

STRONG – Kriterien für kunsttherapeutische Interventionen bei hospitalisierten geriatrischen Patienten mit erhöhtem Delir-Risiko: eine Praxisempfehlung

STRONG – Criteria for art therapy interventions for hospitalized geriatric patients at high-risk of delirium: a best practice recommendation

Abstract

Background and Objective: Complementary, non-pharmacological therapeutic approaches, such as art therapy, play an important part in the management of older multimorbid people. The objective of the outlined endeavour was to establish evidence based criteria for art therapy interventions with geriatric patients in an acute care setting.

Method: This practice recommendation is based on criteria that were developed in a series of steps as part of the PAINT study. These steps entailed the consultation of a specialist interprofessional team and a pilot process. Subsequently the interprofessionally agreed criteria were trialled with 67 patients. The target group consisted of geriatric hospitalised patients aged ≥ 70 years presenting with delirium, or at a high risk of delirium before the start of the art therapy intervention.

Results: This paper presents the development and application of a practice recommendation for art therapy interventions with acutely ill geriatric patients at risk of delirium. These recommendations consider the presenting clinical picture, the clinical setting including bedridden patients in multi-bed rooms, current evidence and person centered working focusing on existing resources. Using the above considerations and following practical application, the „STRONG-criteria“ were developed as a suitable approach for art therapy interventions with this patient group. These criteria are based on the following pillars: use of structure giving templates, topic-based working, reduced choice of material, tailored to individual needs, use of non-verbal and verbal communication and consideration of the acute care setting.

Conclusion: The presented STRONG-criteria are intended as a practice recommendation for art therapy interventions with geriatric patients at risk of delirium in an acute care setting. The criteria are evidence based and transparent and incorporate person centered working as well as current requirements of geriatric medicine and are therefore suitable as a basis for future research.

Keywords: art therapy, complementary therapies, delirium, multimorbidity, geriatrics, integrative medicine, practice guidelines

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung: Die Anwendung komplementärer, nicht-medikamentöser Therapiekonzepte, wie zum Beispiel der Kunsttherapie, spielt in der Behandlung älterer multimorbider Personen eine wichtige Rolle. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, unter Berücksichtigung der besten verfügbaren Evidenz, Kriterien für eine kunsttherapeutische Vorgehensweise mit akut erkrankten geriatrischen Patienten im Krankenhaus zu erarbeiten.

Methode: Die der Praxisempfehlung zugrundeliegenden Kriterien wurden in mehreren Schritten innerhalb der PAINT-Studie erarbeitet. An der

Johanna Masuch^{1,2}

Leonie Antwerpen¹

Sibylle Brons-Daymond¹

Markus Gosch¹

Katrin Singler^{1,3}

1 Klinik für Innere Medizin 2, Schwerpunkt Geriatrie, Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg, Deutschland

2 Fakultät für Gesundheit, Lehrstuhl für Geriatrie, Universität Witten Herdecke, Witten, Deutschland

3 Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg, Deutschland

konzeptionellen Entwicklung war eine interprofessionelle Kerngruppe beteiligt und es wurde ein Pilotisierungsprozess angewendet. Anschließend wurden die konsentierten Kriterien bei 67 Patienten einer Praktikabilitätsprüfung unterzogen. Zielgruppe waren hierbei akutgeriatrische hospitalisierte Patienten (Alter ≥ 70 Jahre) mit einem hohen Risiko für die Entwicklung eines Delirs, bzw. einem vorhandenen Delir vor Beginn der kunsttherapeutischen Intervention.

Ergebnisse: Innerhalb der vorliegenden Arbeit wurde eine kunsttherapeutische Vorgehensweise bei geriatrischen Delir-Risiko-Patienten entwickelt und angewendet, welche sowohl das Störungsbild, die klinischen Rahmenbedingungen, die wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit sowie das individuelle und ressourcenorientierte Arbeiten am Patientenbett berücksichtigt. Nach Praktikabilitätsprüfung sind daraufhin die „STRONG-Kriterien“ also spezifische kunsttherapeutische Vorgehensweise entstanden. Diese begründen sich auf folgende Grundpfeiler: Verwendung strukturgebender Vorlagen, themenfokussiertes Gestalten, Verwendung eines reduzierten Materialstammes, Orientierung an individuellen Bedürfnissen, Einbezug nonverbaler und verbaler Kommunikation und Berücksichtigung des akutgeriatrischen Settings.

Schlussfolgerung: Mit den hier vorgestellten STRONG-Kriterien liegt eine kunsttherapeutische Empfehlung für die Praxis mit geriatrischen Delir-Risiko-Patienten vor. Die Kriterien vereinen wissenschaftlich fundierte kunsttherapeutische Vorgehensweisen, patientenorientiertes Arbeiten, sowie geriatrischen Anforderungen und können angesichts der Nachvollziehbarkeit und Transparenz als Grundlage für weitere Forschung dienen.

Schlüsselwörter: Kunsttherapie, komplementäre Therapien, Delir, Multimorbidität, Geriatrie, integrative Medizin, Praxisempfehlung

Einführung

Der WHO-Europe-Bericht zur Rolle von Kunst und Künstlerischen Therapien in Zusammenhang mit Gesundheit und Wohlbefinden unterstreicht die Bedeutsamkeit der gezielten Integration künstlerischer Ansätze im Gesundheitssystem [1]. Weiterhin betont die WHO Europe, dass Kunst und künstlerische Therapien sowohl präventiv wie auch als nicht-medikamentöser Behandlungsansatz die psychische und physische Gesundheit stärken können. Sie haben keine Nebenwirkungen und lassen sich individuell an unterschiedliche Patientengruppen und Bedürfnisse anpassen [1]. Die Anwendung komplementärer, nicht-medikamentöser Therapiekonzepte spielt in der Behandlung älterer multimorbider Menschen gerade im Hinblick auf die ohnehin oft bereits bestehende Multimedikation eine große Rolle [2], [3], [4]. Das Delir, ein akut auftretender Verwirrheitszustand mit oder ohne vorbestehende dementielle Entwicklung, ist ein geriatrisches Syndrom und Ausdruck eines „cerebralen Organversagens“ im Rahmen einer schweren Erkrankung [4]. Das Delir gilt als eine der häufigsten Komplikationen älterer Krankenhauspatienten und ist mit zahlreichen negativen Verläufen, wie einer erhöhten Mortalität, kognitiven und funktionellen Einschränkungen sowie einer Minderung der Selbsthilfefähigkeit assoziiert [5]. Im Rahmen der Delir-Forschung konnte gezeigt werden, dass durch den Einsatz nicht-medikamentöser Mehrkomponenten-Interventionen, wie z.B. Re-Orientierungs- und Fokussierungs-

maßnahmen, eine Reduktion der Delir-Rate von 30–40% erreicht werden kann [6]. Aktuelle Leitlinien der Delirprävention/-therapie betonen, dass Therapiekonzepte individuell an Patienten angepasst werden sollten. Dies ist vor allem bei älteren Risikopatienten mit akuten Verwirrheitszuständen, schweren Erkrankungsverläufen, agitiertem Verhalten und/oder Antriebslosigkeit von großer Bedeutung [7], [8]. Auch das Cochrane Institut unterstreicht in seinem 2016 erstellten Bericht den Stellenwert und die Notwendigkeit der Integration nicht-medikamentöser Therapieansätze im Delirmanagement [9]. Allgemein liegen nur wenige Studien vor, die sich mit gezielten therapeutischen, nicht medikamentösen Therapieansätzen zur Delirprävention/-therapie befassen [2], [3]. Zum Beispiel konnte mit ergotherapeutischen Interventionen nachweislich die Delirdauer verkürzt werden [10], [11], [12], [13]. Für kunsttherapeutisches Arbeiten mit Delir-Risiko-Patienten liegen hingegen nach aktuellem Kenntnisstand keine Veröffentlichungen vor, obwohl obige Empfehlungen/Ausführungen den Schluss nahelegen, Künstlerische Therapien als eine mögliche nicht-medikamentöse Therapieoption bei der Behandlung des Delirs im Alter einzusetzen.

Methode

Konzeptionierung der kunsttherapeutischen Intervention

Hauptziel der kunsttherapeutischen Intervention für hospitalisierte geriatrische Patienten mit erhöhtem Delir-Risiko ist, Patienten individuell auf kognitiver, emotionaler und motorischer Ebene zu aktivieren, bzw. bei bereits bestehender Hyperaktivität zu zentrieren. Darüber hinaus soll durch ein Patienten- und ressourcenorientiertes Vorgehen die Konzentration gefördert und eine Fokussierung bzw. Re-orientierung ermöglicht werden. Zusätzlich soll im Verlauf des kunsttherapeutischen Prozesses der Fokus auf der gezielten Stärkung individueller Ressourcen und Kompetenzen sowie auf einer Entlastung und Stabilisierung der Teilnehmenden liegen.

Um diese Ziele zu erreichen erfolgte zunächst eine kunsttherapeutische Bedarfsanalyse mit Fokus auf Praktikabilität innerhalb der oben beschriebenen Rahmenbedingungen (Schritt 1). In einem weiteren Schritt (Schritt 2) wurde diese Analyse innerhalb einer interprofessionellen Kerngruppe kritisch diskutiert, adaptiert und erweitert. Zudem wurden für das Setting als essenziell betrachtete Rahmenbedingungen für die Intervention konsentiert. Im dritten Schritt erfolgte eine Pilotisierung der vorläufigen Kriterien und Rahmenbedingungen an 10 Patienten. Hierbei wurde mit dem Ziel einer 360°-Beobachtung das Verhalten der Patienten nach einem zuvor erarbeiteten semi-strukturierten Leitfaden dokumentiert. Zudem wurde die Sichtweise der teilnehmenden Patienten und der Angehörigen mittels kurzer Befragungen ermittelt und einbezogen. Im nächsten Schritt (Schritt 4) erfolgte unter kunsttherapeutischer Leitung eine im interprofessionellen Team konsentierte Feinadjustierung der Vorgehensweise. Daraufhin wurden die Kriterien einer Praktikabilitätsprüfung mit 67 Patienten und 661 Kunsttherapie-Einheiten unterzogen (Schritt 5) und im letzten (sechsten) Schritt die Grundpfeiler als STRONG Kriterien zusammengefasst. Die Entwicklungsschritte sind in Abbildung 1 als Flowchart zusammengefasst.

Tabelle 1 fasst die interprofessionell konsentierten Rahmenbedingungen für die kunsttherapeutische Intervention mit Delir-Risiko-Patienten im akut geriatrischen Kontext zusammen:

Zielgruppe

Die hier vorgestellte kunsttherapeutische Vorgehensweise wurde im Rahmen einer kunsttherapeutischen Studie (PAINT – Preventive Art Intervention Therapie) für eine akut geriatrische Station entwickelt [14], [15].

Für diese Studie wurden männliche und weibliche Patienten ≥ 70 Jahre eingeschlossen, welche innerhalb der letzten 24h stationär aufgenommen worden waren und folgende Einschlusskriterien aufwiesen:

- Erhöhtes Delir-Risiko (z.B. positives Ergebnis im Delir-Screening oder dementielle Entwicklung), bzw. vorangegangenes Delir in eigener Anamnese
- Vorhandener Pflegegrad oder Unterstützung durch einen Pflegedienst/externe Hilfen

Voraussetzung war in jedem Fall die schriftliche Einwilligung der Patienten bzw. der Betreuer. Insgesamt erhielten 67 Patienten Kunsttherapie (Median 85 Jahre); alle teilnehmenden Patienten waren multimorbide und hatten folglich neben der zum stationären Aufenthalt führenden Index-Erkrankung mindestens eine weitere behandlungsbedürftige Gesundheitsstörung. Zudem waren alle Teilnehmer entsprechend obiger Definition Delir-Hochrisikopatienten. Ein Großteil zeigte kognitiv deutliche Einschränkungen, mit einem durchschnittlichen Mini Mental Status Examination-Score von 19 Punkten (Normalwert ≥ 25 Punkte) [16]. Die mittlere Verweildauer im Krankenhaus lag bei 10 Tagen. Zusammenfassend setzte sich die Zielgruppe aus älteren, multimorbiden Delir-Risiko-Patienten mit teilweise schweren Erkrankungen zusammen.

Ergebnisse

Mittels eines interprofessionellen Konsensverfahren sowie Pilotisierung und Praktikabilitätsprüfung und unter Einbeziehung gängiger kunsttherapeutischer Vorgehensweisen wurden folgende Grundpfeiler für eine kunsttherapeutische Intervention bei Delir-Risiko-Patienten herausgearbeitet und bei 67 Teilnehmenden während insgesamt 661 Einheiten angewendet und strukturiert dokumentiert:

Strukturiertes Setting

Unter Berücksichtigung eines evidenzbasierten Grundprinzips im Umgang mit chronisch oder akut verwirrten älteren Personen folgten die einzelnen Phasen einem klaren Aufbau [17]. Jede Therapieeinheit setzte sich aus einem wiederholenden Aufbau zusammen: Einführendes Blitzlicht, zentrale Gestaltungsphase und zusammenfassende Bildbesprechung. Die jeweilige Dauer der einzelnen Phasen orientierte sich an dem Gesundheitszustand sowie den Kompetenzen der Teilnehmenden. Das Blitzlicht diente der Kontaktaufnahme und der Beziehungsgestaltung. Der Fokus lag hierbei auf der aktuellen Stimmungslage und den Bedürfnissen der Patienten. Die Gestaltungsphase stellte den zentralen Teil der Therapieeinheit dar. Sie wurde mit der Auswahl zwischen zwei Vorlagen durch den Patienten und der Wahl der thematischen Auseinandersetzung eröffnet. Als Vorlagen standen den Teilnehmenden zwei geometrische Formen (Kreis, Quadrat) zur Auswahl. Diese sollten den Einstieg in den Prozess erleichtern, die Angst vor dem weißen Papier reduzieren und durch ihre klare Bildteilung als Orientierungshilfe dienen. Die Formen waren jeweils mittig gut sichtbar auf einem DIN A4-Papier platziert. So konnte sowohl innerhalb als auch außerhalb der Form gearbeitet werden. Die gewünschten Stifte wurden einzeln und bereits geöffnet

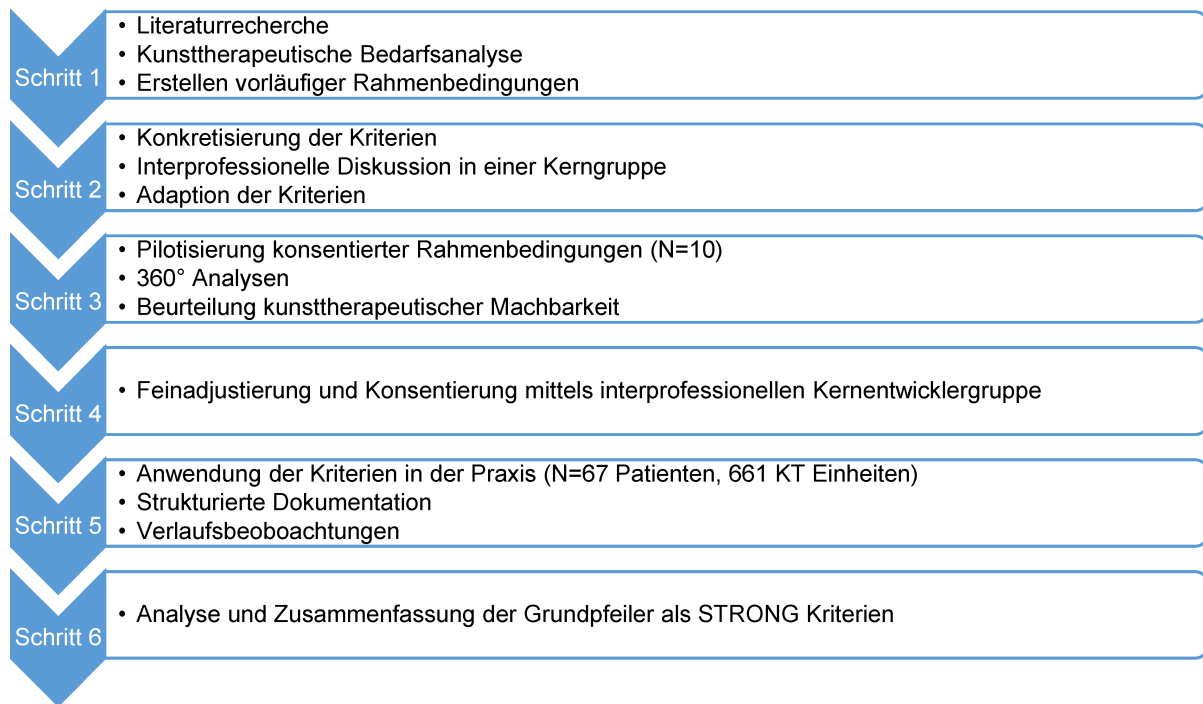


Abbildung 1: Flowchart Entwicklungsmethode STRONG Kriterien

Tabelle 1: Rahmenbedingungen für die Erarbeitung einer kunsttherapeutischen Vorgehensweise

1.	Beachtung der speziellen Symptomatik der Störungsbilder Delir und Demenz (eingeschränkte Aufmerksamkeitsspanne, kurze Interventionsdauer)
2.	Direktes Arbeiten am Patientenbett einer Akutstation (Mehrbettzimmer)
3.	Integration in den bestehenden klinischen Alltag einer Akutstation (Visite, Untersuchungen, Ergo- und Physiotherapie etc.)
4.	Einhaltung der Hygienerichtlinien
5.	Leichte Umsetzbarkeit
6.	Patientenorientiertes Arbeiten (Widerstände reduzieren, Überforderung vermeiden, Re-orientierung ermöglichen)
7.	Anwendung einer strukturierten Intervention für die Evaluation

zugereicht. Zum Abschluss der Therapieeinheit erfolgte eine gemeinsame Bildbesprechung, in welcher der Prozess (z.B. innere Stimmungsänderungen oder-bilder) zusammengefasst und das entstandene Bild mit Abstand betrachtet wurden. Als abschließendes Momentum wurde der Bildtitel mit Datum und Signatur auf der Arbeit festgehalten.

Themenzentriertes Arbeiten

Das Gestalten im Rahmen der Kunsttherapie erfolgte themenfokussiert und mittels aktivierender Methodiken. Die individuelle Themenauswahl war vom Allgemeinzustand, der kognitiven Leistungsfähigkeit, dem kunsttherapeutischen Prozess, sowie den Ressourcen des Patienten abhängig. Bei der Themenwahl wurde auf fokussierend-strukturierende, angstreduzierende Themen, Methoden der Entspannungsförderung oder den Einbezug biografischer Aspekte zurückgegriffen. Für Patienten mit sehr schlechtem Allgemeinzustand wurde als Vorgehensweise das geläufige Bilddiktat herangezogen. Die themen-

zentrierte Auswahl kunsttherapeutischer Vorgehensweisen mit der spezifischen Zielsetzung werden in Abbildung 2 näher erläutert.

Reduzierter Materialstamm

Für die Kunsttherapie am Patientenbett wurde ein mobiles Atelier erarbeitet (Abbildung 3). Dabei wurde darauf geachtet, dass das Material nicht direkt ins Augenmerk der Teilnehmenden fiel, um Überforderung, Irritation und Widerstände zu reduzieren. Aus Gründen der Praktikabilität in diesem besonderen Setting wurde ausschließlich zweidimensional und bildnerisch gearbeitet. Um den kunsttherapeutischen Prozess zu erleichtern, einen Wiedererkennungswert aufzuweisen und eine einfache Handhabung zu gewährleisten, wurde die Materialauswahl bewusst reduziert. Verwendet wurden Filzstifte in dünner und dicker Ausführung in den Grundfarben, mit Erweiterung durch die Farbtöne Grün, Braun und Schwarz. Für künstlerisch erfahrene Patienten konnte bei Bedarf auf Buntstifte zurückgegriffen werden. Um ein stabiles

	Strukturierendes Gestalten •Themenbeispiele: Farbkreis, Muster- oder Mandala-Gestaltung •Therapieziele: Fokussierung, Stabilisation, Entspannungsförderung
	Biografiearbeit •Themenbeispiele: Mein Garten/Hobby/Haus, Kindheitserinnerungen •Therapieziele: Selbstwertstärkung, emotionale und kognitive Aktivierung
	Bilddiktat •Themenbeispiele: Aktuelle Stimmung, Wünsche •Therapieziele: Erweiterte Kommunikation, Autonomiestärkung, Fokussierung
	Individuelles Gestalten •Themenbeispiele: Patientenimpulse, Materialerfahrung •Therapieziele: Erleben von Kompetenzen, Stabilisation, Achtsamkeitsstärkung

Abbildung 2: Themenschwerpunkte der Kunsttherapie mit Delir-Risiko-Patienten

Arbeiten am Patientenbett zu ermöglichen wurde auf einem Malbrett gearbeitet, das zusätzlich mit Schreibutensilien für die Bildbesprechung ausgestattet war. Alle Materialien waren leicht zu desinfizieren und transportieren. Bei Unterbrechungen (z.B. Abholung zu einer Untersuchung) konnte die Intervention schnell beendet werden.

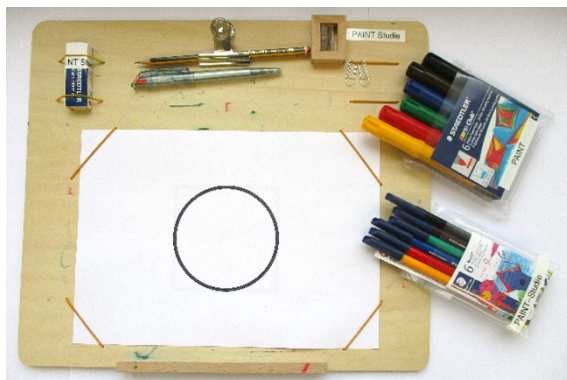


Abbildung 3: Mobiles Atelier

Individuelles Arbeiten

Orientiert am aktuellen Allgemeinzustand sowie Bedürfnissen und Ressourcen des Teilnehmers, wurde das kunsttherapeutische Arbeiten individuell angepasst. Das spezifische Eingehen auf Emotionen sowie die Patientenbiografie zeigte sich im klinischen Alltag, wie auch durch Rückmeldungen der Teilnehmenden, als wichtige Komponente und trug zur emotionalen Entlastung und Stabilisierung der Patienten bei.

(Non-)verbale Kommunikation

Neben der oft eingeschränkten verbalen Kommunikationsebene standen die nonverbale Ebene, die Bildebene, die Inhaltsebene, sowie die Emotionsebene der Bilder als zusätzliche Kommunikationshilfe zur Verfügung. Patienten erhielten die Möglichkeit ihre momentane Gefühlslage oder stimulierte Konversation auf bildnerischer Ebene auszudrücken. Im Gestaltungsprozess sowie im Bild zeigten sich hierdurch neue Wege der erweiterten Kommunikation.

Akutstation

Der klinische Stationsalltag sowie die akuten, teilweise lebensbedrohlichen Erkrankungen der Patienten beeinflussten die Durchführung der kunsttherapeutischen Intervention. Es war von zentraler Bedeutung trotz häufiger Unterbrechungen ein geschütztes Therapiesetting am Patientenbett herzustellen. Dies erforderte viel Flexibilität und Professionalität von Seiten der Therapeuten und bedeutete einen deutlich größeren Zeitaufwand. Zweimal tägliche kurze Einzel-Kunsttherapieeinheiten á 25 Minuten am Patientenbett wurde von den Teilnehmern als stützend erlebt und ermöglichte innerhalb des Akutsettings ein gezieltes Eingehen auf fluktuierende Zustände bzw. tageszeitabhängige Veränderungen der Patienten. Alle Bilder wurden dokumentiert, während der Therapie-dauer verwahrt und in der letzten Einheit in Verbindung mit einem abschließenden Prozessgespräch ausgehängt.

Unter zusätzlicher Berücksichtigung aktueller medizinischer Literatur zur Behandlung kognitiv eingeschränkter Patienten [8], [18] haben sich aus oben beschriebenen Grundpfeilern folglich sechs Kriterien für die kunsttherapeutische Arbeit mit Delir-Risiko-Patienten herauskristallisiert. Diese wurden, um eine internationale Umsetzung zu ermöglichen, unter den sogenannten „STRONG-Kriterien“ zusammengefasst (Abbildung 4).

Diskussion

In der kunsttherapeutischen Forschung besteht ein Nachholbedarf angewendete Interventionen detailliert zu beschreiben, um Nachvollziehbarkeit, Evaluierung sowie Adaption zu ermöglichen [19]. Auch die Konzeption und Beschreibung von Studieninterventionen sollte in der Beurteilung und Sichtung künstlerischer Forschungsarbeiten beachtet werden [20]. Hinzukommend empfiehlt die WHO-Europe einen praxisbezogenen Wissensaustausch und transdisziplinäre Zusammenarbeit, um die gesundheitsfördernden Effekte Künstlerischer Therapien zu verstärken [1]. Innerhalb dieser Qualitätsanforderungen und unter Berücksichtigung des kunsttherapeutischen sowie medizinischen Forschungsstandes sind die STRONG-Kriterien für die Praxis entwickelt worden. Im Fokus dieser Kriterien steht – wie auch im geriatrischen Grundverständnis – der Patient [21]. Insbesondere in der kunsttherapeutischen Arbeit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist die Evaluierung und Erarbeitung von spezifischen kunsttherapeutischen Vorgehensweisen notwendig, um die therapeutischen Effekte für die Teilnehmenden zu verstärken sowie weiterführende Forschung zu ermöglichen [22].

Da bisher für kunsttherapeutisches Arbeiten mit Delir-Risiko-Patienten keine Veröffentlichungen bzw. Empfehlungen vorliegen, erfolgte zunächst eine Literaturrecherche mit kunsttherapeutischer Bedarfsanalyse sowie Konsultation einer interprofessionellen Kerngruppe. Die Behandlung geriatrischer Patienten geht über einen organzentrierten Blick hinaus und erfolgt in einem multiprofessionellen Team aus Medizinerinnen und nicht-Medizinerinnen. Ausgehend von diesem holistischen Behandlungsansatz sowie orientiert an den Leitlinien-Empfehlungen, wurden die STRONG-Kriterien multiprofessionell erarbeitet und konsentiert sowie individuell für dieses Störungsbild konzeptioniert [7], [8], [23]. Mittels Expertensichtweisen konnte somit eine für die Akutpraxis machbare Vorgehensweise erarbeitet werden. Die hier beschriebene kunsttherapeutische Intervention folgte einem strukturierten Ablauf mit einer Teilung in drei Phasen sowie der Verbindung von Gestaltung und Gespräch. Der Beginn des künstlerischen Tuns, die Auswahl von Vorlagen, wie auch der sichtbare Abschluss – die Betitelung und Signatur – waren dabei neben dem eigentlichen Gestaltungsprozess zentrale Elemente. Ein klares Vorgehen sowie das gezielte Einbinden der Gestaltung in ein Abschlussgespräch, u.a. durch eine Betitelung, kann Patienten mit kognitiven Einschränkungen dabei unterstützen mit sich, ihren Ge-

fühlen, oder Erinnerungen leichter in Kontakt zu kommen [24]. Die Auswahl strukturgebender Vorlagen hat sich während der beschriebenen Intervention sehr bewährt und ermöglichte akut verwirrten Teilnehmenden den Zugang ins aktive und selbstbestimmte Tun. Dies entspricht Hinweisen in der Arbeit mit Menschen mit Demenz, welche positive Effekte für die Auswahl strukturgebender Vorlagen erwähnen: in einer Pilotstudie konnte gezeigt werden, dass Rahmenbilder mit geometrischen Formen stabilisierend wirken, eine sichtbare Struktur vorgeben sowie zur inneren Fokussierung und Reduzierung von überfluteten Zuständen beitragen [25]. Weiterhin wird eine innere strukturierende und zentrierende Wirkung des Kreises auch bei Riedel beschrieben [26], wohingegen das Quadrat klare Grenzen setzt und die Gestaltungsfläche ebenfalls in einen strukturierten Innen- und Außenraum teilt [22].

Ferner kristallisierte sich in dieser kunsttherapeutischen Intervention themenzentriertes Arbeiten als besonders positiv und notwendig für die Patientengruppe heraus. Diese Beobachtung deckt sich mit der Fachliteratur für kunsttherapeutisches Arbeiten mit älteren Menschen [27], [28], [29], [30]: um Überforderung, Stress und Hilflosigkeit zu mindern waren für den gezielten Zugang zum Abbilden innerer Bilder spezifische Themenimpulse sowie die professionell-empathische Begleitung durch Kunsttherapeuten erforderlich. Dies wird zusätzlich durch Expertensicht aus der Praxis unterstützt, welche explizit themenzentriertes Arbeiten oder den bewussten Einbezug von kunsttherapeutischen Impulsen in der Arbeit mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen anführen [27], [28], [29], [30], [31].

Die reduzierte Auswahl an Materialien sowie die Fokussierung auf die Primärfarben wurden von den Teilnehmenden als entlastend rückgemeldet. Dadurch wurden überfordernde Momente oder Entscheidungen vermieden, welche auf Grund des meist schlechten Allgemeinzustandes oder der reduzierten Aufmerksamkeiten kontraproduktiv wären. In der Literatur sind keine spezifischen Hinweise aus der Praxis für einen reduzierten Materialstamm für Menschen mit Delir oder Demenz zu finden. Inwiefern die Patienten dadurch in ihrer künstlerischen Ausdrucksmöglichkeit eingeschränkt wurden, stand nicht im Fokus der aktuellen Arbeit. In der Literatur wird die Bedeutsamkeit der Wahl künstlerischen Materials in der Arbeit mit Menschen mit Demenz betont [24], [27], [30]. In dem dargestellten Setting der Akutgeriatrie erwies sich das mobile Atelier als effizient, flexibel und zugleich hilfreich. Diese bewegliche Arbeitsweise ist bisher u.a. aus dem Bereich der kunsttherapeutischen Arbeit im Fachbereich der Onkologie bekannt [32].

In der hier beschriebenen kunsttherapeutischen Arbeit mit Hochrisiko-Delir-Patienten war das individuelle Arbeiten von entscheidender Bedeutung für den kunsttherapeutischen Prozess. Dies wurde sowohl über zweimal tägliche kurze Therapieeinheiten sowie Einzelbetreuung am Patientenbett erreicht. Durch den Fokus auf individuelle Bedürfnisse können Emotionen visualisiert und innere Wahrnehmungsprozesse abgebildet werden, die Gestal-



- Structured approach (Strukturiertes Setting)
- Topic based working (Themenzentriertes Arbeiten)
- Reduced choice of materials (Reduzierter Materialstamm)
- Orientation on individual needs (Individuelles Arbeiten)
- Nonverbal and verbal communication ((Non-)verbale Kommunikation)
- Geriatric acute setting (Geriatrisches Akutsetting)

Abbildung 4: STRONG-Kriterien

tungen dienen als Momentaufnahme [33], [34]. Sowohl aus Sicht der Therapeuten, der Patienten, wie der Angehörigen erwies sich dieser Aspekt als stützend. Die Wichtigkeit einer individuellen Begleitung zur gezielten Stärkung der Ressourcen von älteren Menschen wird auch in der Literatur beschrieben [27], [35]. Zudem sollte die kunsttherapeutische Arbeit mit Senioren aktivierend, entlastend und selbstwertstärkend wirken [36]. Nicht die Defizite und Gesundheitsstörungen stehen im Fokus, sondern Aspekte des *Hier und Jetzt* sowie Kompetenzen und Bedürfnisse [36]. Die während der hier beschriebenen Intervention entstandenen Gestaltungen ermöglichten den Patienten eine Re-orientierung sowie die Abbildung der aktuellen Situation oder Biografie; gleichzeitig erlaubten sie dem Bezugspersonal sowie dem sozialen Umfeld Einblicke in die Wahrnehmung und Thematiken der Betroffenen [37]. Dieses doppelte Potenzial kann für die weiterführende Therapieplanung, wie auch für medizinische Ansätze beziehungsweise Hilfsangebote, genutzt werden [38]. Für delirante Patienten wurden die entstandenen Bilder zu einer Bestätigung und einem greifbaren Beweis des Erlebten. Dies, wie auch die resultierende Möglichkeit der erweiterten Kommunikation, war für die Betroffenen von großer Bedeutung [37] und eröffnet zudem auch für Therapeuten neue Sichtweisen und Möglichkeiten in der kunsttherapeutischen Beziehung [39]. Weiterhin ist die Bedeutsamkeit der erweiterten Kommunikation aus Praxis und Literatur insbesondere in der Arbeit mit Menschen mit Demenz bekannt [19], [24], [30], [40]. Menschen mit kognitiven Limitationen und Einschränkungen der verbalen Kommunikation haben die Möglichkeit sich emotional zu äußern [24]. Die deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. betont die positiven Effekte der erweiterten Kommunikation von Kunsttherapie für Betroffene [40], [41] und auch die Validation betont die Wichtigkeit nonverbaler Botschaften als Möglichkeit persönliche Beweggründe auszudrücken und die Sichtweisen älterer Menschen zu verstehen [42].

Die vorgestellte kunsttherapeutische Vorgehensweise nach den STRONG-Kriterien vereint die Prinzipien der kognitiven Stimulation und Fokussierung sowie nicht medikamentöser, mehrkomponentiger Therapiemaßnahmen, welche für das Delirmanagement im Alter die beste Evidenz haben und in verschiedenen Leitlinien empfohlen werden [7], [21], [43]. Viele der empfohlenen Maßnahmen sind im akutmedizinischen Setting allerdings nur beschränkt oder adaptiert umsetzbar und erfordern hohe personelle und zeitliche Ressourcen. Die hier beschriebene strukturierte kunsttherapeutische Vorgehensweise bietet daher eine wertvolle zusätzliche Ressource für das

effektive Delirmanagement, insbesondere da Teilnehmer von einer Stärkung des subjektiven Wohlbefindens sowie einer kognitiven und emotionalen Aktivierung berichten [14].

Es muss berücksichtigt werden, dass die STRONG-Kriterien nicht durch eine Machbarkeitsstudie entwickelt und belegt wurden, sondern als empirische Praxisentwicklung im Rahmen der PAINT-Studie entstanden sind. Die Kriterien wurden interprofessionell konsentiert und über eine Praktikabilitätsprüfung mit 67 Patienten erprobt, zusätzliche externe Expertise bzw. die Durchführung einer Validierungsstudie würden die Ergebnisse jedoch stärken bzw. ergänzen und möglicherweise in weiteren Adaptionen resultieren. Außerdem ist insbesondere in der Arbeit mit Delir-Risiko-Patienten kritisch zu reflektieren, ob die kunsttherapeutische Intervention, oder die zeitliche und persönliche Zuwendung durch die Therapeutinnen die positiven Effekte auslösen, was eine Kontrollgruppenstudie erfordern würde. Vor diesem Hintergrund verstehen sich die dargestellten STRONG-Kriterien als empirisch entwickelte Praxisempfehlung für die kunsttherapeutische Arbeit mit geriatrischen Delir-Risiko-Patienten, sowie als Ansatz für Kunsttherapie mit kognitiv eingeschränkten, akut erkrankten geriatrischen Patienten.

Schlussfolgerung

Die unter den STRONG-Kriterien zusammengefasste Vorgehensweise stellt eine Praxisempfehlung in der kunsttherapeutischen Arbeit mit akutgeriatrischen Delir-Risiko-Patienten dar. Die Kriterien vereinen geriatrische Anforderungen und kunsttherapeutische Arbeitsweisen im Sinne eines patientenorientierten Arbeitens unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Aspekte. Die STRONG-Kriterien können somit als Möglichkeit gesehen werden, Kunsttherapie in das therapeutische Behandlungskonzept akutgeriatrischer Patienten zu integrieren und die gestalteten Patientenbilder als Potenzial für den akutgeriatrischen Arbeitskontext zu nutzen. Damit dienen die Kriterien als Sensibilisierung für die Fachdisziplin Kunsttherapie sowie als Anregung für eine fundierte, effektive und nachhaltige Vernetzung zwischen Kunsttherapie und Geriatrie.

Notes

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Förderung

Die PAINT-Studie wurde von der STAEDTLER-Stiftung Nürnberg gesponsert.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Für die Studie liegt ein positives Votum der Freiburger Ethik Kommission International vor (Feki Code 017/1504).

Die zuständige Ethikkommission stimmt dem Vorgehen, im Einklang mit internationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 zu. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einwilligungserklärung vor. Die Studie ist im Deutschen Register Klinischer Studien (ID DRKS00012417) aufgeführt.

Literatur

- World Health Organization: Regional Office for Europe, Fancourt D, Saorise F. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being. 2019. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf>
- Reith S. Nicht pharmakologische und pharmakologische Therapie des Delirs [Non-pharmacological and pharmacological therapy of delirium]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2019 11;144(23):1629-35. DOI: 10.1055/a-0826-2780
- Hauß A, Zilezinski M, Bergjan M. Evidenzbasierte nicht-pharmakologische Delirprävention im allgemeinstationären Bereich – Eine systematische Übersichtsarbeit [Evidence-based non-pharmacological delirium prevention on general wards – A systematic literature review]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes.* 2021 Feb;160:1-10. DOI: 10.1016/j.zefq.2020.11.007
- Falkai P, Wittchen HU, Hrsg. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2., korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2018.
- Inouye SK, Westendorp RGJ, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *The Lancet.* 2014;383(9920):911-22. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1
- Eckstein C, Burkhardt H. Erratum zu: Multikomponente, non-pharmakologische Delirinterventionen für ältere Patientinnen und Patienten: Ein Scoping-Review Erratum to: Multicomponent, nonpharmacological delirium interventions for older inpatients: A scoping review. *Z Gerontol Geriatr.* 2019 Dec;52(8):812-3. DOI: 10.1007/s00391-019-01652-x
- NICE National Institute for Health and Care Excellence. Delirium: prevention, diagnosis and management, Clinical guideline [CG103]. 2019 [Stand: 15.01.2021]. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- Maschke M; Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir, S1-Leitlinie. 2020 [Stand: 15.01.2021]. Verfügbar unter: <https://dgn.org/leitlinien>
- Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, Simpkins SA. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar;3:CD005563. DOI: 10.1002/14651858.CD005563.pub3
- Álvarez EA, Garrido MA, Tobar EA, Prieto SA, Vergara SO, Briceño CD, González FJ. Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. *J Crit Care.* 2017 02;37:85-90. DOI: 10.1016/j.jcrc.2016.09.002
- Pozzi C, Lucchi E, Lanzoni A, Gentile S, Trabucchi M, Bellelli G, Morandi A. Preliminary Evidence of a Positive Effect of Occupational Therapy in Patients With Delirium Superimposed on Dementia. *J Am Med Dir Assoc.* 2017 12;18(12):1091-2. DOI: 10.1016/j.jamda.2017.09.005
- Pozzi C, Tatzler VC, Álvarez EA, Lanzoni A, Graff MJL. The applicability and feasibility of occupational therapy in delirium care. *Eur Geriatr Med.* 2020 04;11(2):209-16. DOI: 10.1007/s41999-020-00308-z
- Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, Spears L, Miller M, Franczyk M, Deprizio D, Schmidt GA, Bowman A, Barr R, McCallister KE, Hall JB, Kress JP. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet.* 2009;373(9678):1874-82. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60658-9.
- Masuch J, Antwerpen L, Vitzthum K, Brons-Daymond S, Gosch M, Singler K. Ist Kunsttherapie im akutgeriatrischen Kontext wirksam? *Geriatr Rep.* 2021;16(2):30-3. DOI: 10.1007/s42090-021-1236-5
- Klinikum Nürnberg. Kunsttherapie in der Geriatrie. 2021 [Stand: 13.07.2021]. Verfügbar unter: https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/aktuelles/neuigkeiten/20171219_PAINT_Kunsttherapie-in-der-Geriatrie.html.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Research.* 1975;12(3):189-98. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Kastner U, Löbach R. Handbuch Demenz. 4. Auflage. München: Elsevier; 2018.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S3-Leitlinie Demenzen. 2016 [Stand: 15.01.2021]. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-013.html>
- Deshmukh SR, Holmes J, Cardno A. Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 09;9:CD011073. DOI: 10.1002/14651858.CD011073.pub2
- Dunphy K, Baker FA, Dumaresq E, Carroll-Haskins K, Eickholt J, Ercole M, Kaimal G, Meyer K, Sajani N, Shamir OY, Wosch T. Creative Arts Interventions to Address Depression in Older Adults: A Systematic Review of Outcomes, Processes, and Mechanisms. *Front Psychol.* 2018;9:2655. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.02655
- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Jan;64(1):15-8. DOI: 10.1111/jgs.13866
- Masika GM, Yu DSF, Li PWC. Visual art therapy as a treatment option for cognitive decline among older adults. A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2020 Mar. DOI: 10.1111/jan.14362
- Nau R, Djukic M, Wappler M. Geriatrie – eine interdisziplinäre Herausforderung [Geriatrics – an interdisciplinary challenge]. *Nervenarzt.* 2016 Jun;87(6):603-8. DOI: 10.1007/s00115-016-0114-0

24. Chancellor B, Duncan A, Chatterjee A. Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *J Alzheimers Dis.* 2014;39(1):1-11. DOI: 10.3233/JAD-131295
25. Lücke S. Aspekte einer traumazentrierten Kunsttherapie. In: Petersen P, Hrsg. *Forschungsmethoden künstlerischer Therapien.* 2., überarb. und erw. Aufl. Wiesbaden: Reichert; 2011. S. 235-46.
26. Riedel I. *Formen: Kreis, Kreuz, Dreieck, Quadrat, Spirale.* 2. Aufl. Stuttgart: Kreuz-Verlag; 1986. (Buchreihe Symbole).
27. Mötzing G. *Beschäftigung mit alten Menschen.* 1. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer; 2005.
28. Spangenberg KD. *Farbe, Licht und Leben: Kunsttherapie mit Senioren; eine Dokumentation aus zehn Jahren kunsttherapeutischer Arbeit.* Freiburg: Centaurus Verlag; 2011. (RehabilitationBand 4).
29. Leßmann S, Schneider W, Stangl K. *Farben im Kopf: Malen und gestalten mit Menschen mit Demenz; Praxishandbuch mit Anleitungen und Beispielen für Einrichtungen, Museen, Angehörige.* Mülheim an der Ruhr: Verl. an der Ruhr; 2015.
30. Vogt MT, Fondis K, Menzen KH. *Kunst und Demenz: Ein Leifaden für Modellprojekte.* IKS; 2017.
31. de Smith P. Kunsttherapie mit Demenzkranken: Ein Vorwort. In: Ganß M, Linde M, editors. *Kunsttherapie mit demenzkranken Menschen: Dokumentation des Symposiums "KunstTherapie in der Altenarbeit – künstlerische Arbeit mit Demenzerkrankten" an der Fachhochschule in Ottersberg.* Durchgesehene Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag; 2004. S. 7-12.
32. Staroszyński T. *Gezeichnete Zeit: Kunsttherapeutische Unterstützung der Krankheitsverarbeitung bei Krebs.* Nürtingen: Verl. und Galerie für Kunst und Kunsttherapie; 2012. (Kontext, Kunst, Therapie).
33. Titze D. Kunst und Kreativität – wesentliche Aspekte Künstlerischer Forschung. In: Rössler W, Matter B, Hrsg. *Kunst- und Ausdruckstherapien: Ein Handbuch für die psychiatrische und psychosoziale Praxis.* 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2013. S. 55-65 (Konzepte, Methoden und Praxis der klinischen Psychiatrie).
34. Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie, e.V. *Kunsttherapie: Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e.V. (DFKGT).* 2020 [Stand: 02.09.2020]. Verfügbar unter: <https://www.dfkg.de/page.cfm?id=1458&>.
35. Spangenberg KD. *Farbe, Licht und Leben – Kunsttherapie mit Senioren.* Freiburg: Centaurus Verlag & Media UG; 2011.
36. Hett A. „Im Kopf, das ist manchmal ein Aderstück, was quer haut“: Aspekte der Begegnung und Erinnerung in der künstlerisch-therapeutischen Arbeit mit alten Menschen. In: Spangenberg KD, Hrsg. *Farbe, Licht und Leben: Kunsttherapie mit Senioren; eine Dokumentation aus zehn Jahren kunsttherapeutischer Arbeit.* Freiburg: Centaurus Verlag; 2011. S. 9-14 (Rehabilitation; Band 4).
37. Singler K, Masuch J. Ein außergewöhnliches „Delirscreening“ [An unusual "delirium screening"]. *Z Gerontol Geriatr.* 2021 Aug;54(5):442-3. DOI: 10.1007/s00391-021-01916-5
38. Menzen KH. *Kunsttherapie mit altersverwirrten Menschen: Mit 3 Tab.* 2. Aufl. München: Reinhardt; 2008. (Reinhardt's gerontologische Reihe; Bd. 30).
39. Mechler-Schönach C, von Sprei F. „FreiRaum“. *Psychotherapeut.* 2005;50(3):163-78. DOI: 10.1007/s00278-005-0428-z
40. Deutsche Alzheimer Gesellschaft eV Selbsthilfe Demenz. Vom Defizit- zum Kreativitätsmodell: Kreatives Malen mit Demenz-Patienten DAzG. 2020 [Stand: 08.09.2020]. Verfügbar unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/vom-defizit-zum-kreativitaetsmodell-kreatives-malen-mit-demenz-patienten.html>.
41. Romero B, Wenz M. Konzept und Wirksamkeit eines Behandlungsprogrammes für Demenzkranke und deren Angehörige. Ergebnisse aus dem Alzheimer Therapiezentrum Bad Aibling [Concept and effectiveness of a treatment program for patients with dementia and their relatives. Results from the Bad Aibling Alzheimer Disease Therapy Center]. *Z Gerontol Geriatr.* 2002 Apr;35(2):118-28. DOI: 10.1007/s003910200016
42. Kurz A. Psychosoziale Interventionen bei Demenz [Psychosocial interventions in dementia]. *Nervenarzt.* 2013 Jan;84(1):93-103; quiz 104-5. DOI: 10.1007/s00115-012-3655-x
43. American Geriatrics Society Expert Panel on Postoperative Delirium in Older Adults. American Geriatrics Society abstracted clinical practice guideline for postoperative delirium in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015 Jan;63(1):142-50. DOI: 10.1111/jgs.13281

Korrespondenzadresse:

Johanna Masuch
 Klinikum Nürnberg, Paracelsus Medizinische
 Privatuniversität, Klinik für Innere Medizin II, Schwerpunkt
 Geriatrie, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg,
 Deutschland
Johanna.Masuch@klinikum-nuernberg.de

Bitte zitieren als

Masuch J, Antwerpen L, Brons-Daymond S, Gosch M, Singler K. STRONG – Kriterien für kunsttherapeutische Interventionen bei hospitalisierten geriatrischen Patienten mit erhöhtem Delir-Risiko: eine Praxisempfehlung. *GMS J Art Ther.* 2022;4:Doc02. DOI: 10.3205/jat000017, URN: urn:nbn:de:0183-jat0000176

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/jat000017>

Veröffentlicht: 21.01.2022**Copyright**

©2022 Masuch et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.