therapy in chronic disease: a four-year prospective cohort study. In: *Explore (New York, N.Y.)* 3 (4), S. 365–371. DOI: 10.1016/j.explore.2007.04.008.

Hannemann, Beat Ted (2006): Creativity with dementia patients. Can creativity and art stimulate dementia patients positively? In: *Gerontology* 52 (1), S. 59–65. DOI: 10.1159/000089827.

Heil, M.; Rösler, F.; Hennighausen, E. (1997): Topography of brain electrical activity dissociates the retrieval of spatial versus verbal information from episodic long-term memory in humans. In: *Neuroscience letters* 222 (1), S. 45–48.

Herborn, E.; Klapp, C.; Dudenhausen, J. W.; Klapp, B. F. (1996): Bilder von Schwangeren mit vorzeitigen Wehen. Erste Erfahrungen eines maltherapeutischen Angebots. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 200 (4), S. 151–154.

Heribert Kentenich; Elmar Brähler; Ingrid Kowalcek; Bernhard Strauß; Petra Thorn; Anna Julka Weblus et al. (2014): Leitlinie für psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen. AWMF-Register Nr. 016/003 Klasse: S2k, zuletzt geprüft am 21.03.2015.

Hofmann, Arne (1999): EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart: Thieme.

Houts, Peter S.; Doak, Cecilia C.; Doak, Leonard G.; Loscalzo, Matthew J. (2006): The role of pictures in improving health communication. A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. In: *Patient Education and Counseling* 61 (2), S. 173–190. DOI: 10.1016/j.pec.2005.05.004.

Hughes, Edward G.; da Silva, Alicia Mann (2011): A pilot study assessing art therapy as a mental health intervention for subfertile women. In: *Human reproduction (Oxford, England)* 26 (3), S. 611–615. DOI: 10.1093/humrep/deq385.

Jacobs, Stefan (2009): Neurowissenschaften und Traumatherapie. Grundlagen und Behandlungskonzepte. Göttingen, Göttingen: Univ.-Verl. Göttingen; Niedersächsische Staats-und Universitätsbibliothek (Universitätsdrucke). Online verfügbar unter http://resolver.sub.uni-goettingen.de/purl?isbn-978-3-940344-99-1.

Kongkasuwan, Ratcharin; Voraakhom, Kotchakorn; Pisolayabutra, Prim; Maneechai, Pichai; Boonin, Jiraporn; Kuptniratsaikul, Vilai (2015): Creative art therapy to enhance rehabilitation for stroke patients: A randomized controlled trial. In: *Clinical rehabilitation. DOI:* 10.1177/0269215515607072.

Kunzmann, Bettina; Aldridge, David; Gruber, Harald; Wichelhaus, Barbara (2005): Künstlerische Therapien. Zusammenstellungen von Studien zu Künstlerischen Therapien in der Onkologie und Geriatrie. In: *Musik-, Tanz und Kunsttherapie* 16 (2), S. 77–86. DOI: 10.1026/0933-6885.16.2.77.

Lamont, Scott; Brunero, Scott; Sutton, Dianne (2009): Art psychotherapy in a consumer diagnosed with borderline personality disorder: a case study. In: *International journal of mental health nursing* 18 (3), S. 164–172. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2009.00594.x.

LeDoux, J. E. (1994): Emotion, memory and the brain. In: *Scientific American* 270 (6), S. 50–57.

Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (2012): Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012AWMF-Register-Nummer: 032 – 045OL, zuletzt aktualisiert am 21.03.2016.

Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (2014): S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Version 1.1 – Januar 2014AWMF-Registernummer: 032/051OLLangversion.

Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (2015): S3-LeitliniePalliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 1.1 – Mai 2015 AWMF-Registernummer: 128/001OL, zuletzt geprüft am 21.03.2016.

Lyshak-Stelzer, Francie; Singer, Pamela; St. Patricia, John; Chemtob, Claude M. (2007): Art Therapy for Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. A Pilot Study. In: *Art Therapy* 24 (4), S. 163–169. DOI: 10.1080/07421656.2007.10129474.

Mandic-Gajic, Gordana; Spiric, Zeljko (2015): Posttraumatic stress disorder and art group therapy. Self-expression of traumatic inner world of war veterans. In: *VSP* (00), S. 83. DOI: 10.2298/VSP150512083M.

Merz, Jörg; Egger, Bettina (2013): Empirische Belege der Wirksamkeit des Lösungsorientierten Malens: LOM®. ©Institut für Lösungsorientiertes Malen GmbH, zuletzt geprüft am 05.02.2016.

Müller, Matthias M.; Andersen, Søren K.; Hindi Attar, Catherine (2011): Attentional bias to briefly presented emotional distractors follows a slow time course in visual cortex. In: *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience* 31 (44), S. 15914–15918. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.1997-11.2011.

Paradiso, S.; Johnson, D. L.; Andreasen, N. C.; O'Leary, D. S.; Watkins, G. L.; Ponto, L. L.; Hichwa, R. D. (1999): Cerebral blood flow changes associated with attribution of emotional valence to pleasant, unpleasant, and neutral visual stimuli in a PET study of normal subjects. In: *The American journal of psychiatry* 156 (10), S. 1618–1629. DOI: 10.1176/ajp.156.10.1618.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft in der pädiatrischen Onkologie und Hämatologie (2013): Psychosoziale Versorgungin der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie. AWMF- Leitlinie Register Nr. 025/002, Entwicklungsstufe 3. Unter Mitarbeit von Hildegard M. Schröder, Susanne Lilienthal, Beate M. Schreiber-Gollwitzer, Barbara Griessmeier, Ulrike Leiss. Hg. v. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). AG in der Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH), zuletzt geprüft am 21.03.2016.

Quirk, G. J.; Repa, C.; LeDoux, J. E. (1995): Fear conditioning enhances short-latency auditory responses of lateral amygdala neurons: parallel recordings in the freely behaving rat. In: *Neuron* 15 (5), S. 1029–1039.

Ressing, Meike; Blettner, Maria; Klug, Stefanie J. (2010): Data analysis of epidemiological studies: part 11 of a series on evaluation of scientific publications. In: *Deutsches Arzteblatt international* 107 (11), S. 187–192.

Schnurr, P. P.; Friedman, M. J.; Engel, C. C.; Foa, E. B.; Shea, M. T.; Chow, B. K. et al. (2007): Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. In: *JAMA* 297 (8), S. 820–830. DOI: 10.1001/jama.297.8.820.

Shalev, A. Y.; Ankri, Y.; Gilad, M.; Israeli-Shalev, Y.; Adessky, R.; Qian, M.; Freedman, S. (2016): Long-term outcome of early interventions to prevent posttraumatic stress disorder. In: *The Journal of clinical psychiatry. DOI:* 10.4088/JCP.15m09932.

Shapiro, Francine (1989): Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. In: *J. Traum. Stress* 2 (2), S. 199–223. DOI: 10.1002/jts.2490020207.

Shazer, S. de; Berg, I. K.; Lipchik, E.; Nunnally, E.; Molnar, A.; Gingerich, W.; Weiner-Davis, M. (1986): Brief therapy: focused solution development. In: *Family process* 25 (2), S. 207–221.

Slayton, Sarah C.; D'Archer, Jeanne; Kaplan, Frances (2010): Outcome Studies on the Efficacy of Art Therapy. A Review of Findings. In: *Art Therapy* 27 (3), S. 108–118. DOI: 10.1080/07421656.2010.10129660.

Sutner †, Leta; Fichter, Manfred; Leibl, Carl (2007): Gestaltungstherapie im integrativen stationären verhaltenstherapeutischen Setting. In: *PiD - Psychotherapie im Dialog* 8 (1), S. 47–51. DOI: 10.1055/s-2006-951985.

Suzanne Lister; Denise Tanguay; Stephen Snow; Miranda D'Amico (2009): Development of a Creative Arts Therapies Center for People With Developmental Disabilities. In: *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association, © AATA* (26(1)), S. 34–37.

Svensk, A-C; Oster, I.; Thyme, K. E.; Magnusson, E.; Sjödin, M.; Eisemann, M. et al. (2009): Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. In: *European journal of cancer care* 18 (1), S. 69–77. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2008.00952.x.

Thyer, B. A.; Papsdorf, J. D.; Davis, R.; Vallecorsa, S. (1984): Autonomic correlates of the subjective anxiety scale. In: *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 15 (1), S. 3–7.

Thyme, Karin Egberg; Sundin, Eva C.; Wiberg, Britt; Öster, Inger; Åström, Sture; Lindh, Jack (2009): Individual brief art therapy can be helpful for women with breast cancer. A randomized controlled clinical study. In: *Pall Supp Care* 7 (01), S. 87. DOI: 10.1017/S147895150900011X.

Trepper, Terry S.; Dolan, Yvonne; McCollum, Eric E.; Nelson, Thorana (2006): Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. In: *Journal of marital and family therapy* 32 (2), S. 133–139.

Tyler, J. (1998): Nonverbal communication and the use of art in the care of the dying. In: *Palliative medicine* 12 (2), S. 123–126.

Uttley, Lesley; Scope, Alison; Stevenson, Matt; Rawdin, Andrew; Taylor Buck, Elizabeth; Sutton, Anthea et al. (2015): Systematic review and economic modelling of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders. In: *Health technology assessment (Winchester, England)* 19 (18), 1-120, v-vi. DOI: 10.3310/hta19180.

Wolpe, Joseph (1970): The practice of behavior therapy. 1. ed., 2. print. New York: Pergamon Press (Pergamon general psychological series).

8 Anhänge

8.1 Anliegen

Vorname, Name	Nummer	Datum	Zeit	Kurs

Anliegen:

Kurzfassung des Anliegens:

© Institut für Lösungsorientiertes Malen GmbH, Feldeggstrasse 21, 8008 Zürich www.lom-malen.ch

8.2 Exploration

Vorname, Name	Nummer	Datum	Zeit	Kurs

Exploration

Wann tritt das auf?

Woran wirst du erkennen, dass sich etwas verändert hat?

Wenn das, was dich belastet, weg ist, wofür gibts dann Platz?

Was spürst du im Körper?

Welche Gefühle hast du?

Was denkst du dann über dich?

Was möchtest du dann über dich denken?

Einschätzung

Ich möchte eine Einschätzung auf verschiedenen Skalen machen, damit wir die Veränderungen mitverfolgen können.

Positive Annäherung an das gewünschte Ziel = PA

Du hast sicher schon Verschiedenes versucht, um das zu bewältigen.
Auf einer Skala von 0 bis 10 (0 = gar nicht, 10 = total), wie weit hast du dein Ziel schon erreicht?

PA (0..10)

Häufigkeit

Wie häufig tritt das auf? (Immer; täglich; wöchentlich; monatlich; seltener; nicht mehr)

○ immer ○ täglich ○ wöchentlich ○ monatlich ○ seltener ○ nicht mehr vorhanden

Ausmass der Belastung = SUD (Subjective Units of Distress)

Auf einer Skala von 0 bis 10 (0 = gar nicht, 10 = sehr stark) wie stark belastet dich das?

SUD (0..10)

Stimmigkeit der positiven Kognition = VoC (Validity of Cognition)

Auf einer Skala von 1 bis 7 (1= gar nicht, 7= total), wie sehr stimmt der Satz (hier positive Kognition wiederholen) jetzt schon? 1 heisst, der Satz stimmt überhaupt nicht, 7 heisst, der Satz stimmt total

VoC (1..7)

© Institut für Lösungsorientiertes Malen GmbH, Feldeggstrasse 21, 8008 Zürich www.lom-malen.ch

8.3 Aufgabe

Vorname, Name	Nummer	Datum	Zeit	Kurs

Überlegungen zum nächsten Schritt

Frage oder Anweisung

METAPHERKATEGORIEN

○ Tier	○ Lichtquelle	○ Geschirr	○ Knöpfe
○ Fahrzeug	○ Möbel	○ Sportgerät	○ Schirm
○ Gepäckstück	○ Frucht	○ Schriftstück	○ Farbe
○ Gefäss	○ Dessert	○ Uhr	○ Handtasche
○ Gebäude	○ Werkzeug	○ Getränk	○ Bürogegenstand
○ Schmuckstück	○ geometr. Form	○ Kosmetika	○ Mütze, Kappe
○ Spielzeug	○ Hut	○ Gericht	○ Sonstiges...
○ Stein	○ Gemüse	○ Kleiderbügel	
○ Musikinstrument	○ Küchengerät	○ Wurstware	
○ Schuhwerk	○ Gebäck	○ Käse	
○ Blüte	○ Landschaft	○ Ballon	

Bild Nr: Variante Nr:

Bildbeschreibung / Kommentar

Einschätzung Datum Zeit

Ich möchte jetzt erneut eine Einschätzung machen, damit wir die Veränderungen kontrollieren können.

Auf einer Skala von 0 bis 10 (0 = gar nicht, 10 = total), wie weit hast du dein Ziel schon erreicht? PA

Häufigkeit? ○ immer ○ täglich ○ wöchentlich ○ monatlich ○ seltener ○ nicht mehr vorhanden

Auf einer Skala von 0 bis 10 (0 = keine, 10 = sehr stark) wie stark ist die Belastung? SUD

Auf einer Skala von 1 bis 7 (1= gar nicht, 7= total), wie sehr stimmt der Satz (hier positive Kognition wiederholen) jetzt schon? 1 heisst, der Satz stimmt überhaupt nicht, 7 heisst, der Satz stimmt total VoC

Auf einer Skala von 0 bis 10 (0=gar nicht, 10= sehr stark), wie sehr berührt dich dieses Bild? Ber

© Institut für Lösungsorientiertes Malen GmbH, Feldeggstrasse 21, 8008 Zürich www.lom-malen.ch

8.4 Nachkontrolle

Vorname, Name	Nummer	Datum	Zeit	Kurs

Nachkontrolle

Bemerkungen:

Einschätzung

Ich möchte jetzt erneut eine Einschätzung machen, damit wir die Veränderungen kontrollieren können.

Wie häufig beschäftigt dich dein Anliegen noch?

○ immer ○ täglich ○ wöchentlich ○ monatlich ○ seltener ○ nicht mehr vorhanden

Sind die gewünschten Änderungen eingetroffen? Schätze die Änderungen auf einer Skala von 0 bis 10 ein (0 = stimmt gar nicht; 10 = stimmt total)

Wie gross ist die Belastung jetzt? Schätze die Belastung auf einer Skala von 0 bis 10 ein (0 = keine Belastung; 10 = sehr starke Belastung)

Wie sehr stimmt der Satz (hier positive Kognition einfügen) bezogen auf das Anliegen im Moment? (1 = er stimmt gar nicht; 7 = er stimmt total)

An die Stelle von Symptomen, Beziehungskonflikten, Traumatas muss etwas Neues treten. Wurde dieses Neue, das du genannt hast, umgesetzt? 0 = gar nicht, 1 = teilweise, 2=ganz

© Institut für Lösungsorientiertes Malen GmbH, Feldeggstrasse 21, 8008 Zürich www.lom-malen.ch

8.5 Abschied und Neubeginn

„Das menschliche Leben ist in jedem Lebensalter Wandel und neuen Herausforderungen unterworfen und damit geprägt durch ständige Veränderungen, durch Verlassen, Verlassenwerden und Neuanfänge. Das umfasst nicht nur Beziehungen, sondern auch Lebensleitsätze, Überzeugungen, Hoffnungen und Lebenspläne, die irgendwann ihre Bedeutung verändern oder verlieren. Doch dieser Prozess von loslassen und anpacken kann von sehr viel Unsicherheit und Angst begleitet sein, denn das Bekannte bot bisher Sicherheit, und das Neue birgt Risiken. […]

Die 55-jährige Frau hat Angst vor der Zukunft. Angst vor der kommenden Unbeweglichkeit, vor der Einschränkung ihres Lebens. Ihr Fokus ist im Moment auf Schmerzen und Handicaps gelenkt, die sie wegen einer fortgeschrittenen Arthrose erleidet. Es ist nötig, sich auf eine neue Situation in ihrem Leben vorzubereiten.

Wir beginnen damit, Abschied von der früheren Beweglichkeit zu nehmen. Welche Bilder erinnert sie, wenn sie daran denkt?

Sie erinnert sich ans Tanzen und Springen auf der Wiese und sieht sich in jener Zeit ein Stirnband mit Gänseblümchen tragend.

Abbildung 18: Patientin als sie jünger war

Dann sieht sie ihr Bein und ihren Fuss, wie er nach einem Sprung in der Wiese landet.

Abbildung 19: Patientin erinnert sich an ihre Beweglichkeit

Nun wird es Zeit, dass sie sich dem zuwendet, was ist: 'Wenn die Tatsache, dass dein Körper ist wie er ist eine Käsesorte wäre, was wäre sie dann für eine?'

Abbildung 20: Käse als Metapher für Istzustand

Die Tatsache und große Angst ist, dass sie immer alleine mit ihren Schmerzen ist, tapfer zu Hause bleibt wenn die anderen wandern und skifahren und in

frohen Runden heimlich Schmerzmittel einnehmen muss, alleine gegen tägliche Schmerzen und Einschränkungen kämpft. Diese Angst wird mit einer Metapher bearbeitet.

Abbildung 21: Nachtisch als Metapher für Angst

Nun soll diese Arbeit in die Zukunft verankert werden, damit sie weiter wirkt: ‚Stell dir vor, die Arbeit, die du jetzt gemacht hast und die Perspektive die du gewonnen hast ist wie ein Samenkorn, das du in die Erde gelegt hast. Es fängt an zu wachsen, bildet Stengel und eine Blüte. Welche Blüte wird das sein?‘

Abbildung 22: Blume als Metapher für Neues

Vieles im Leben lässt sich nicht ändern. Es hilft, wenn der Kopf nicht in den Sand gesteckt wird sondern die Situation in jedem Stadium mit offenen Augen und Perspektive im Herzen angegangen wird.“ (Egger und Merz).

8.6 Kognitionen

„Wer kennt nicht die zermürbenden, immer wiederkehrenden Gedanken: ‚Ich bin nicht gut genug‘, ‚alle lehnen mich ab‘, ‚nur wenn ich etwas leiste, bin ich liebenswert‘, ‚die Anderen können es sowieso besser‘ oder auch Sätze wie:, Ich muss immer freundlich und hilfsbereit sein‘, ‚ich muss es allen recht machen‘, ‚ich darf mich nicht gehen lassen‘.
Oft bleiben solche Sätze bestehen, auch wenn eine Trauma bearbeitet, eine Beziehung geklärt ist. Sie müssen deshalb wie ein Symptom mit Metaphern separat behandelt werden.

In der Schulzeit hatte sich der Gedanke ‚ich bin allein‘ gefestigt und quälte die Malende bis in ihr Erwachsenenleben, obwohl ihr heutiges Leben dieser Überzeugung nicht entsprach.
‚Wenn der Gedanke: ‚Ich bin allein‘ ein Schuhwerk wäre, was für eines wäre er dann?‘

Abbildung 23: Schuh als Metapher für alleine sein

Diese Arbeit machte der Malenden ihre damalige Stimmung bewusst, und sie erinnerte sich, dass es noch eine zweite negative Kognition gegeben hatte: ‚Ich bin ausgeliefert‘. Auch sie wurde bearbeitet:

Abbildung 24: Zwiebel als Metapher für ausgeliefert sein

Danach konnte sie in Ruhe an diese Situationen in der Schule denken, und bereits durch die Erinnerung an die Bilder verschwand die Belastung.“ (Egger und Merz).

8.7 Wunsch/Lebenskonzept

„Entscheidungen fällen ist oft nicht einfach. Listen geben keine Antwort, Überlegungen fruchten nichts. So könnte man meinen, dass Malen schon gar nichts bringt. Aber gerade im LOM finden sich zum Teil Aspekte im Bild welche die eine oder andere Lösung klären und wünschenswert erscheinen lassen oder aber dass beide Varianten mit den entsprechenden Massnahmen möglich werden. Der Druck entfällt und die Wahl kann optimal auf die Situation bezogen getroffen werden.

Die junge Frau war seit einigen Jahren in einer stabilen Beziehung und nun stellte sich die Frage, ob sie in vier Jahren Kinder haben wollte oder nicht.

In einem ersten Schritt werden in kurzer Zeit zwei Selbstportraits gemalt: Variante A: ich will keine Kinder haben, Variante B: ich will Kinder haben. Nach dem Malen wurden die Portraits nebeneinander gehängt und betrachtet. Was fällt auf?

Abbildung 25: 2 Portraits- keine Kinder vs. Kinder

Das Portrait links, Variante A. Ich will keine Kinder haben erscheint jünger und entspannter. Variante B: ich will Kinder haben erscheint erwachsener und angespannter. Die Frau hat sich für das erwachsen sein und Kinder entschieden, auch wenn es mehr Anstrengung bedeutet.

Dreieinhalb Jahre später gebar sie ihren ersten Sohn. Es ist anstrengend und schön.“ (Egger und Merz).

8.8 weitere Informationen zur Vorgehensweise von LOM

Zur Hilfestellung und zur besseren Umsetzung von LOM haben Egger und Merz wichtige Informationen und Ablaufschemata für die Therapeuten entworfen. Diese dienen zur Orientierung und zum Verständnis der Therapiesitzungen. In diesem Abschnitt werden diese Schemata gezeigt, um einen detaillierteren Eindruck der Therapie zu erhalten.

Lösungsmetapher

Wenn eine Situation hoffnungslos erscheint oder wenig überschaubar ist, kann ein Symptom oder ein Wunsch mit einer Lösungsmetapher angegangen werden. Damit wird eine hoffnungsvolle Perspektive geschaffen (Egger und Merz).

Hindernismetapher

Wenn keine Metaphern gefunden werden können, muss das angeschaut werden, was die Malenden daran hindert, sich mit dem Symptom oder dem Wunsch auseinanderzusetzen (Egger und Merz).

Würdigung

Wenn Menschen eine schwierige Situation gemeistert, ein Trauma überlebt und das Leben trotzdem weiter gelebt, eine belastende Zeit durchgehalten, oder alles das durchgearbeitet haben, empfinden sie es selten als etwas Besonderes. Sie sehen eher, wie sie versagt haben oder nicht genügend gut waren. Diese Situationen brauchen eine Würdigung, die besagt, dass es schwer gewesen war, dass sie das Beste daraus gemacht haben und es durchgestanden haben. Diese Würdigung wird in eine Metapher umgesetzt (Egger und Merz).

Ersetzen durch

Wenn ein Symptom oder ein Trauma bearbeitet ist, entsteht an dieser Stelle eine Lücke. Das Symptom oder Trauma muss durch ein neues, positives Projekt ersetzt werden. Dieses Projekt wird auf dem Protokoll erfasst und mit

der Antwort aus dem Protokoll wird die Lücke gefüllt. Es ist sehr wichtig, dass das neue Projekt präzise formuliert ist, ein Zeitlimit hat und durchführbar ist.
Das Projekt, das die Lücke füllen soll, ist nicht immer leicht durchzuführen, es braucht einen wirklichen Einsatz von den Malenden. Daher unterstützen wir mit einer Metapher die Fähigkeit der Malenden, welche es braucht, um die Lücke mit dem neuen Projekt zu füllen (Egger und Merz).

Zukunftsmetaphern

Zukunftsmetaphern werden immer dann eingesetzt, wenn eine optimistische Perspektive geschaffen werden soll. Dies kann am Ende einer Sequenz sein, sogar wenn noch nicht alles abgeschlossen werden konnte.

1. Landschaft

Die Landschaftsmetapher muss von dem LOM-Therapeuten innerlich herzlich begleitet und als positiv empfunden werden.

"Du hast jetzt [Höhepunkte und Erkenntnisse aufzählen] bearbeitet und (zu einem großen Teil) gelöst. Jetzt stehst du an dem Punkt, wo dir [erreichte Ziele benennen] neu zur Verfügung stehen. Stell dir vor, es ist einige Zeit vergangen und [neue Lebensmuster, Projekte, Wünsche, möglichst offen formulieren] haben sich verwirklicht. Wie fühlst du dich dann?”

Auf den Ausdruck des guten Gefühls im Gesicht warten oder auf entlastenden Seufzer oder Entspannung im Körper achten, allenfalls sich die schönen Möglichkeiten erzählen lassen.

"Wenn dieses Gefühl eine Landschaft wäre, was wäre es dann für eine?”

Die Landschaften müssen nicht ganz genau gesehen werden, manchmal reicht eine Farbe. Sie müssen allerdings zwingend am unteren Blattrand beginnend gemalt werden (wie ein Computerdrucker druckt). Darauf achten, dass keine plötzlichen hohen Berge oder Bäume o.ä. gemalt werden. Der Horizont wird spürend gesucht. Mehrere Horizonte können nicht auf einen Blick gesehen werden (z.B. Strand, Meer, Himmel). Bei der Landschaftsmetapher geht es um Weite, gesehen aus den Augen der BetrachterInnen.

2. Früchte

"Stell dir vor, dass das, was du jetzt erarbeitet hast Früchte trägt. Zu welcher Frucht wird es reifen?“

3. Pflanze

"Stell dir vor, dass das, was du jetzt erarbeitet hast, wie ein Samenkorn ist, das du in die Erde gelegt hast. Dieses Samenkorn wächst nun, wird zu einer Pflanze und die Pflanze fängt an zu blühen. Zu welcher Blüte wird sie sich entfalten?“

4. Geometrische Form

"Alles das, was du jetzt erarbeitet hast, wird sich in der nächsten Zeit immer klarer ausbilden und wird sich zuletzt als eindeutige Form zeigen. Zu welcher geometrischen Form wird es sich gestalten?” (Egger und Merz).

Behandlungsunterbrechung

Immer wieder kommt es vor, dass eine LOM-Arbeit nicht ganz abgeschlossen werden kann oder dass ein Unterbrechen in der Arbeit entsteht. Dann ist es nötig, dass ein Ort geschaffen wird, an dem diese unfertigen Arbeiten quasi „zwischengelagert“ werden können, sodass sie die nächste Zeit nicht mehr stören. Solch ein Ort wird mit einer Gefäßmetapher geschaffen, in das die unfertige Arbeit gelegt und wenn die Arbeit wieder aufgenommen wird, wieder hervorgeholt werden kann. Manchmal ist es günstig, wenn das Gefäß einen Deckel hat.

Gefäß

"All das, was du dir jetzt erarbeitet hast, braucht einen Ort, an den du es ablegen kannst und der dir erlaubt, Weiteres hinzuzufügen und Überflüssiges zu entfernen. Wenn dieser Ort ein Gefäß wäre, was wäre es dann für eines?” (Egger und Merz).

Perspektive eröffnen (Nordstern)

Manchmal kommen die Leute in einem desolaten oder chaotischen Zustand ins LOM. Ihre Situation ist so komplex und unklar, dass nur schwer ein klar abgegrenztes Anliegen formuliert werden kann. Wenn der LOM-Therapeut einen Vorschlag für das Anliegen macht, antworten die Malenden mit „ja aber“, fügen weitere Probleme hinzu oder lehnen es als zu ungenau ab. Als LOM-Therapeut fühlt man sich dann orientierungslos, überschwemmt, wütend. In solchen Situationen kann schon zu Beginn der LOM Sequenz eine

Nordsternmetapher gemalt werden, um die Aufmerksamkeit der Malenden auf die Möglichkeit einer Lösung zu richten, die sich ohne genaue Maßnahmen oder Ziele verwirklichen kann.
"Stell dir vor, dass das, was du jetzt so unmöglich, unüberwindbar, so schwierig findest, kommt in Ordnung. Wie fühlst du dich dann?"
Auf den Ausdruck des guten Gefühls im Gesicht warten. "Wenn dieses Gefühl eine Landschaft wäre, was wäre es dann für eine?" (Egger und Merz).

Starke Gefühle, Töne, Gerüche und Körperempfindung

Besonders in der Arbeit mit Symptomen und Traumata kommen immer wieder starke Gefühle wie Wut und Trauer, aber auch Erinnerungen an Töne (Schreie, Wimmern), Gerüche und Körperempfindungen vor. Solche Ereignisse können sehr belastend sein und müssen dann abgeholt werden. Diese Ereignisse werden meistens mit geometrischen Metaphern abgeholt, da solche Formen schnell diese starken Empfindungen fassen.
"Wenn dieses starke Gefühl (dieser Ton, Geruch, Körperempfindung) eine geometrische Form wäre, was wäre es dann für eine?" (Egger und Merz).

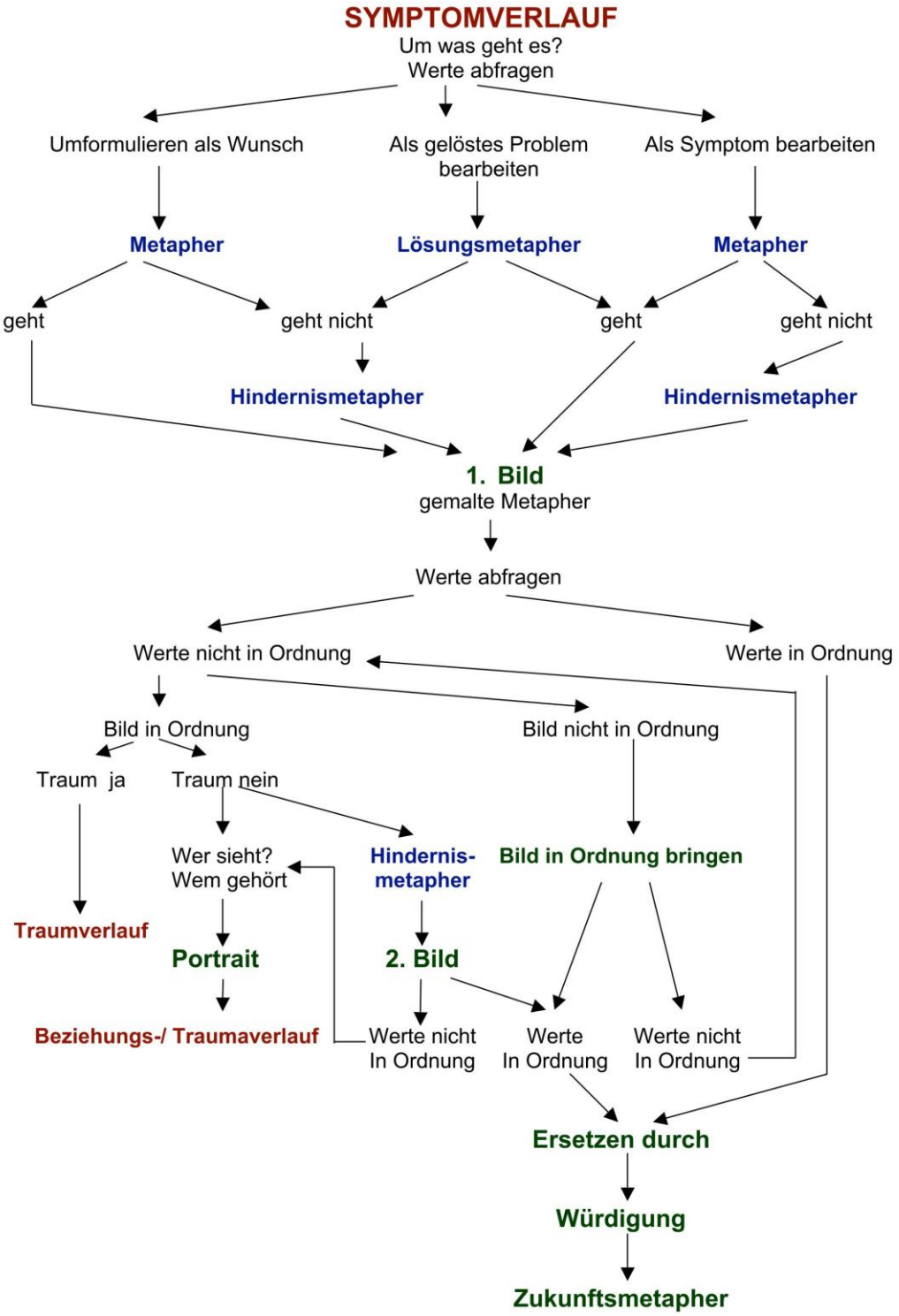

Abbildung 26: Arbeitsschritte bei Symptomen

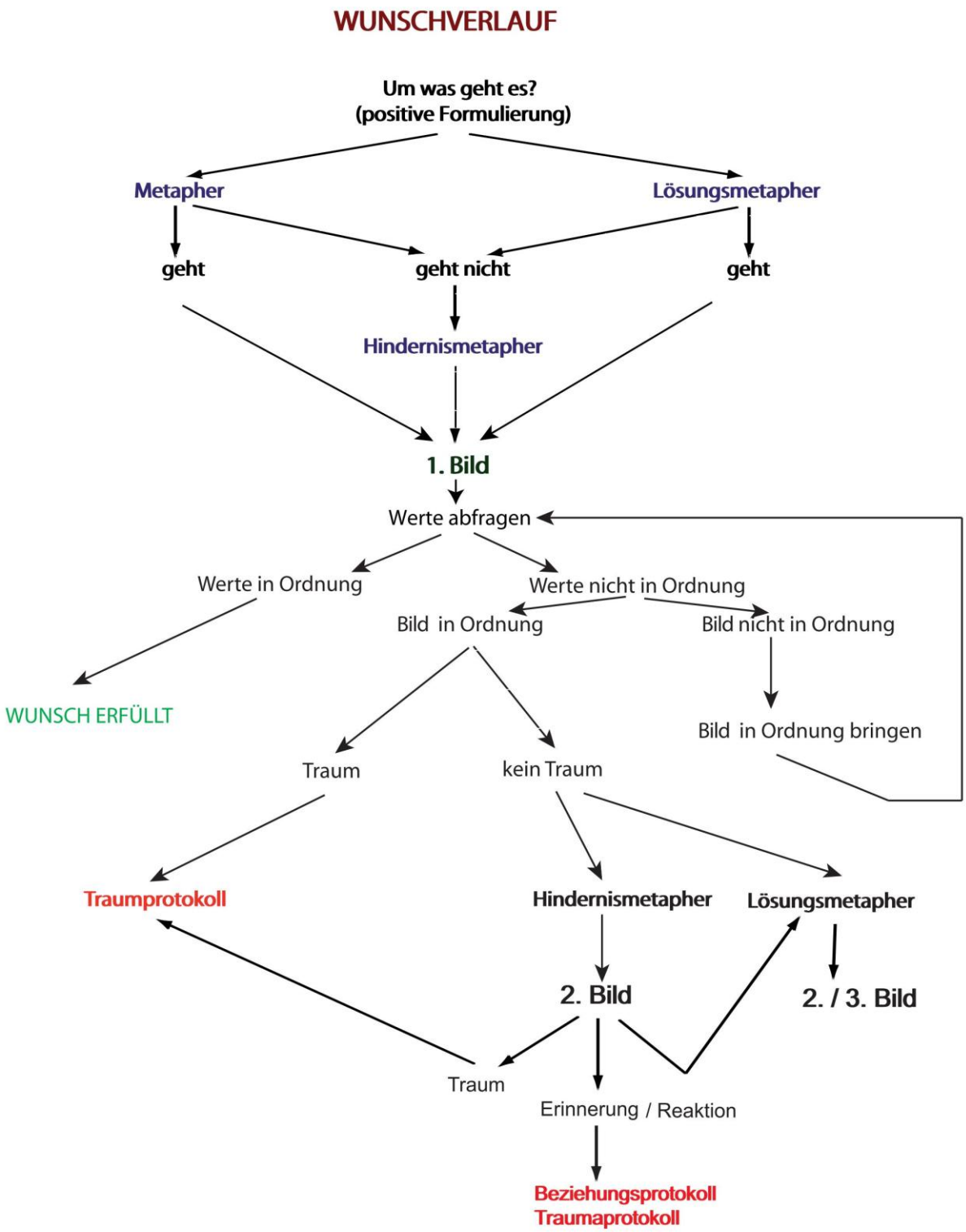

Abbildung 27: Arbeitsschritte bei Wünschen

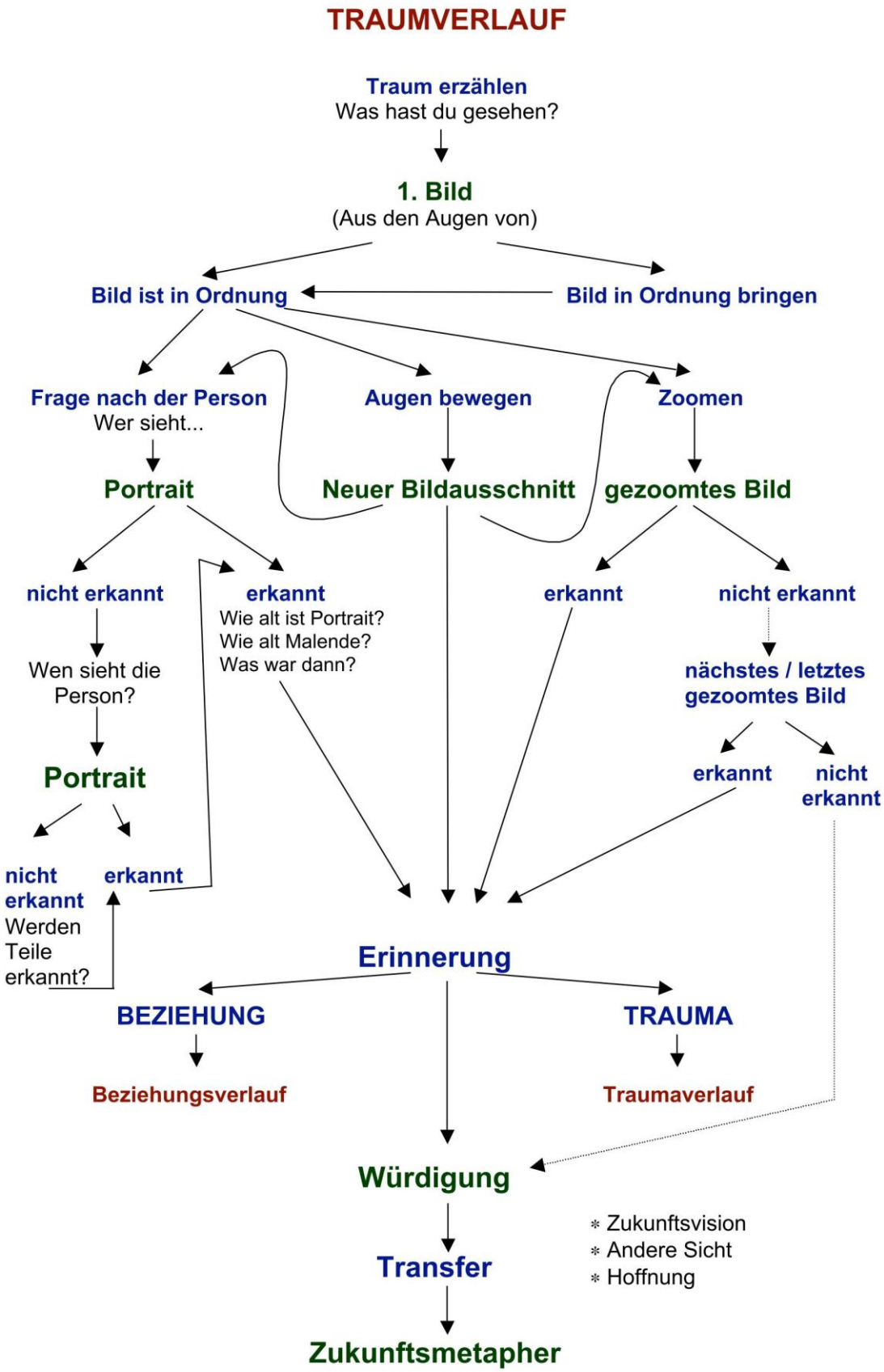

Abbildung 28: Arbeitsschritte bei Träumen

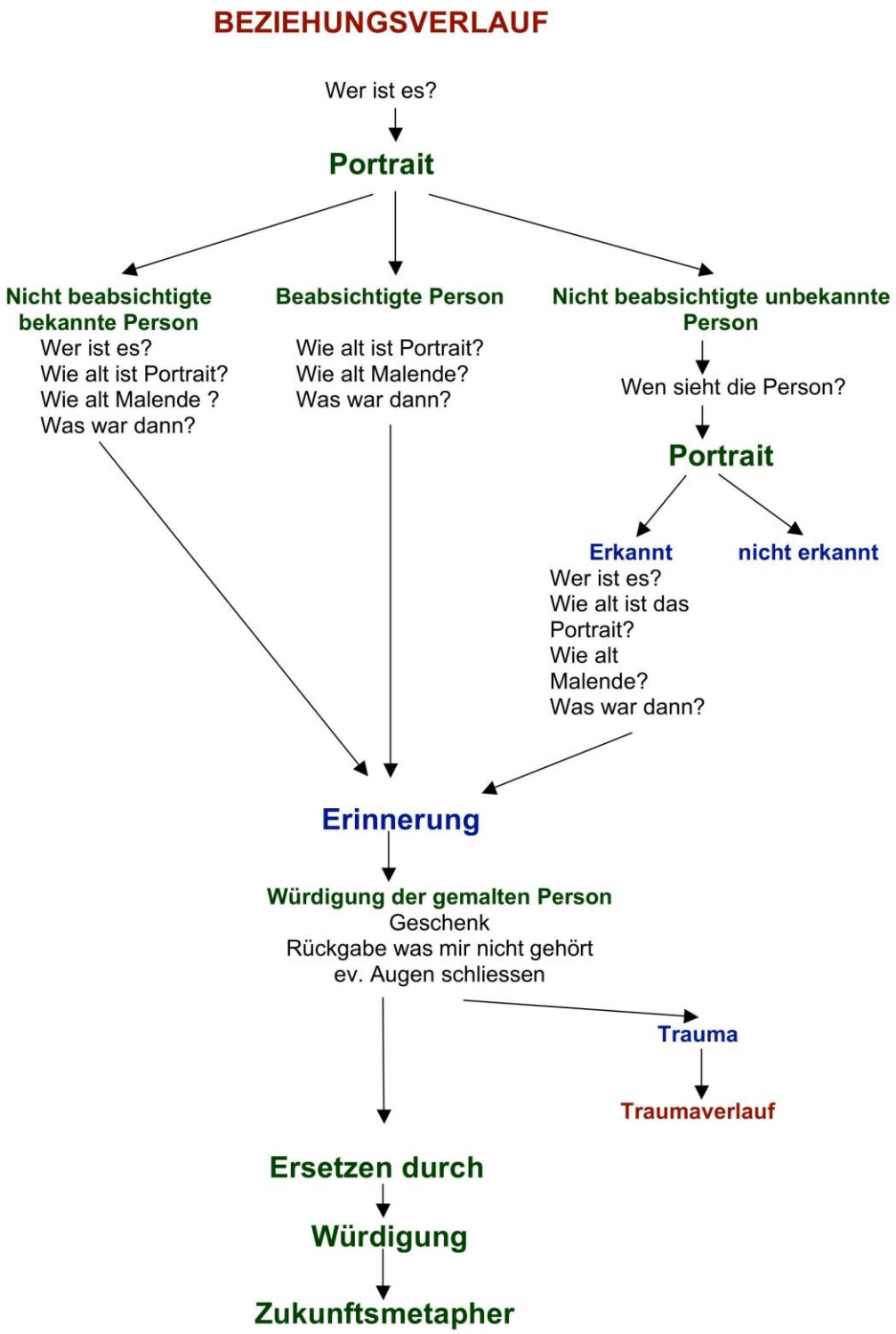

Abbildung 29: Arbeitsschritte bei Beziehungskonflikten

Entscheidung

Was ist die Ausgangslage?
Was sind die genauen Alternativen?
Wähle zwei mögliche Alternativen, höchstens drei
Diese Portraits werden schnell und gleich hintereinander mit der ungeübten Hand gemalt

↓

Variante A

„Stell dir vor, du hast Variante A gewählt und es ist ein Jahr später (Zeitspanne dem Anliegen anpassen). Male jetzt ein Portrait von dir zu dieser Zeit.

↓

Selbstportrait Variante A

↓

Variante B

„Stell dir vor, du hast Variante B gewählt und es ist ein Jahr später (Zeitspanne gleich wie Variante A). Male jetzt ein Portrait von dir zu dieser Zeit.

↓

Selbstportrait Variante B

↓

Entscheidung

Die beiden (ev. drei) Portraits nebeneinander hängen und auf sich wirken lassen.
Entscheidung fällen, welches Portrait zuerst optimiert werden soll

↓

Optimierung

Alle Portraits werden optimiert
(Kleid andere Farbe, Hintergrund andere Farbe, Geschenk?)

↓

Rücknahme

Es wird bestimmt, welche Verantwortung zu sich zurück genommen werden muss, damit das Projekt glücken kann. Mit einer Metapher „geometrische Form“ wird die Rücknahme auf den Oberkörper des Selbstportraits gemalt.

Abbildung 30: Arbeitsschritte bei Entscheidungen

8.9 Verzeichnis der akademischen Lehrer

Meine akademischen Lehrer waren Damen/Herren in Marburg:

Alter, Arhelger, Baarlink, Baum, Bartsch, Barth, Baumann, Becker, Becker, Berthelmann, Beutel, Bien, Blanarsch, Bösner, Brendel, Bücking, Carl, Cetin, Colcuc, Czubayko, Daniel, Dannlowski, Daut, Debus, Dinges, Dodel, Donner-Banzhoff, Duda, Eickmann, Elsässer, El-Zayat, Fendrich, Fenner, Frink, Fuchs-Winkelmann, Gjorgjevski, Glatzl, Goeze, Görg, Görg, Greene, Gress, Greulich, Grikscheit, Grosse, Harries, Häußermann, Hegele, Hertl, Heyse, Hoch, Hofmann, Hofmann, Höffken, Holland, Hoyer, Jerrentrup, Jomaa, Josephs, Kalder, Kann, Kepura, Kill, Kinscherf, Kircher, Kirschbaum, Klapp, Klemmer, Klose, Knöppel, Koczulla, Köhler, König, Koolman, Krüger, Kühne, Christian, Kühnert, Leonhardt, Andreas, Lill, Lohoff, Lüsebrink, Maier, Maisner, Malcherczyk, Metzelder, Meyer, Michl, Moll, Moosdorf, Mueller, Mutters, Neubauer, Neubauer, Nilles, Nimphius, Nimsky, Oertel, Opitz, Pagenstecher, Pantazis, Pape-Meyer, Parahuleva, Patrascan, Peterlein, Pfützner, Plant, Ramaswamy, Renz, Richter, Riera Knorrenschild, Ries, Riße, Rosenow, Rost, Röttgers, Ruchholtz, Schales, Schäfer, Schäfer, Schieffer, Schierl, Schmidt, Schmidt, Schneider, Schröder, Schröder, Schuh, Schulze, Schüttler, Schwarting, Seifart, Seipelt, Seitz, Sekundo, Sevinc, Shams-Eldin, Sibai, Skrobek, Steinfeldt, Steiniger, Steinkamp, Stiewe, Streubel, Strik, Strzelczyk, Suske, Tackenberg, Timmesfeld, Vogelmeier, Vogt, Vorwerk, Wagner, Wallot, Wandel, Wenner, Westermann, Westhoff, Wiegand, Wißniowski, Wollmer, Worzfeld, Wrocklage, Wulf, Zavorotnyy, Ziring, Zwiorek
in Bad Zwesten: Eckardt
in Bad Berleburg: Kolbe, Riess, Blackstein

8.10 Danksagung

Eine wissenschaftliche Arbeit ist nie das Werk einer einzelnen Person. Deshalb ist es jetzt an der Zeit, mich bei denjenigen zu bedanken, die mich in dieser Phase meiner akademischen Laufbahn begleitet haben.

Zu besonderem Dank bin ich Prof. Dr. Matthias Kalder verpflichtet, der mir überhaupt erst die Möglichkeit gegeben hat, diese Arbeit zu schreiben und mir zu jeder Zeit mit thematischen und wissenschaftlichen Hinweisen und konstruktiven Gesprächen zur Verfügung stand.

Ebenso geht mein Dank an Dr. Bettina Egger und Jörg Merz, M. Sc., die mir eine Vielzahl an Material und Wissen zur Verfügung gestellt haben und mich tatkräftig unterstützt haben.

Außerdem danke ich Prof. Dr. rer. med. habil Karel Kostev für die große Unterstützung in der statistischen Auswertung.

Des Weiteren möchte ich mich bei meinen Freunden bedanken, insbesondere bei Verena, Steffi, Steffen, Basti, Vinzenz und Netti.

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie. Ohne ihre Unterstützung, ihre Gebete und Fürsorge wäre diese Arbeit nicht zu dem Werk geworden, welches sie heute ist. Daher ein großes Danke an: Elisabeth und Markus, Anna und Alex, Peter und Malena, Jonathan und meine Eltern Angela und Hans-Peter sowie meine Schwiegereltern Kornelius und Nadja.

Meine größte Unterstützung in dieser Zeit kam von meinem Ehemann Joel Sterzer, ohne den ich nicht die Zeit und Möglichkeit gehabt hätte, diese Arbeit zu verfassen.

Vor allem danke ich Gott, der mir bei jedem Schritt dieser Arbeit geholfen hat.