

Kunsttherapie steigert die Lebensqualität bei Multipler Sklerose

Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Studie während einer stationären Rehabilitationsbehandlung

Neurol Rehabil 2013; 19 (3): 176–182
© Hippocampus Verlag 2013

C. Sterz^{1,2}, S. Heimes¹, T. Blessing², P. Flachenecker²

Zusammenfassung

Hintergrund: Ziel dieser randomisierten, kontrollierten Studie war die Überprüfung der Auswirkungen kunsttherapeutischer Interventionen auf die Lebensqualität von Patienten mit Multipler Sklerose (MS) während einer stationären Rehabilitationsbehandlung.

Methoden und Material: Von 69 MS-Patienten, die an einem evaluierten Coping-Programm (REMUS) teilnahmen, wurden 32 der Kontrollgruppe und 37 der Verumgruppe zugewiesen. Letztere nahmen zweimal wöchentlich an einer kunsttherapeutischen Behandlung über jeweils 60 Minuten teil. An drei Befragungszeitpunkten (zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme sowie nach sechs Monaten) wurden Lebensqualität (HALEMS), Depression (ADS-L), Selbstwirksamkeit (MSSeS) und Fatigue (WEIMuS) anhand standardisierter und evaluierter Fragebögen erhoben. Zusätzlich fand eine qualitative Befragung statt.

Ergebnisse: In beiden Gruppen verbesserten sich Stimmung, Sozialverhalten, Selbstwirksamkeit und Fatigue nach der Rehabilitation, aber die Verbesserung bei Stimmung, Sozialverhalten und Fatigue erreichte nur in der Verumgruppe statistische Signifikanz. Unterschiede zwischen beiden Gruppen zeigten sich bezüglich subjektivem Wohlbefinden (physisch und emotional), Flexibilität und Veränderungsbereitschaft.

Schlussfolgerung: Kunsttherapie verbessert die Lebensqualität bei MS-Patienten, insbesondere in den Bereichen Stimmung, Selbstwirksamkeit, Sozialverhalten und Fatigue. Ein Einfluss auf die Ausbildung langanhaltender Krankheitsbewältigungsstrategien kann dabei angenommen werden, muss aber in weiteren Studien überprüft werden.

Schlüsselwörter: Multiple Sklerose, Lebensqualität, Kunsttherapie

¹ Medical School Hamburg

² Neurologisches
Rehabilitationszentrum Quellenhof,
Bad Wildbad

Einleitung

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit mutmaßlich autoimmuner Genese. Der kaum prognostizierbare Krankheitsverlauf mit ständig drohenden enormen Behinderungen und die bei fortschreitender Erkrankung eintretenden Einschränkungen führen zu starken psychischen Belastungen, verursachen eine andauernde Stresssituation und sind verbunden mit Auswirkungen auf das soziale und familiäre Umfeld. Die Betroffenen müssen lernen, mit ihrer Behinderung umzugehen und die Unheilbarkeit der Erkrankung zu akzeptieren. Dies führt zu einer signifikanten Reduktion der Lebensqualität (LQ) [22].

Da die Entwicklung von Coping-Strategien zur Krankheitsverarbeitung von entscheidender Bedeutung ist, sind verschiedene Coping-Programme entwickelt worden. Im Neurologischen Rehabilitations-

zentrum Quellenhof in Bad Wildbad wird seit 2005 MS-Patienten, bei denen die Diagnose MS neu gestellt wurde, oder die sich aufgrund eingetretener Einschränkungen nun mit der Krankheit auseinandersetzen müssen, in Ergänzung zu dem störungsspezifischen, individuellen Rehabilitationsprogramm das REMUS-Konzept angeboten (REMUS – Ressourcen aktivieren, Eigenverantwortung stärken – ein interaktives Selbstmanagementprogramm für junge und neu erkrankte Patienten mit MS) [13].

Ein Baustein dabei ist die Kunsttherapie (KT) als eine nonverbale komplementäre Methode zur Auseinandersetzung mit innerpsychischen Prozessen. Durch künstlerisches Arbeiten werden die Sinnesempfindungen aktiviert, und in einem symbolhaften Explorationsrahmen können spielerisch Handlungs- und Veränderungskompetenz erlernt werden [12]. Dabei werden Selbstheilungskräfte freigesetzt und neue Lebensperspektiven gewonnen [14].

Die Wirkung der KT ist bisher wenig systematisch erforscht. Immer wieder wurde auf deren besonderen Status im Hinblick auf Forschung verwiesen, die Schwierigkeit, den künstlerischen Entstehungs- und Gestaltungsprozess adäquat abzubilden und auch den therapeutischen Prozess zu erfassen und zu beschreiben [18]. Darstellung und Dokumentation der Wirksamkeit einer Maßnahme auch von kunsttherapeutischen Interventionen sind aber möglich. In einem systematischen Review werden fünf qualitative und neun quantitative Untersuchungen mit Krebspatienten beschrieben [25]. Weitere Studien wurden mit chronisch Kranken [19] für Schizophrenie [21] durchgeführt. Außerdem gibt es Untersuchungen zu anthroposophischer KT [3, 9]. Zur Wirksamkeit von KT auf MS-Patienten wurde eine Pilotstudie durchgeführt [1]. Anzahl der Probanden und Studienaufbau differieren bei den aufgeführten Untersuchungen erheblich. Oftmals werden in der kunsttherapeutischen Forschung auch vor allem Werkanalysen mit einbezogen [8, 11].

Ziel der hier vorliegenden Studie ist die Untersuchung, ob Maßnahmen der KT während einer stationären Rehabilitationsbehandlung über die Beeinflussung bestimmter Determinanten (Zielvariablen) die Lebensqualität (LQ) von Patienten mit MS verbessern können.

Patienten und Methoden

Patienten

Von insgesamt 93 Patienten, die im Zeitraum vom 18.05. bis 15.12.2010 zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme im Neurologischen Rehabilitationszentrum Quellenhof aufgenommen wurden und bei denen die behandelnden Ärzte die Teilnahme am REMUS-Programm für indiziert erachteten, konnten 69 Patienten mit der Diagnose MS in die Studie eingeschlossen werden.

Bei zwei Patienten wurde die Diagnose MS im Laufe des Aufenthalts revidiert, eine Patientin konnte wegen ihrer starken Sehbehinderung nicht aufgenommen werden, zwei Patienten lehnten KT grundsätzlich ab, ein Patient wollte an der Musiktherapie teilnehmen und bei fünf Patienten konnten die Daten nicht gewertet werden, weil weniger als fünf KT-Termine stattgefunden hatten. Dreizehn Patienten, die der KG zugewiesen waren, lehnten die Teilnahme ab, weil sie auf jeden Fall an der KT teilnehmen wollten, und wurden deshalb nicht berücksichtigt. Es gab keine Probanden, die die KT vorzeitig abbrachen.

Das störungsspezifische, individuelle Rehabilitationsprogramm wird beim REMUS-Programm durch Einzelbehandlungen, Gruppenangebote, Vorträge und Diskussionsrunden zu krankheitsrelevanten Themen ergänzt. Angesprochen sind alle Patienten, die sich aktiv mit ihrer Krankheitssituation auseinandersetzen wollen oder müssen [13]. Nach Zuweisung zum REMUS-Programm durch die behandelnden Ärzte wurde die schriftliche Einverständniserklärung der Patienten zur

	VG N = 37	KG N = 32
Alter (M (SD))	37,3 (8,8)	36,9 (9,6)
Geschlecht (Anzahl (%))		
Frauen	25 (67,6)	23 (71,9)
Männer	12 (32,4)	9 (28,1)
Familienstand (Anzahl (%))		
Ledig/allein	13 (37,1)	6 (19,4)
In der Familie	22 (62,9)	25 (80,6)
Berufstätigkeit (Anzahl (%))		
Berufstätig	31 (83,8)	24 (75,0)
Nicht berufstätig	3 (8,1)	1 (3,1)
Arbeitsunfähig	3 (8,1)	7 (21,9)
Erstmanifestation Jahre (M)	7,0	7,2
Erstdiagnose Jahre (M)	3,4	3,3
Erstdiagnose i. d. letzten 12 Monaten (Anzahl (%))	18 (48,6)	10 (33,3)
EDSS (Median)	3,0	3,5
EDSS (Mittelwert)	3,43	3,38

Tab. 1: Soziodemographische und krankheitsspezifische Daten M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Zeiträume in Monaten, EDSS-Skala 0 – 10

Studienteilnahme eingeholt und von der Studienleiterin (CS) eine randomisierte Zuweisung entweder zur Verumgruppe (VG; 37 Pat.) oder zur Kontrollgruppe (KG; 32 Pat.) vorgenommen. Randomisierungskriterium war die gerade oder ungerade Quersumme des Geburtsdatums. Die soziodemographischen Daten sind in Tabelle 1 ausführlich beschrieben. Beide Gruppen wurden hinsichtlich aller untersuchten Kriterien (Geschlecht, Alter, Familienstand, Berufstätigkeit) statistisch auf Vergleichbarkeit getestet. Es ergab sich bei keinem der Tests ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg genehmigt.

Inhalte der Kunsttherapie- und der Kontrollgruppe

Die Patienten der Kunsttherapie-Gruppe (Verumgruppe, VG) erhielten während ihres drei- bis zehnwöchigen Aufenthalts zweimal pro Woche eine Stunde KT. Damit die Daten in die Auswertung eingehen konnten, mussten mindestens fünf Termine stattgefunden haben. Bezüglich der Inhalte der KT wurden keine Vorgaben gemacht, auch das Material (Farben aller Art sowie Ton, Gips und Speckstein) war frei wählbar. Das zugrundeliegende Konzept der KT basiert auf einem lösungs- und ressourcenorientierten Ansatz. Der Fokus lag auf der künstlerischen Arbeit als Prozess und nicht auf dem entstandenen Werk, das deshalb auch nicht in die Analyse einbezogen wurde.

Die Patienten der Kontrollgruppe (KG) erhielten als unangeleitetes Ersatzprogramm eine CD mit Entspannungsmusik zum selbstständigen Anhören im gleichen zeitlichen Umfang.

Stichproben	Verumgruppe			Kontrollgruppe		
	Z0	Z1	Z2	Z0	Z1	Z2
Erhebungszeitpunkt	Z0	Z1	Z2	Z0	Z1	Z2
Zielvariablen/Subskalen	Mean/(s.d.)	Mean/(s.d.)	Mean/(s.d.)	Mean/(s.d.)	Mean/(s.d.)	Mean/(s.d.)
Körperliche Beschwerden (HALEMS)						
(1) Beweglichkeit obere Extremitäten	1,58 (0,90)	1,53 (0,78)	1,44 (0,53)	1,79 (0,75)	1,65 (0,69)	1,71 (0,79)
(2) Beweglichkeit untere Extremitäten	2,19 (1,16)	2,11 (1,08)	2,06 (0,84)	2,38 (1,07)	2,25 (0,95)	2,17 (0,95)
Psychische Verfassung (HALEMS)						
(3) Stimmung	2,57 (0,94)	2,06 (0,65)*	2,25 (0,66)	2,41 (0,67)	2,15 (0,94)*	2,37 (0,97)
Erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen (HALEMS)						
(4) Fatigue	2,52 (1,09)	2,14 (0,85)*	2,46 (1,07)*	2,75 (1,00)	2,49 (0,87)	2,68 (0,88)
(5) Kognition	1,86 (0,93)	1,88 (0,86)	2,18 (1,11)*	2,43 (1,18)	2,24 (0,99)	2,48 (0,84)
Sozialer Bereich						
(6) Soziale Interaktion (HALEMS)	2,05 (0,96)	1,78 (0,69)*	1,62 (0,76)	1,94 (0,98)	1,79 (0,77)	1,75 (0,88)
(7) Selbstwirksamkeit (MSSes)	4,12 (0,90)	4,50 (0,83)*	4,35 (0,77)	4,02 (0,89)	4,33 (0,92)*	4,20 (1,04)

Tab. 2: Quantitative Befragung: Zielvariablen Lebensqualität: Subskalen HALEMS, MSSes *($p < 0,05$)

Messinstrumente

Die Wirkung der KT wurde anhand der Veränderung von vier Zielvariablen für die Beeinflussung der LQ gemessen [23]: körperliche Beschwerden, psychische Verfassung, erkrankungsbedingt funktionale Einschränkungen und sozialer Bereich.

Die Datenerhebung erfolgte zu drei Befragungszeitpunkten (Beginn (Z0) und Ende (Z1) der Rehabilitationsmaßnahme, (Z2) Nachbefragung nach sechs Monaten) über vier standardisierte Fragebogeninstrumente.

Der Hamburger Lebensqualitätsfragebogen bei MS (HALEMS) wurde speziell zur Erfassung gesundheitsbezogener LQ bei MS entwickelt [7]. Er besteht aus 44 likertskalierten Items (1 = gar nicht bis 5 = sehr), von denen 28 zu sechs Subskalen zusammengefasst werden: Fatigue (vier Items), Kognition (vier Items), Beweglichkeit der oberen Extremitäten (fünf Items), Beweglichkeit der unteren Extremitäten (vier Items), Stimmung (fünf Items) und soziale Interaktion (sechs Items). Niedrigere Werte spiegeln jeweils eine höhere LQ wider.

Die »Allgemeine Depressionsskala lang (ADS-L)« als spezielles Instrument zur Beurteilung der Stimmung umfasst 20 skalierte Items (0 = selten bis 3 = meistens) [10]. Höhere Werte zeigen ein höheres Maß an Depression an.

Das Würzburger Erschöpfungs-Inventar bei MS (WEI-MuS) misst mit 17 Items (0 = fast nie bis 4 = fast immer) die erhöhte Erschöpfbarkeit [5]. Höhere Werte bedeuten ein höheres Maß an Erschöpfbarkeit.

Mit der MS-Selbstwirksamkeitsskala (MSSes) soll erfasst werden, inwieweit die Fähigkeit vorhanden ist, alltägliche Situationen zu beeinflussen und zu kontrollieren. Aus 14 skalierten Items (1 = völlige Ablehnung bis

6 = völlige Zustimmung) wird ein Gesamtwert ermittelt [20]. Ein höherer Wert bedeutet dabei eine bessere Kontrollüberzeugung und damit einen besseren Umgang mit der Erkrankung.

Ergänzend wurde eine qualitative Befragung durchgeführt mit Fragen zu Zielen und Erwartungen an die Reha, Ressourcen im Alltag, Beurteilung der Veränderungen, Wirkung der Intervention, Beurteilung der KT und des erwarteten Nutzens für die Zukunft.

Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS 19.0. Die einzelnen Items wurden nach den Auswertungsvorgaben zu den entsprechenden Subskalen zusammengefasst.

Für alle (Sub-)Skalen der Fragebogeninstrumente wurden Mittelwerte errechnet. Diese wurden jeweils innerhalb der Stichproben (VG, KG) miteinander verglichen und die Veränderungen in den drei verschiedenen Befragungszeitpunkten mit Hilfe des t-Tests auf ihre Signifikanz hin geprüft (Tab. 2). Beim Vergleich des zweiten und dritten Befragungszeitpunktes wurde bei nicht ausreichender Korrelation der verbundenen Stichproben in einigen Fällen statt des t-Tests der Wilcoxon-Test verwendet. Das Signifikanzniveau wurde auf $p \leq 0,05$ festgelegt.

Für die nicht standardisierten qualitativen Fragebögen mit offenen Fragen, bei denen Mehrfachantworten zugelassen waren, wurden aufgrund der tatsächlichen Antworten zunächst Codepläne erstellt, dann die Bögen entsprechend codiert und ebenfalls mit SPSS 19.0 ausgewertet.

Ergebnisse

Körperliche Beschwerden

Die Subskalen des HALEMS zeigten sowohl für die Beweglichkeit der unteren als auch der oberen Extremitäten (Grob- und Feinmotorik) nur geringe, nicht signifikante Veränderungen (Tab. 2). Bei der qualitativen Analyse lag der Fokus der VG stärker im Bereich »körperliches Wohlbefinden« (VG 18,9%, KG 4,3%) und weniger auf »Gehfähigkeit« (VG 29,7%, KG 52,2%) (Tab. 3).

Psychische Verfassung

Die Subskala Stimmung des HALEMS zeigt für die VG eine hochsignifikante Verbesserung zwischen Beginn (Z0) und Ende (Z1) der Intervention (p=0,000). Nach sechs Monaten (Z2) war der Mittelwert im Vergleich zum Ausgangswert immer noch signifikant besser (Z0-Z2: p=0,043). In der KG hatte sich die Stimmung zwischen Z0 und Z1 auch signifikant gebessert (p=0,032). Der Unterschied zwischen Z0 und Z2 war jedoch nicht signifikant (Tab. 2).

Die Werte des ADS-L zeigen einen ähnlichen Verlauf, eine eindeutige Überlegenheit lässt sich hier jedoch nicht nachweisen (VG: Z0-Z1 p=0,001, Z0-Z2 p=0,010; KG: Z0-Z1 p=0,002, Z0-Z2 p=0,010).

Bei der qualitativen Analyse lassen die Antworten der VG auf die Frage nach den eingetretenen Veränderungen durch die Intervention auf eine tendenziell positive Beeinflussung der Stimmung schließen: psychisches Wohlbefinden (37,8%), Depression (8,1%) und Entspannung/Ruhe (37,8%). Diese Effekte stehen mit den Messungen im HALEMS in Einklang. In der KG sind diese Zusammenhänge deutlich schwächer: psychisches Wohlbefinden (8,7%), Depression (13%) und Entspannung/Ruhe (13%) (Tab. 3).

Befragt nach dem speziellen Einfluss auf die Veränderungen, der Wirkung der Intervention, brachten die Probanden der VG die Parameter Stimmungsaufhellung/Freude (29,7%) sowie Problemverarbeitung (27%) und Selbstwertsteigerung (16,2%) eindeutig in Zusammenhang mit der KT (Tab. 4). In der KG waren die entsprechenden Werte sehr viel niedriger oder wurden gar nicht genannt. Insgesamt sahen zum Ende der Reha-Behandlung 100% der Patienten der VG einen positiven Nutzen der Intervention im Gegensatz zu 26,2% der KG. Bei der Nachbefragung nach sechs Monaten waren es in der VG noch 77,8% gegenüber 39,2% in der KG.

Erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen

Fatigue

Die erhöhte Erschöpfbarkeit (Fatigue) gemessen mit HALEMS verbesserte sich in Z1 für beide Gruppen. Im Follow-up kam es jeweils zu einer Verschlechterung. Nur für die VG waren die Werte signifikant (VG: Z0-Z1 p=0,016, Z1-Z2 p=0,016; KG: Z0-Z1 p=0,083, Z1-Z2 p=0,461) (Tab. 2).

	Verumgruppe N = 37		Kontrollgruppe N = 23	
	Abs.	%	Abs.	%
Psychische Verfassung:				
Mehr Ruhe/Gelassenheit/Ausgeglichenheit/Entspannung	14	37,8	3	13,0
Psychisches Wohlbefinden/Belastbarkeit	14	37,8	2	8,7
Depression	3	8,1	3	13,0
Körperliche Beschwerden:				
Körperliches Wohlbefinden/Fitness/Ausdauer	7	18,9	1	4,3
Gehfähigkeit/Motorik	11	29,7	12	52,2

Tab. 3: Qualitative Befragung: Ende der Intervention (Z1): allgemeine Verbesserungen

	Verumgruppe N = 37		Kontrollgruppe N = 23	
	Abs.	%	Abs.	%
Psychische Verfassung:				
Stimmungsaufhellung/Freude/Spaß	11	29,7	1	4,3
Ablenkung von Beschwerden/Problemen/Problemverarbeitung	10	27,0	1	4,3
Erfolgs erlebnis/Selbstwertsteigerung	16	16,2	0	0,0
Entspannung/Ruhe/Zeit für mich	6	43,2	7	30,4
Kognitive Komponente:				
Zentrierung/Prioritätenänderung/neue Sichtweise	12	32,4	0	0,0
Kreativitätssteigerung/Neues ausprobieren	11	29,7	0	0,0

Tab. 4: Qualitative Befragung: Ende der Intervention (Z1): Wirkung der Intervention

Die Werte des WEIMuS-Fragebogens zur Erschöpfung bestätigen grundsätzlich die Ergebnisse des HALEMS. Hier kam es zunächst für beide Gruppen zu signifikanten Verbesserungen (VG/KG: Z0-Z1 p≤0,001), nach sechs Monaten jedoch wieder zu einer Verschlechterung. Die Anfangs- und Endwerte zeigen eine nicht signifikante Verbesserung. Eine eindeutige Überlegenheit einer Gruppe konnte nicht nachgewiesen werden.

Kognition

Die Veränderungen in der Subskala Kognition des HALEMS, die die mentalen Beeinträchtigungen misst, waren gering und statistisch nicht signifikant, ausgenommen eine signifikante Verschlechterung der Werte in der VG nach sechs Monaten gegenüber dem Interventionszeitpunkt (Tab. 2).

Erweitert man den Begriff der kognitiven Komponente über den rein funktionellen Bereich hinaus, so lassen bei der qualitativen Befragung die Nennungen der VG aber auf eine Zunahme der Veränderungsbereitschaft und der Flexibilität sowie eines Überdenkens der Perspektive und der Prioritäten schließen, die auch noch bei der Nachbefragung sichtbar ist (Prioritätenänderung/neue Sichtweise Z1=32,4%, Z2=25,9%; Kreativitätssteigerung/Neues ausprobieren Z1=29,7%, Z2=33,3%). In der KG finden sich hierzu kaum Angaben (Tab. 4).

	Verumgruppe N = 37		Kontrollgruppe N = 23	
	Abs.	%	Abs.	%
Positiver Nutzen (netto)	33	91,6	13	56,5
Stimmungsaufhellung/Freude/Spaß	14	38,8	3	13,0
Ablenkung von Beschwerden/Problemen/Problemverarbeitung	9	25,0	4	17,4
Erfolgsenerlebnis/Selbstwertsteigerung	2	5,6	0	0,0
Entspannung/Ruhe/Zeit für mich	4	11,1	0	0,0
Kognitive Komponente:	5	13,9	0	0,0
Zentrierung/Prioritätenänderung/neue Sichtweise	11	30,6	0	0,0
Kreativitätssteigerung/Neues ausprobieren	3	8,3	8	34,8

Tab. 5: Qualitative Befragung: Ende der Intervention (Z1): Nutzen für die Zukunft

Sozialer Bereich

Soziale Interaktion

Für die VG ergab sich eine positive, statistisch signifikante Veränderung zwischen Z0 und Z1 ($p = 0,031$). In Z2 war der Mittelwert weiter gesunken, und im Vergleich zu Z0 zeigte sich hier immer noch eine signifikante Verbesserung ($p = 0,029$). Für die KG kann man in dem leichten Abwärtstrend einen Anstieg der sozialen Komponente erkennen, jedoch ohne signifikante Veränderungen. Auch hier fällt wieder eine leicht bessere Entwicklung in der VG auf, die auf die KT zurückgeführt werden könnte (Tab. 2).

Für die Selbstwirksamkeit (MSSeS) kam es in beiden Gruppen zu einer signifikanten Verbesserung am Ende der Intervention. Im Follow-up verschlechterten sich die Werte wieder, lagen aber immer noch höher als in Z0. Insgesamt waren die absoluten Werte und die positive Veränderung in der VG stärker ausgeprägt als in der KG (Tab. 2).

Allgemeine Effekte

Nutzen für die Zukunft

Probanden der VG sahen durch die KT einen klaren Nutzen für die Zukunft. Dabei standen Möglichkeiten für eine neue Freizeitbeschäftigung (38,9%) im Fokus. Auf eine positive Beeinflussung der Stimmung lassen die Aussagen »psychische Stabilität« (25%) und »Freude/Steigerung des Selbstwertgefühls« (5,6%) schließen. Eine kognitive Komponente bezogen auf Verhaltensänderung und Neuausrichtung ergibt sich aus den Aussagen »neue Möglichkeiten/Perspektivänderung« (30,6%), »Kreativität freigesetzt/Anregungen« (13,9%) und »Prioritäten setzen/Zeit nehmen« (11,1%) (Tab. 5).

Beurteilung der Kunsttherapie

Zur angebotenen kunsttherapeutischen Vorgehensweise und den Inhalten machten 97,2% der Probanden der VG mindestens eine positive Angabe. Vor allem die Antworten »freie Zeiteinteilung« (16,7%), »kein Erwar-

tungsdruck« (19,4%) und »Anleitung« (25%) zeigen die hohe Akzeptanz.

Diskussion

Primäres Ziel dieser Studie war es, einen systematischen Nachweis der Wirksamkeit der KT bei MS-Patienten zu erbringen. Die mit künstlerischen Methoden arbeitenden Therapeuten sind von der positiven Wirkung ihrer Therapie überzeugt und bekommen sie immer wieder von ihren Patienten gespiegelt, systematische Untersuchungen hierzu insbesondere bei Patienten mit MS fehlten aber bisher.

Unsere Studie konnte eine Wirkung der KT auf die LQ von MS-Patienten für nahezu alle untersuchten Parameter und deren Subskalen nachweisen. Lediglich im körperlichen Bereich kam es bei der Grobmotorik nur zu geringfügigen Änderungen, die sicher eher auf die Wirksamkeit anderer Therapiemaßnahmen zurückzuführen sind. Allerdings zeigt sich in den beiden Gruppen eine unterschiedliche Wahrnehmung. Während der Fokus der Patienten der KG auf klar umrissene »Basis«-Ziele gerichtet war (»Gehfähigkeit«), stand in der VG das »körperliche Wohlbefinden« im Vordergrund, was durchaus als Manifestation einer therapeutischen Wirkung gewertet werden darf. Außerdem weist der Begriff körperliches Wohlbefinden auf eine gewisse Krankheitsakzeptanz hin und enthält einen Zufriedenheitsaspekt. Vergleichbar damit weist der Bereich der Feinmotorik ebenfalls nur geringfügige Besserungen auf, die die Patienten auch nicht mit der KT in Verbindung bringen. Dies könnte daher rühren, dass die Probanden nur relativ geringfügige Beschwerden hatten und für diesen Aspekt wenig sensibilisiert waren. Denn gerade durch das ständige Training der Hände während des künstlerischen Arbeitens können Motorik und Sensibilität sehr erfolgreich behandelt werden.

Eine sehr starke Wirkung der KT zeigte sich im psychischen Bereich, sowohl in den Daten der standardisierten Instrumente als auch bei der qualitativen Befragung. Hier deuten Vielfalt und Differenzierung der Nennungen in der VG auf eine Stärkung der Wahrnehmungsfähigkeit hin. Durch das künstlerische Arbeiten werden die Sinne aktiviert, das Tasten, Sehen und Fühlen, was sich auch förderlich auf Prozesse des emotionalen Erlebens auswirken kann [14]. Dies zeigt sich bei der Wirkung auf die Stimmung, wenn »psychisches Wohlbefinden« angegeben wird. Die Verbesserung depressiver Symptomatik durch die KT konnte auch noch nach sechs Monaten nachgewiesen werden, hat also überdauernde Effekte.

Die unterstützende und fördernde Wirkung der KT zeigte sich auch durch eine recht ausgeprägte Wirkung auf den Bereich soziale Interaktion/Kommunikation und die subjektive Kontrollüberzeugung. Eine Stärkung der Selbstwirksamkeit und des sozialen Verhaltens führt zu positiven Rückkopplungen auf Wahrnehmung, Motivation und Leistung [26] und kann sich deshalb ebenfalls sehr günstig auf depressive Episoden, auf Krankheits-

akzeptanz und die Entwicklung von Coping-Strategien auswirken.

Es zeigte sich auch eine Wirkung der KT auf das Fatigue-Syndrom, die allerdings weniger nachhaltig war. Dies könnte damit zusammenhängen, dass eine Auswirkung auf diesen Parameter immer nur unmittelbar erfolgen kann. Die durch die KT gesetzten Impulse könnten zu einer Umbewertung der persönlichen Situation hinsichtlich der Erschöpfbarkeit geführt haben, die aber nur aufrechterhalten werden kann, wenn immer wieder neue Stimuli gesetzt werden.

Die Auswertung der standardisierten Fragebögen ergab kaum Effekte auf den kognitiven Bereich, vermutlich weil die Probleme hier bei den Probanden noch relativ gering waren. Die Angaben in der qualitativen Analyse sind jedoch höchst beachtenswert. »Perspektivenänderung« oder »Neues ausprobieren/neue Sichtweise« lässt Flexibilität vermuten und die Bereitschaft, Veränderungen zu akzeptieren und einzugehen. Hier zeigen sich Wirkungsweise und Anspruch der KT. Die künstlerische Arbeit fördert die Kreativität auch im Hinblick auf den Alltag und es eröffnet sich ein Spielraum mit der Möglichkeit, Handlungserweiterungen und Verhaltensänderungen vorzunehmen und einzuüben [12]. Das sind sehr wertvolle Kompetenzen im Hinblick auf Krankheitsakzeptanz und die mit MS einhergehende Unsicherheit bezüglich des Krankheitsverlaufs und seiner Bedingungen.

Der Einfluss der KT auf die einzelnen Bereiche der LQ ist bezüglich seiner Intensität mehr oder weniger stark ausgeprägt. Hier muss natürlich neben individuellen Einflussfaktoren wie spezifische Krankheitssituation, aktuelles Problembewusstsein und Veränderungspotential auch die Wirksamkeit aller anderen Therapien gesehen werden, vor allem im Zusammenhang mit dem REMUS-Programm [13].

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass auch die Ersatztherapie, trotz der Intention, sie möglichst niederschwellig zu halten, bei einigen Probanden eine positive Wirkung ausgeübt hat. Es könnten sogar Effekte aufgetreten sein, die denen rezeptiver Musiktherapie ähnlich sind. Eine Kontrollgruppe ohne irgendeine therapeutische Maßnahme war aber aus ethischen Gründen nicht vertretbar.

Es gab einige weitere Limitationen. So war eine Verblindung wegen des Kontakts der Patienten untereinander und wegen der Informationsmöglichkeiten generell praktisch nicht möglich. Das hier praktizierte Randomisierungsverfahren war dem praktischen Klinikalltag, verbunden mit dem teilweise sehr kurzen Aufenthalt der Patienten von nur drei Wochen, geschuldet. Die Begleitung durch die Therapeuten könnte zu einer Beeinflussung der Probanden und damit zu einem Bias geführt haben.

Die hier vorliegenden Ergebnisse werden durch andere Studien bestätigt, die mit Krebspatienten durchgeführt wurden. Danach kommt es durch KT zu einer Verbesserung von Fatigue, Depression, Angstzuständen

Creative arts therapy improves quality of life in MS – results of a randomized controlled trial during inpatient rehabilitation

C. Sterz, S. Heimes, T. Blessing, P. Flachenecker

Abstract

Background: The aim of this randomized controlled trial was to analyze the impact of creative arts therapy (CAT) on quality of life (QoL) in patients with multiple sclerosis (MS) during inpatient rehabilitation.

Material and Methods: Out of 69 MS patients, 37 were randomized to an intervention group with group arts therapy sessions 2/week, whereas 32 patients served as control group. All participants took part in an evaluated coping program (REMUS). At three time points (start and end of rehabilitation and after 6 months), evaluated questionnaires dealing with QoL, depression, self-efficacy and fatigue were presented: HALEMS, ADS-L, MSSeS and WEI-MuS. Furthermore, a qualitative assessment took place.

Results: In both groups, mood, social behavior, self-efficacy, and fatigue improved after inpatient rehabilitation, but the increase of mood, social functions, and fatigue was significant only in CAT. There was also a major positive difference between the two groups concerning subjective well-being (physical and emotional), flexibility, disposition for alteration, and changing of behavior.

Conclusions: Creative arts therapy improves QoL in MS, with particular effects on mood, self-efficacy, social behavior and fatigue. It may also have influence on the creation of coping strategies. This needs to be determined in further studies.

Key words: multiple sclerosis, quality of life, creative arts therapy

Neurol Rehabil 2013; 19 (3): 176–182
© Hippocampus Verlag 2013

[2, 16, 24] und zu positiverer Krankheitsakzeptanz und einer Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens [4, 6, 17]. Außerdem wird auf einen Anstieg der LQ verwiesen [15, 17, 24]. Auch kognitive Elemente wie Situationsklärung und das Überdenken der Perspektive werden erwähnt [6].

Adelwöhrer et al. [1] zeigen in ihrer Studie mit MS-Patienten eine relative Stabilität und eine länger andauernde Verbesserung im psychischen und sozial-kommunikativen Bereich durch die KT auf.

Zur Erforschung der Wirkung der KT sind weitere systematische Untersuchungen wünschenswert, die noch detaillierter und umfassender nachweisen, dass die Freude am künstlerischen Arbeiten verbunden mit synästhetischen Anregungen durch das Material Patienten entsprechend zu stimulieren und zu motivieren vermag und damit KT die LQ bei MS verbessern kann.

Fazit für die Praxis

KT vermag einen positiven Einfluss auf die LQ von MS-Patienten auszuüben. Insbesondere zeigen sich größere Wirkungen auf

- Stimmungslage,
 - Veränderungsbereitschaft,
 - Sozial- und Kommunikationsverhalten und
 - Selbstwirksamkeit,
- aber auch auf
- Fatigue und
 - körperliches Wohlbefinden.

Die praktizierte kunsttherapeutische Struktur wurde von den Probanden äußerst positiv beurteilt: Ausgehend von einem lösungs- und ressourcenorientierten Ansatz wurden keine Vorgaben zur Gestaltung gemacht. Werkanalysen erfolgten nur bei Bedarf und wurden nicht in die Auswertung einbezogen.

Literatur

- Adelwöhrer C, Nausner A, Stieglbauer K, Bibl D, Engleder C, Schimetta W, Pölz W, Ransmayr G, Tölk A, Aichner F. Kunsttherapie bei Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose. *Psychiatr Psychother* 2008; 4/3: 92-99.
- Bar-Sela G, Atid L, Danos S, Gabay N, Epelbaum R. Art therapy improved depression and influenced fatigue levels in cancer patients on chemotherapy. *Psychooncology* 2007; 16 (11): 980-984.
- Born R. *Der kompetente Patient*. Lang, Frankfurt 2006.
- Collie K, Botorff JL, Long BC. A narrative view of art therapy and art making by women with breast cancer. *J Health Psychol* 2006; Sep 11(5): 761-775.
- Flachenecker P, Müller G, König H, Meißner H, Toyka KV, Rieckmann P. »Fatigue« bei multipler Sklerose. Entwicklung und Validierung des »Würzburger Erschöpfungs-Inventar bei Multipler Sklerose« (WEIMuS). *Nervenarzt* 2006; 77: 165-172.
- Gabriel B, Bromberg E, Vandenbovenkamp J, Walka P, Kornblith AB, Luzzatto P. Art therapy with adult bone marrow transplant patients in isolation: a pilot study. *Psychooncology* 2001; Mar-Apr 10 (2): 114-123.
- Gold SM, Heesen C, Schulz H, Guder U, Mönch A, Gadamasi J, Buhmann C, Schulz KH. Disease specific quality of life instruments in multiple sclerosis: Validation of the Hamburg Quality of Life Questionnaire Multiple Sclerosis (HAQUAMS). *MultScler* 2001; Apr 7 (2): 119-130.
- Gruber H, Frieling E, Weis J. Art therapy: development and evaluation of an observation instrument to systematically analyze patients' paintings from oncology and rheumatology. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 2002; Jun; 9 (3): 138-146.
- Hamre HJ, Witt CM, Glockmann A, Ziegler R, Willich S, Keine H. Anthroposophic Art Therapy in Chronic Disease: A Four Year Prospective Cohort Study. *Explore* 2007; 3: 365-371.
- Hautzinger M. Die CES-D Skala. Ein Depressionsinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica* 1988; 34: 167-173.
- Ho RT, Potash JS, Fu W, Wong KP, Chan CL. Changes in breast cancer patients after psychosocial intervention as indicated in drawings. *Psychooncology* 2010; Apr 19 (4): 353-360.
- Knill PJ. *Kunstorientiertes Handeln in der Begleitung von Veränderungsprozessen*. EGIS, Zürich 2005.
- Meißner H, Flachenecker P. Krankheitsbewältigung bei Multipler Sklerose – das Wildbader REMUS-Programm. *NeuroRehabil* 2008; 14 (3): 127-132.
- Menzen KH. *Grundlagen der Kunsttherapie*. Reinbeck, München 2009.
- Monti DA, Peterson C, Kunkel EJ, Hauck WW, Pequignot E, Rhodes L, Brainard GC. A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psychooncology* 2006; May 5 (5): 363-373.
- Nainis N, Paice M, JA, Ratner J, Wirth JH, Lai J, Shott S. Relieving symptoms in cancer: innovative use of art therapy. *J Pain Symptom Manage* 2006; Feb 31 (2): 162-169.
- Oster I, Svensk AC, Magnusson E, Thyme KE, Sjödin M, Aström S, Lindh J. Art therapy improves coping resources: a randomized, controlled study among women with breast cancer. *Palliat Support Care* 2006; Mar 4 (1): 57-64.
- Petersen P. *Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien*. Mayer, Stuttgart/Berlin 2002.
- Reynolds F, Vivat B, Prior S. Women's experiences of increasing subjective well-being in CFS/ME through leisure-based arts and crafts activities: a qualitative study. *Disabil Rehabil* 2008; 30 (17): 1279-1288.
- Rigby SA, Domenech C, Thornton EW, Tedman S, Young CA. Development and validation of a self-efficacy measure for people with multiple sclerosis: the Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale. *MultScler* 2003; 9: 73-81.
- Ruddy R, Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 2.
- Schipper S, Wiesmeth S, Wirtz M, Twork S, Kugler J. Coping Strategies and Health-Related Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011; May 9.
- Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E (Hrsg). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Hogrefe, Göttingen 2003.
- Svensk AC, Oster I, Thyme KE, Magnusson E, Sjödin M, Eisemann M, Aström S, Lindh J. Art therapy improves experienced quality of life among women undergoing treatment for breast cancer: a randomized controlled study. *Eur J Cancer Care* 2009; Jan 18 (1): 69-77.
- Wood MJ, Molassiotis A, Payne S. What research evidence is there for the use of art therapy in the management of symptoms in adults with cancer? A systematic review. *Psychooncology* 2011; Feb 20 (2): 135-145.
- Zimbardo G. *Psychologie*. Pearson, München 2008.

Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse

Christiane Sterz M.A.
Am Neubruch 2
76307 Karlsbad
E-Mail: christianesterz@gmail.com