

# Was beeinflusst die Effektivität von Musiktherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen?

Christian Gold, Sandane, Norwegen

## *Zusammenfassung*

Der Bedarf an Wirksamkeitsforschung in der Musiktherapie wurde bisher zumeist mehr als eine Forderung von außen wahrgenommen denn als eine Fragestellung, die sich aus eigenem fachlichem Interesse ergibt. Mit einer Reihe von Studien hat der Autor versucht, auf die Frage nach der Wirkung der Musiktherapie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie Antworten zu finden, die auch für die klinisch-musiktherapeutische Arbeit relevant sind.

Im ersten Teil, einer Meta-Analyse, wurden alle weltweit verfügbaren Studien neu zusammengefasst und neben dem durchschnittlichen Effekt auch die Rolle potentieller Prädiktoren (Art der Klienten und musiktherapeutischer Ansatz) untersucht. Im zweiten Teil, einer Effektivitätsstudie, wurden klinische Veränderungen während einer Einzelmusiktherapie bzw. Wartezeit bei insgesamt 136 Kindern und Jugendlichen erfasst. Dabei stand neben der durchschnittlichen Effektivität wiederum die Frage im Vordergrund, welche Variablen die Wirksamkeit besonders beeinflussen.

Das Ergebnis der Meta-Analyse zeigte ein äußerst positives Ergebnis: Elf Studien mit 188 Probanden zeigten zusammen einen deutlichen Effekt. Die Frage nach den Einflüssen von Störungsbild und musiktherapeutischem Ansatz konnte nicht endgültig geklärt werden. In der Effektivitätsstudie wurde die musiktherapeutische Arbeit im klinischen Alltag untersucht. Hier zeigten sich wichtige Einflussfaktoren hinsichtlich der Wirksamkeit: Die Klienten verbesserten sich am meisten, wenn die Musiktherapie auf die musikalische Interaktion und die verbale Aufarbeitung fokussiert war. Die Ergebnisse der Studien leisten einerseits einen Beitrag zur oft geforderten wissenschaftlichen Evidenz für die Wirksamkeit von Musiktherapie. Darüber hinaus liefern sie auch für die Praxis wichtige Anregungen und können dazu beitragen, die Lücke zwischen Forschung und Praxis zu verringern.

## *Abstract*

*What Influences the Effectiveness of Music Therapy with Psychologically Disturbed Children and Adolescents?*

The need for research concerning the effectiveness of music therapy has been viewed, up to now, as more of a demand from external forces than as a question of interest raised by those in the field. The author attempts to find answers to these questions, regarding the effect of music therapy, in the area of child and adolescent psychiatry and their relevance to clinical music therapy work.

Beginning with a meta-analysis, all world wide attainable studies are newly summarized and the average level of effectiveness, together with the role of potential factors (type of client and music therapy method) researched. In the second part of the article, which is a study of effectiveness, clinical changes are captured during individual music

therapy and/or waiting periods, from a total of 136 children and adolescents. Here, once again, the level of effectiveness found on the average was closely related to questions regarding which variables influence effectiveness.

The results of the meta-analysis showed a very positive outcome; eleven studies with 188 clients showed, when taken together, a clear effect. The question of the impact of specific disorder type and music therapy method could not be conclusively clarified. In the study of effectiveness, the music therapy performance during the everyday clinical setting is researched. Important influential factors can be seen with regard to effectiveness, clients improved the most when the music therapy focused on musical interaction and related verbal processing. The results of the study are, on the one hand, a contribution to frequently demanded scientific conclusiveness, with regard to the effectiveness of music therapy. In addition, they supply important suggestions for the practice setting and could contribute to narrowing the gap between research and clinical practice.

### **Einleitung: Musiktherapie im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Das Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein wichtiges Einsatzgebiet der Musiktherapie; manche musiktherapeutischen Modelle entstanden sogar hauptsächlich aus der Arbeit mit Kindern heraus. Ziele, Arbeitsweisen und Erfolge von Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen mit verschiedenen psychischen Störungen sind in zahlreichen Fallstudien belegt.

Das Feld der psychischen Erkrankungen im Kinder- und Jugendbereich ist breit gefächert und umfasst eine Vielzahl verschiedenster Störungen, die nicht immer klar voneinander abgrenzbar sind. Dies liegt unter anderem daran, dass sich Kinder in der Entwicklung befinden und sich somit auch Störungen erst entwickeln. Es gibt aber auch Hinweise, dass die Überschneidungsbereiche zwischen den einzelnen Störungen so stark – und Komorbiditäten so häufig – sind, dass die einzelnen Krankheiten als künstliche Kategorien gesehen werden müssen (Angold et al., 1999). Diese wären dann bestenfalls für die klinische Praxis nützlich, schlimmstenfalls jedoch stigmatisierend und selbsterfüllend. Eine grobe Einteilung der Störungen könnte die drei Kategorien vorwiegender Verhaltensstörungen, vorwiegend emotionaler und Anpassungsstörungen sowie vorwiegender Entwicklungsstörungen beinhalten.

Musiktherapeuten haben mit Klienten aus allen drei Kategorien zu tun, häufig auch mit Klienten, die mehrere Störungen zugleich aufweisen. Dementsprechend wenig störungsspezifisch ist zumeist die musiktherapeutische Arbeit. Die meisten Fallstudien berichten von einer stark individualisierten, prozessorientierten Musiktherapie mit deutlich psychotherapeutischer Ausrichtung. Diese findet häufig im Einzelsetting (aber auch in kleineren Gruppen) statt und kann sowohl im stationären Rahmen als Teil eines multidisziplinären Behandlungsangebots als auch ambulant als alleinige Therapie angeboten werden. Die Dauer kann von wenigen Wochen bis zu mehreren Jahren reichen. Therapieziele und beschriebene Veränderungen sind vielfältig und reichen von Symptomverbesserungen über soziale Ver-

änderungen (z. B. im interpersonellen Kontakt und der Ausdrucksfähigkeit, aber auch konkrete Veränderungen der Lebenssituation) bis hin zu Verbesserungen des allgemeinen Wohlbefindens oder der Lebensqualität allgemein (Bruscia, 1991; Haffa-Schmidt et al., 1999; Wigram & De Backer, 1999).

Musiktherapie ist in verschiedenen Ländern mittlerweile in stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie relativ gut verankert, teilweise auch in ambulanten Diensten. In freier Praxis wird Musiktherapie zwar ebenfalls angeboten, hier stellt aber die Finanzierung für sozial schwache Klienten häufig eine große Hürde dar. Gerade die ambulante Langzeitbetreuung wird dadurch oft nicht ermöglicht, obwohl generell Einigkeit besteht, dass frühe und nachhaltige Intervention bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen äußerst wichtig ist. Viele psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter setzen sich im Erwachsenenalter in gleicher oder veränderter Form fort, und grundlegende Veränderungen werden mit zunehmendem Alter zunehmend schwieriger. In klinischen Leitlinien findet Musiktherapie bisher meist keine Erwähnung (z. B. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al., 2003).

### **Die Forderung nach Wirksamkeitsforschung**

Dass ein Bedarf an Wirksamkeitsforschung im Bereich der Musiktherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen besteht, wurde wiederholt festgestellt. Allerdings wird dieser Bedarf von Musiktherapeuten bisher häufig mehr als eine Forderung von außen wahrgenommen denn als eine Fragestellung, die sich aus eigenem fachlichem Interesse ergibt. Diese „Außenperspektive“ ist zweifellos ein wichtiger Aspekt. Es geht ja nicht nur um die Aufteilung der „Fleischtöpfe“ unter den verschiedenen Professionen, sondern auch und vor allem darum, für die betroffenen Kinder die bestmögliche Behandlung bereitzustellen. Wenn man der Meinung ist, dass Musiktherapie für psychisch kranke Kinder und Jugendliche etwas Positives beizutragen hat, muss man Wirksamkeitsforschung fordern, um über die Aufnahme in Leitlinien schließlich eine zuverlässigere Finanzierung dieser Therapie zu erreichen. Welchen Standards diese Forschung zu genügen hat, wird natürlich ebenfalls „von außen“ vorgegeben. Daher rührt sicher ein wesentlicher Teil des Unwohlseins, das Wirksamkeitsforschung bei Musiktherapeuten im allgemeinen hervorzurufen pflegt.

Über der erhitzten Diskussion darüber, welche Art der Forschung von außen gefordert wird, wird oft vergessen, dass die Frage nach der Wirksamkeit der Musiktherapie eigentlich für Musiktherapeuten selbst von essentieller Bedeutung ist – also die „Innenperspektive“. Als Musiktherapeut arbeitet man in einem Feld, in dem der Erfolg der eigenen Arbeit häufig nur schwer zu beurteilen ist. Die Veränderungen, die wir sehen, sind meist subjektiv, oft äußerst subtil oder nur allmählich. Zudem haben wir aus dem Therapieraum eine eingeschränkte Perspektive und wissen oft zu wenig darüber, inwieweit sich Veränderungen in der Therapie auch außerhalb des Therapieraumes widerspiegeln. Unsere Klienten sind außerdem so vielfältigen anderen Einflüssen ausgesetzt, dass es schwierig ist, festgestellte Ver-

änderungen kausal auf die Therapie zurückzuführen. Nicht nur andere Therapien, die gleichzeitig stattfinden, auch sonstige, nicht primär therapeutisch intendierte Aktivitäten und Bemühungen, und nicht zuletzt das soziale Umfeld, von dem ja Kinder in besonderem Maße abhängig sind, spielen eine Rolle. All diese Faktoren erschweren eine zuverlässige Beurteilung der musiktherapeutischen Arbeit. Wenn man aber den Erfolg der eigenen Arbeit so schwer beurteilen kann – woher soll man dann zum einen die Zuversicht zur Fortsetzung dieser Arbeit nehmen, und woher zum anderen die Impulse zur Verbesserung und Weiterentwicklung der therapeutischen Arbeit?

### **Forschungsmethodischer Diskurs in der Musiktherapie**

Die Diskussion darüber, welche Forschungsmethoden für die Beforschung der Musiktherapie adäquat und geeignet seien, sind in der Vergangenheit häufig polarisiert geführt worden, wobei die Unterscheidung meist entlang der Achse „qualitativ“ versus „quantitativ“ gemacht wurde. Qualitative Forschung wurde dabei häufig mit beobachtender, nicht-experimenteller, den Therapieverlauf wenig beeinflussender und am natürlichen Therapieprozess orientierter Forschung gleichgesetzt. Quantitative Forschung hingegen wurde mit experimenteller Forschung gleichgesetzt, die künstliche Therapiebedingungen schafft, womöglich den gesamten Inhalt einer Therapie in Form eines Manuals im vorhinein festlegt, und nur an objektiven Ergebnissen interessiert ist. In den letzten Jahren hat sich zum Glück eine gewisse Aufweichung und Annäherung dieser Extrempositionen abgezeichnet; an den Grundpositionen hat sich hingegen wenig geändert.

Alternative Möglichkeiten zur Unterteilung von Forschungsansätzen wären beispielsweise vorwiegend am Prozess versus der Wirkung interessierte oder vorwiegend hypothesengenerierende versus hypothesenprüfende Forschung. Meist wird man es mit Mischtypen zu tun haben. Es ist wichtig, festzustellen, dass quantitative Forschung experimentelle wie nicht-experimentelle (beobachtende) Designs umfasst. Sie kann sowohl den Prozess als auch die Wirkung betreffen und sowohl hypothesengenerierend als auch hypothesenprüfend sein.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Wahl der Forschungsmethodik mehr von der zu untersuchenden Frage abhängen sollte als von der zu untersuchenden Therapieform. Dinge, die nicht gezählt werden können, können naturgemäß nur nicht-zählend, also qualitativ, beschrieben werden. Zählbare Dinge ausschließlich qualitativ zu beschreiben, würde dagegen die Kommunikation erheblich erschweren und eine mögliche Konkretisierung verhindern. Allerdings bedarf es von Seiten der Forscher größerer Anstrengungen, die Analysen und Ergebnisse sowie deren Implikationen für Kliniker besser nutzbar zu machen. Neben den bereits erwähnten praxisnäheren Studiendesigns ist auch die Verwendung von Effektgrößen (anstelle von ausschließlichen „wirkt/wirkt nicht“-Aussagen) ein wichtiger Schritt in diese Richtung (Gold, 2004).

## Fokus dieser Arbeit

Mit den hier beschriebenen Studien wurde versucht, auf die Frage nach der Wirkung der Musiktherapie Antworten zu finden, die auch für die klinisch-musiktherapeutische Arbeit relevant sind. Die Fragestellungen entstammen der klinischen Arbeit und können sowohl aus der „Außen-“ wie aus der „Innenperspektive“ gelesen werden. Im folgenden sollen aus klinischer Sicht die Ergebnisse einer Meta-Analyse sowie einer Effektivitätsstudie zusammengefasst werden.

### *Meta-Analyse*

In einer Meta-Analyse (Gold, Voracek & Wigram 2004) wurden alle weltweit verfügbaren, methodisch und inhaltlich adäquaten Studien zusammengefasst. Neben der Frage nach der durchschnittlichen Effektgröße von Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen wurde auch die Rolle potentieller Prädiktoren (Alter, Störung, musiktherapeutischer Ansatz, Ergebnisvariable) untersucht.

Der wahrscheinlich wichtigste Schritt in einer Meta-Analyse ist die Suchstrategie. Gerade in einer kleinen Disziplin wie der Musiktherapie wird häufig gesagt und geschrieben, es gebe „keine“ oder „wenig“ Forschung auf einem bestimmten Gebiet. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass man mehr und mehr findet, je länger (und auf je vielfältigere Art) man sucht. Für diese Meta-Analyse wurde daher eine Kombination verschiedener Suchstrategien verwendet (elektronisch in mehreren Datenbanken, von Hand in musiktherapeutischen Fachzeitschriften, Befragung von Autoren etc. – siehe die Originalpublikation für genauere Angaben) und anschließend erst genauer ausgewählt, welche Studien den Kriterien entsprachen.

Die Einschlusskriterien für eine Meta-Analyse müssen genau spezifiziert sein. Die ersten amerikanischen Meta-Analysen in der Musiktherapie (Standley 1986) beispielsweise analysierten verschiedenste Arten des Einsatzes von Musik (von einfachem Musikhören über Musikmedizin bis zu Musiktherapie) gemeinsam; spezifische Aussagen sind dadurch nicht möglich. Die Kritik einer mangelnden Spezifizierung wurde auch an den ersten Meta-Analysen im Bereich der Psychotherapie (z. B. Smith & Glass, 1977) geäußert.

In der vorliegenden Meta-Analyse wurden Studien ausgeschlossen, die lediglich Effekte von Musik oder von musikpädagogischen Interventionen untersuchten. Ebenso mussten die Stichprobe und die Ergebnisvariable klinisch relevant sein, und das Studiendesign musste bestimmten Mindestanforderungen genügen. Da bisher keine Meta-Analyse über Musiktherapie bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen vorlag und wir erwarteten, dass es wenige den Kriterien entsprechende Studien geben würde, wurden alle psychischen Störungen sowie alle Studiendesigns mit gruppenweisem vorher/nachher-Vergleich inkludiert, aber die Voraussetzungen dafür wurden in der Analyse genau überprüft.

Insgesamt wurden elf Studien mit insgesamt 188 Probanden in die Meta-Analyse einbezogen. Die Studien waren in den Siebziger bis Neunziger Jahren durchgeführt worden, die überwiegende Anzahl stammte aus den USA. Das Ergebnis

zeigte, selbst nach Ausschluss der Studie mit dem stärksten Effekt, dass Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen mit einem breiten Spektrum von Störungen einen starken Einfluss ( $d = 0.61$ ,  $p < .001$ ) auf klinisch relevante Bereiche des Verhaltens und Erlebens hat. Der Effekt war statistisch homogen, also repräsentativ für die verschiedenen Störungen.

Für wen ist dieses Ergebnis nun bedeutsam? Meines Erachtens sowohl für Musiktherapeuten selbst wie auch für Außenstehende (seien dies Patienten, Kliniker anderer Professionen, Geldgeber oder Forscher). Vor allem die Relevanz für Außenstehende hat sich in den Monaten nach Erscheinen des Artikels durch Reaktionen von Psychologen, Ärzten und Wissenschaftsjournalisten aus den verschiedensten Ländern gezeigt. Aber auch die Annahme des Artikels selbst in einer großen interdisziplinären Zeitschrift, dem *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, zeigt für mich den Wert einer Forschung, die solchen scheinbar simplen Fragen mit wissenschaftlich strengen Methoden nachgeht. Diese simplen Fragen nicht aufzuhören zu stellen, sollte auch für Musiktherapeuten selbst wichtig sein – wie oben diskutiert.

Die zweite Frage nach den Prädiktoren der Wirksamkeit der Musiktherapie ist dennoch aus klinisch-musiktherapeutischer Sicht zweifellos die interessantere. Anstelle der einfachen Frage „wirkt Musiktherapie“ ist hier die Frage eher: wann und unter welchen Umständen wirkt welche Art von Musiktherapie bei welcher Art von Klienten in bezug auf welche Parameter? Man könnte theoretisch eine Vielzahl von Prädiktoren untersuchen, und es würde sicher nicht schwerfallen, entsprechende Fragen zu finden – unterscheiden sich doch praktisch alle Klienten, Therapeuten, Therapieverläufe voneinander. Dennoch sind hier praktische Grenzen gesetzt, insbesondere wenn das Datenmaterial beschränkt ist. Wir untersuchten daher nur wenige Prädiktoren: Alter, Art der Störung, Art der Musiktherapie, Art der Zielvariable. Da der Effekt, wie oben beschrieben, homogen war, waren signifikante Unterschiede hinsichtlich der Prädiktoren nicht zu erwarten. Dennoch wurden recht interessante Tendenzen gefunden. Beispielsweise waren sowohl diejenigen Störungen als auch diejenigen Zielvariablen, die mit „objektiv“ sichtbaren Verhaltensweisen zu tun haben, mit besonders starken Effekten verbunden. Es könnte sich also als ein falscher Mythos (oder auch falsche Bescheidenheit?) erweisen, dass Musiktherapie im Ergebnis „nur“ mit subjektiven Veränderungen des Erlebens zu tun hat.

Ebenso interessant war das Ergebnis hinsichtlich der theoretischen Ausrichtung der Musiktherapie. Psychodynamisch oder humanistisch orientierte Musiktherapie war wirksamer als solche mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung. Dies ist ein Ergebnis, das die klinische Erfahrung vieler Musiktherapeuten vermutlich eher bestätigt als die üblicherweise in der Psychotherapieforschung kolportierten Resultate. Dass Musiktherapie mit „eklektischer“ (oder integrativer) Ausrichtung am wirksamsten war, bestätigt hingegen die Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung. Dieses Ergebnis ist vermutlich am sinnvollsten so zu interpretieren, dass eine individuelle Ausrichtung der Therapie auf den Patienten wichtig ist.

*Stärken und Schwächen der Meta-Analyse*

Generell können Ergebnisse von Wirksamkeitsforschung hinsichtlich ihrer methodischen Stärke auf einem Kontinuum gesehen werden, das angibt, als wie zuverlässig die Resultate angesehen werden können. Die Hierarchie ergibt sich dabei aus Überlegungen hinsichtlich der „internen Validität“ (d. h. wie plausibel ist ein gefundener Effekt durch andere Vorgänge als die Musiktherapie erklärbar). Die folgende Hierarchie ist dabei weithin akzeptiert (Oxford Centre for Evidence Based Medicine, 2001):

- Meta-Analyse (mit Homogenität) von randomisierten Studien
- einzelne randomisierte Studie (mit schmalen Konfidenzintervall<sup>1</sup>)
- Meta-Analyse (mit Homogenität) von nichtrandomisierten Studien
- einzelne nichtrandomisierte Studie
- Fallstudie

Es ist an dieser Stelle wichtig zu betonen, dass diese Hierarchie keine Aussage darüber beinhaltet, was „gute“ oder „schlechte“ Forschung ist. Beispielsweise kann eine Fallstudie wesentlich hilfreicher als eine randomisierte Studie sein, wenn es um Einblicke in den individuellen Therapieprozess geht. Die verschiedenen Arten von Forschung ergänzen sich also. Darüber hinaus muss betont werden, dass der zeitliche und finanzielle Aufwand für randomisierte Studien enorm ist und dass solche nicht gerechtfertigt sind, bevor „weichere“ Studien positive Ergebnisse gezeigt haben.

Die vorliegende Meta-Analyse hatte ein homogenes Ergebnis und beinhaltete vorwiegend nicht-randomisierte Studien. Da bisher keine randomisierten Studien mit schmalen Konfidenzintervall vorlagen, bedeutet dies, dass die Meta-Analyse stärkere Evidenz bietet als die bisherigen Studien alleine. Gleichzeitig ist das höchste Evidenzniveau auch damit noch nicht erreicht. Die verwendeten Designs wurden transparent gemacht, und dadurch ist die „Stärke“ der Ergebnisse für den Leser nachvollziehbar.

Die Meta-Analyse weist weitere Stärken auf. So wurde das Ergebnis unter Ausschluss der Studie mit dem größten Effekt erzielt. Darüber hinaus wurde keine Reliabilitätskorrektur durchgeführt, die den Effekt ebenfalls vergrößert hätte. Das Ergebnis ist also eine vorsichtige („konservative“) Schätzung des „wahren“ Effekts. Die Voraussetzungen für den Einschluss nichtkontrollierter Studien wurde sorgfältig geprüft. Ein Hinweis auf selektive Publikation signifikanter Studienergebnisse, die das Ergebnis verzerren könnte, wurde nicht gefunden. Mit anderen Worten: Man kann das Ergebnis drehen und wenden, wie man will, es wird nicht schlechter.

Andererseits weist die Meta-Analyse auch Schwächen auf, die allerdings in erster Linie in den inkludierten Studien begründet sind. Neben der erwähnten Verwendung von „weicheren“ Studiendesigns ist dies vor allem die Breite der Einschlusskriterien. Es liegen bisher zu wenige Studien vor, um eine spezifischere Aussage hinsichtlich

bestimmter psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu treffen. Generell ähnelt die Meta-Analyse dadurch eher den frühen Meta-Analysen in der Psychotherapie (Smith & Glass, 1977) als den neueren, stärker medizinisch und diagnosespezifisch ausgerichteten Übersichtsarbeiten (z. B. Cochrane-Reviews).

### **Effektivitätsstudie**

In der Effektivitätsstudie (Gold, 2003) wurden klinische Veränderungen während einer Einzelmusiktherapie bzw. Wartezeit bei insgesamt 136 Kindern und Jugendlichen mit standardisierten Fragebögen erfasst. Dabei stand neben der durchschnittlichen Effektivität die Frage im Vordergrund, wie Charakteristika des Klienten, des Therapeuten, der Musiktherapie sowie des Umfelds die Effekte beeinflussen. Im Gegensatz zur Meta-Analyse, in der experimentelle Studien über die Wirksamkeit („efficacy“) zusammengefasst wurden, wurde in der Effektivitätsstudie die Arbeit im klinischen Alltag („effectiveness“) untersucht. Dies kann sich aus vielen Gründen unterscheiden. Im klinischen Alltag haben Therapeuten meist eine hohe Zahl von Patienten zu bewältigen. Die Patienten haben oft eine Vielzahl von Störungen zugleich (Komorbidität), und die Ziele der Therapie sind entsprechend breit ausgerichtet. Im Gegensatz dazu sind die Patienten in experimentellen Studien oft hoch selektiert und die Therapieziele entsprechend eng begrenzt. Wahrscheinlich haben Therapeuten in experimentellen Studien auch häufiger die Möglichkeit, sich auf diese Klienten ganz besonders zu konzentrieren – geringere Fallzahl, spezielles Training und auch besonders intensive Supervision können zu größeren Effekten beitragen. So wurden in der Psychotherapieforschung im Kinder- und Jugendbereich entsprechende Diskrepanzen zwischen den Ergebnissen von Wirksamkeits- und Effektivitätsstudien gefunden (Weisz & Weiss, 1993).

Sowohl aus Gründen der Generalisierbarkeit als auch der Teststärke war uns eine große Stichprobe wichtig, möglichst auch der Einschluss von verschiedenen Therapeuten. Angestrebt wurde eine gegenüber dem klinisch-therapeutischen Alltag möglichst unverzerrte Stichprobe. Hinter diesem Ziel musste eine an sich wünschenswerte Randomisierung zurückstehen. Wir entschieden uns also für ein beobachtendes (quasi-experimentelles) Studiendesign mit einem prä-post-Vergleich zwischen einer Behandlungsgruppe und einer „natürlich vorkommenden“ Kontrollgruppe aus bestehenden Wartelisten. Insgesamt nahmen 136 Kinder und Jugendliche an der Studie teil, darunter 75, die eine Musiktherapie begannen, und 61, die auf einen Therapieplatz warteten. Die Musiktherapie war immer im ambulanten Einzelsetting und wurde im Schnitt einmal wöchentlich à 45 Minuten angeboten. Fünfzehn Therapeutinnen und Therapeuten, alle mit Wiener Ausbildung und in Wien und Niederösterreich tätig, nahmen mit ihren Klienten an der Studie teil. Die Diagnosen waren breit gefächert und ließen sich grob in drei Gruppen einteilen: emotionale und Anpassungsstörungen (n = 37), Verhaltensstörungen (n = 36) und Entwicklungsverzögerungen (n = 63). Viele hatten zusätzlich eine Störung auf der Achse 4 (somatische Störungen) oder 5 (psychosoziale Umstände) des ICD-10 Schemas.

Aufgrund der Breite der Störungen mussten auch die Outcome-Maße entsprechend breit angelegt sein. Die zentralen (primären) Outcomes umfassten Symptomatik, Kompetenzen und Lebensqualität. Diese wurden mit standardisierte Fragebögen (wie etwa die „Child Behaviour Checklist“) im Urteil der Eltern (und wo dies möglich war, auch im Selbsturteil der Klienten) erfasst. Darüber hinaus gaben die Therapeuten eine Einschätzung der Veränderungen in diesen Bereichen und beschrieben kurz die wichtigsten Therapieinhalte mittels eines halboffenen Fragebogens. Alle beobachteten Veränderungen betrafen die ersten 25 Therapiestunden bzw. 7 Monate. Die Therapie konnte danach fortgesetzt werden und wurde dies auch in vielen Fällen; der Beobachtungszeitraum wurde aus Gründen der Durchführbarkeit begrenzt.

Die Gesamtergebnisse waren relativ ernüchternd: Zwar verbesserten sich die Therapiekinder hinsichtlich Symptomatik und Lebensqualität, aber das Ausmaß der Veränderungen war relativ gering (kleine bis mittlere Effektgröße). Im direkten Vergleich zwischen der Therapie- und der Wartegruppe (Varianzanalyse [ANOVA]) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, lediglich hinsichtlich der Lebensqualität gab es eine Tendenz. Die Effekte waren insgesamt geringer als in der Meta-Analyse. Allerdings zeigte sich auch, dass die Therapiekinder am Beginn stärker beeinträchtigt waren als die Wartegruppe. Die am stärksten beeinträchtigten Kinder werden anscheinend eher vorgezogen werden als andere, die leichter warten können.

Es wurde bereits oben der mögliche Einfluss der Komorbidität angesprochen. In einer genaueren Analyse der Daten zeigte sich dieser Einfluss deutlich: Musiktherapie hatte signifikant größere Effekte auf die Symptomatik bei Klienten ohne komorbide Störungen. Da Klienten mit komorbiden Störungen häufig von experimentellen Studien ausgeschlossen werden, erklärt dies die Unterschiede in den gefundenen Effekten. Dieses Ergebnis belegt auch, dass die Ergebnisse experimenteller Studien häufig nur sehr beschränkt Gültigkeit für die klinische Realität aufweisen – und dies gilt sicher nicht nur für die Musiktherapie, sondern potentiell für alle Behandlungen von Psychotherapie bis zur Pharmakologie (siehe z. B. Rothwell, 2005). Die Klientengruppe, die mit einer Kombination von mehreren Störungen zur Therapie kommt, ist aber für die klinische Arbeit im allgemeinen, und möglicherweise speziell für die Musiktherapie, eine wichtige Gruppe. Aus den Ergebnissen dieser Studie wissen wir nicht, wie sich diese Gruppe Klienten nach mehr als 25 Therapiestunden entwickelt. Es ist gut möglich, dass es bei ihnen im Schnitt länger braucht, bis sich Therapieeffekte abzeichnen. Eine andere Möglichkeit wäre die Erhöhung der Frequenz. Die Studie zeigt jedenfalls, dass die Gruppe der komorbiden Klienten besonderes Augenmerk hinsichtlich der therapeutischen Betreuung benötigt. Interessant war auch, dass die Hauptdiagnose keinen signifikanten Einfluss auf die Effekte der Musiktherapie hatte. Dies könnte als Hinweis darauf gesehen werden, dass die klinische Diagnose für die Indikation zur Musiktherapie keine entscheidende Rolle spielt.

Ein weiteres interessantes Ergebnis wurde bei der Analyse der Therapieinhalte gefunden. Für diese Analyse wurden nur die Daten der Therapieklienten verwendet (ohne die Wartelistengruppe) und der Einfluss der Therapieinhalte auf den The-

rapieoutcome mit einem Regressionsmodell untersucht. Es zeigte sich, dass sich die Klienten am meisten verbesserten, wenn die Musiktherapie auf Musik und Gespräch fokussiert war und nicht-musikalische Medien ausgespart blieben (bzw. nicht unter den drei häufigsten Therapietechniken waren). Dies betraf vor allem Veränderungen hinsichtlich Symptomatik und Belastungen des sozialen Umfelds. Bereits vor der Studie hatten die 15 Therapeuten angegeben, dass sie nicht-musikalische Spiele in der Therapie mit Kindern regelmäßig verwendeten – es war also nicht so, dass lediglich bei besonders ‚schwierigen‘ Klienten darauf ausgewichen wurde. Eher deutet dieses Ergebnis darauf hin, dass zum einen die Musik in der Musiktherapie eine spezifische Bedeutung und eine besondere Stärke hat – eine alte Weisheit für Musiktherapeuten – und dass dieses spezifische Medium in der klinisch-musiktherapeutischen Arbeit mit Kindern zu unrecht vernachlässigt wurde. Dies muss nicht bedeuten, dass nicht auch außermusikalisches Spiel einen Wert in der Therapie haben kann – in der Musiktherapie beispielsweise zum Beziehungsaufbau oder in Zeiten des Widerstands; dennoch bietet die musikalische Interaktion, besonders in der Improvisation, besondere subtile Möglichkeiten der gleichzeitigen Interaktion auf der Mikroprozessebene. Darüber hinaus haben Musiktherapeuten in ihrer Ausbildung mit diesem Medium besonders umzugehen gelernt. Dieses Ergebnis der Studie deutet an, dass die Effekte von Musiktherapie nicht lediglich auf den in der Psychotherapieforschung oft genannten „common factors“ (wie etwa dem empathischen Zuhören des Therapeuten) beruhen, und weist auf die spezifischen Effekte der Musiktherapie hin.

### **Stärken und Schwächen der Effektivitätsstudie**

Die methodischen Stärken der Effektivitätsstudie sind die große Stichprobe (deutlich größer als in den bisherigen Untersuchungen und groß genug, um Untergruppen zu analysieren), die Verwendung von standardisierten Instrumenten zur Erfassung der Veränderungen, und die Nähe zur klinischen Praxis (externe Validität). Diese letzte Stärke ist aber auch zugleich die wichtigste methodische Schwäche der Studie. Vor allem der Verzicht auf ein randomisiertes Studiendesign impliziert, dass kausale Schlussfolgerungen nur begrenzt möglich sind. Alle gefundenen (oder auch nicht gefundenen) Effekte könnten prinzipiell auch auf vorher bestehende Unterschiede zwischen den Gruppen zurückzuführen sein. Auch wenn man solche Unterschiede statistisch kontrolliert, werden sie dadurch lediglich weniger plausibel, sind aber nicht ganz auszuschließen. Dennoch sind randomisierte Untersuchungen nicht immer möglich und nicht immer sinnvoll (Black, 1996). Randomisierte und beobachtende Studien sollten als sich gegenseitig ergänzende Verfahren betrachtet werden. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Ergebnisse der Meta-Analyse sowie der Effektivitätsstudie zum einen einen Beitrag zur oft geforderten wissenschaftlichen Evidenz für die Wirksamkeit von Musiktherapie leisten. Darüber hinaus liefern die Studienergebnisse auch für die Praxis wichtige Anregungen und sind daher dazu geeignet, die Lücke zwischen Forschung und Praxis zu verringern.

## Ausblick: Derzeitige Forschung – Bereich Erwachsenenpsychiatrie

Derzeit läuft am Sogn og Fjordane University College in Sandane ein neues Forschungsprojekt, das sich auf die Untersuchung klinisch relevanter Effekte von Musiktherapie bei erwachsenen Patienten mit psychiatrischen Störungen richtet. Eine systematische Übersichtsarbeit/Meta-Analyse über Musiktherapie bei Schizophrenie brachte positive Ergebnisse. Diese Arbeit, die nach besonders strengen Kriterien nur randomisierte Studien einschloss, ist in der aktuellen Ausgabe der *Cochrane Library* erschienen (Gold et al., 2005). Weitere Reviews über andere Störungen sollen folgen.

In einer neuen randomisierten Studie soll die Wirksamkeit von Musiktherapie bei einer besonders schwierigen Gruppe von Patienten untersucht werden: psychiatrische Patienten mit geringer Therapiemotivation. Die Fragestellung für diese Studie wurde in einer Zusammenarbeit von Klinikern und Forschern mit qualitativem und quantitativem Hintergrund erarbeitet. Zielstellung bei dieser Studie ist es, möglichst nahe an der klinischen Praxis zu bleiben und dennoch hohe interne Validität zu erreichen (Gold, Rolvsjord, Aarø & Stige 2004).

Die Überbrückung der Lücke zwischen Forschung und Praxis bleibt eine Herausforderung. In diesem Artikel wurde versucht, darzustellen, auf welche Weise Forschungsergebnisse für die klinische Arbeit wichtig werden können, aber auch, welche Schwierigkeiten sich dabei ergeben. Eine funktionierende Verbindung zwischen Forschung und Praxis sollte sowohl Klinikern als auch Forschern ein Anliegen sein, um dadurch dem gemeinsamen Ziel näher zu kommen, Patienten die bestmögliche Hilfe zuteil werden zu lassen.

### Literatur:

- Angold, A., Costello, J. E., Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(1), 57–87.
- Black, N. (1996). Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *British Medical Journal*, 312(7040), 1215–1218.
- Bruscia, K. E. (Ed.). (1991). *Case studies in music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Eds.). (2003). *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (2nd ed.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Gold, C. (2003). *Effectiveness of individual music therapy with mentally ill children and adolescents: A controlled study*. Unpublished PhD thesis, Aalborg University, Aalborg.
- Gold, C. (2004). The use of effect sizes in music therapy research. *Music Therapy Perspectives*, 22(2), 91–95.

- Gold, C., Heldal, T. O., Dahle, T., Wigram, T. (2005). Music therapy for schizophrenia and schizophrenia-like illnesses (Cochrane Review), The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Gold, C., Rolvsjord, R., Aarø, L. E., Stige, B. (2004). Efficacy of resource-oriented music therapy on psychiatric patients with low motivation or suitability for verbal psychotherapy: A randomised controlled trial. Unpublished manuscript, Sogn og Fjordane University College, Sandane, Norway.
- Gold, C., Voracek, M., Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 45(6), 1054–1063.
- Oxford Centre for Evidence Based Medicine. (2001). Levels of evidence and grades of recommendations. Available: [http://www.cebm.net/levels\\_of\\_evidence.asp](http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp) [2005, February 10].
- Rothwell, P. M. (2005). External validity of randomised controlled trials: „to whom do the results of this trial apply?“ *Lancet*, 365(9453), 82–93.
- Smith, M. L., Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752–760.
- Standley, J. M. (1986). Music research in medical/dental treatment: Meta-analysis and clinical applications. *Journal of Music Therapy*, 23(2), 56–122.
- Haffa-Schmidt, U. Moreau, D. von, Wöfl, A. (Eds.), *Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen: Grundlagen und Praxisfelder*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Weisz, J. R., Weiss, B. (1993). *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. Newbury Park, CA: Sage.
- Wigram, T., De Backer, J. (Eds.). (1999). *Clinical applications of music therapy in developmental disability, paediatrics and neurology*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Dr. Christian Gold, PhD, Sogn og Fjordane University College, Sandane, Norway  
<http://www.hisf.no/chrisgol>, e-mail: [christian.gold@hisf.no](mailto:christian.gold@hisf.no)

### Anmerkungen:

<sup>1</sup> Ein schmales Konfidenzintervall bedeutet vereinfacht gesprochen eine große Stichprobe. Eine genauere Erklärung würde den Rahmen dieses Artikels sprengen.