

# Funktionalität und Ästhetik – eine Pilotstudie zu Musiktherapie in der Behandlung Multipler Sklerose

W. Schmid<sup>1</sup>, D. Aldridge<sup>2</sup>, M. Kaeder<sup>3</sup>, T. Ostermann<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Institut für Musiktherapie, Fakultät für Medizin, Universität Witten-Herdecke, <sup>2</sup>Lehrstuhl für Qualitative Forschung in der Medizin, Universität Witten-Herdecke, <sup>3</sup>Gemeinschaftskrankenhaus, Herdecke, <sup>4</sup>Lehrstuhl für Medizintheorie und Komplementärmedizin, Universität Witten-Herdecke

## Zusammenfassung

Aktive Musiktherapie kann in der Betreuung von an MS erkrankten Menschen zu relevanten Verbesserungen ihrer psychischen Befindlichkeit und Selbstakzeptanz führen.

In einer kontrollierten Pilotstudie mit zwanzig Patienten\* erhielten zehn Teilnehmer über den Zeitraum eines Jahres aktive Einzelmusiktherapie. Alle Teilnehmer wurden fünfmal (U1–U5) in standardisierten Interviews zu Depression (BDI), Angst (HADS), Selbstakzeptanz (SESA), Lebensqualität (HAQUMAS) sowie zu kognitiven (MSFC) und funktionalen (EDSS) Parametern befragt.

Therapiegruppe und Kontrollgruppe unterschieden sich vor Studienbeginn (U1) und in der abschließenden Untersuchung (U4) nicht signifikant. Signifikante Verbesserungen konnten jedoch für die Therapiegruppe im zeitlichen Verlauf (U1–U4) in den Skalenwerten der Selbstakzeptanz, Depression und Angst gefunden werden. Diese Werte verschlechterten sich in der Follow-up Erhebung (U5) ein halbes Jahr nach Ende der Musiktherapie wieder.

Die Musiktherapie wurde unter qualitativen Gesichtspunkten mit Video-Episoden und der Generierung von Kategorien ausgewertet. Dabei zeigt sich, dass das individuelle Kontaktgeschehen zwischen Patient und Therapeut zu therapeutischen Veränderungen führt. Die Parameter für das Kontaktgeschehen wie z. B. »Musikalische Rollen«, »Bewegung« und »Zeitliche Strukturierung« wurden in einem dreistufigen Modell zur Evaluation des Kontaktgeschehens zusammengefasst. Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung machen deutlich, dass eine musiktherapeutische Betreuung den Blickwinkel auf die Bedürfnisse von MS-Betroffenen erweitert und ein Behandlungsangebot nicht ausschließlich von funktionalen Erwägungen ausgehen darf. Aktive Musiktherapie bietet ein besonderes Feld für die Eigenwahrnehmung der Betroffenen und unterstützt sie in der Integration ihres Körpers als Ausdrucksmedium.

**Schlüsselwörter:** Musiktherapie, matched control group, Selbstakzeptanz, Depression, Angst, funktionale Parameter, Ästhetik

## Functionality and aesthetics – a pilot study of music therapy in the treatment of people with multiple sclerosis

W. Schmid, D. Aldridge, M. Kaeder, T. Ostermann

## Abstract

In the treatment of patients suffering from multiple sclerosis, relevant improvements in mental well-being and self-acceptance may be induced by active music therapy.

In a controlled pilot study with twenty male and female participants, ten participants received active music therapy in single sessions over a period of one year. All participants were interviewed five times (U1–U5) in standardized interviews on depression (BDI), anxiety (HADS), self-acceptance (SESA), quality of life (HAQUMAS) as well as cognitive (MSFC) and functional (EDSS) parameters.

There were no significant differences between therapy group and control group prior to the study (U1) and in the final examination (U4). However, significant improvements were registered for the therapy group with regard to self-acceptance, depression and anxiety over the course of the study (U1–U4). At follow-up (U5) six months after music therapy ended, the data showed a change for the worse.

Music therapy was assessed from a qualitative perspective with video episodes and the generation of categories. Individual contacts between patient and therapist appear to produce therapeutic changes. Parameters for musical

\*Um der besseren Lesbarkeit willen verwenden wir im Folgenden die männliche Form, die weibliche ist jedoch ausdrücklich immer mitgemeint.

contact, as e. g. »musical roles«, »movement« and »temporal structure«, are summarized and depicted in a three-step concept for evaluation. The results of qualitative assessment suggest that music therapy provides an enhanced perspective of the needs of patients suffering from MS, and that therapies must not be limited to functional considerations. Active music therapy offers specific opportunities for improved self-perception and supports patients in the integration of their bodies as means of expression.

**Key Words:** music therapy, matched control group, self acceptance, depression, anxiety, functional scores, aesthetics

© Hippocampus Verlag 2005

## Einleitung

Chronisch verlaufende neurologische Erkrankungen stellen eine große Herausforderung für unsere Gesellschaft und für unser Gesundheitswesen dar. Da kausale Therapien häufig nicht zur Verfügung stehen, sind Interventionen, die den Krankheitsverlauf mildern und den Umgang mit der Erkrankung erleichtern können, von Bedeutung. Multiple Sklerose (MS) ist die häufigste entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems bei jungen Erwachsenen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr und die Hauptursache einer Behinderung in dieser Altersgruppe, die nicht traumatischer Natur ist [6, 12]. Wesentlich für Betroffene wie für Betreuende ist, dass mit der Diagnose ein lebenslanger Krankheitsverlauf beginnt, der mit zunehmenden Einschränkungen verbunden ist und nicht ursächlich geheilt werden kann. Im Krankheitsverlauf treten vielfältige Symptome auf, da das gesamte zentrale Nervensystem von Entzündungsherden betroffen sein kann. Gang- und Koordinationsstörungen zählen neben Sensibilitätsstörungen und der Fatigue zu den wichtigsten primären Symptomen der MS [17, 35]. Bei jedem zweiten Betroffenen tritt im Krankheitsverlauf eine schwere, meist reaktive Depression auf [7]. In Folge dieser primären Symptome kommt es zu weiteren sekundären Symptomen, die psychosoziale Lebensbereiche der Erkrankten betreffen. Belastungen entstehen hierbei durch die teilweise massiven Veränderungen der körperlichen und geistigen Identität, die Bedrohung des Selbstbildes [18] sowie den Verlust der sozialen und ökonomischen Unabhängigkeit. Vertraute zwischenmenschliche Beziehungen in der Familie und eine zukünftige Lebensplanung werden in Frage gestellt. Während bei chronisch Kranken der Erhalt ihrer Erwerbstätigkeit ein vornehmliches Ziel ist, wird für etwa 40% der an MS erkrankten Arbeitnehmer aufgrund der Symptomvielfalt und des ungewissen Krankheitsverlaufes frühzeitig ein Rentenverfahren eingeleitet [28, 30, 40]. Durch unterschiedliche vorübergehende oder anhaltende primäre Symptome verändert sich das Körpererleben der erkrankten Menschen. Schmerzen und Missempfindungen, Gang- und Koordinationsprobleme können bei Betroffenen in besonderem Maß Kontrollverlustängste auslösen, da sich der eigene Körper ihrem unmittelbaren Einfluss zu entziehen scheint. Mit zunehmenden Einschränkungen stehen einem kranken Menschen immer weniger Ausdrucksmöglichkeiten zur Verfügung. Einer kanadischen Umfrage zufolge schätzen an MS Erkrankte ihre psychischen Bedürfnisse als wich-

tig bis sehr wichtig ein und bemängeln gleichzeitig die Qualität der psychosozialen Versorgung [38]. Während bei akuten Schüben eine weitgehend umfassende Therapie gewährleistet ist, bleiben psychosoziale Probleme und Krisen in schubfreien Zeiten häufig unberücksichtigt [32]. Dieser Umstand ist auch auf die unterschiedlichen Sichtweisen der Bedürfnisse von Menschen mit MS zurückzuführen, wie sie in Untersuchungen zu Faktoren der Lebensqualität deutlich werden. Während Ärzte die Lebensqualität vorrangig anhand physischer und motorischer Parameter bestimmen, sind für die Patienten selbst psychosoziales Wohlbefinden, emotionale Stabilität und Möglichkeiten der Stressbewältigung die wichtigsten Faktoren [33]. Die Auswirkung, die die Diagnose MS auf das psychosoziale Gleichgewicht eines Menschen haben kann, ist davon abhängig, wie jeder Einzelne sein Krankheitsgeschehen für sich versteht. Wie er die Veränderungen, die sich für sein alltägliches Leben, seine Selbständigkeit zu Hause und am Arbeitsplatz ergeben, für sich einordnet [41]. Die umfassende Einschätzung und Selbstorganisation der eigenen Fähigkeiten spielt hierfür eine wesentliche Rolle [9] und kann wiederum den Krankheitsverlauf beeinflussen. Durch ressourcenorientierte Angebote, die die Eigenaktivität fördern, kann ein erkrankter Mensch darin unterstützt werden, seine Selbstorganisations- und Selbstaktualisierungsprozesse für seinen individuellen Umgang mit der MS und den Verarbeitungsprozess zu nutzen. Betroffene äußern ein zunehmendes Interesse an alternativen und komplementären Therapien, da sie in diesen Angeboten die Möglichkeit sehen, selbst aktiver mit ihrer Erkrankung umzugehen, und auch ihre psychosozialen Bedürfnisse Berücksichtigung finden [2, 4]. In den wenigen veröffentlichten Studien zur Musiktherapie mit von MS Betroffenen wird auf die besonderen emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten von Musik hingewiesen. Das Singen von Liedern mit selbst verfassten Texten kann der Biografie- und Erinnerungsarbeit dienen und Menschen in ihrer individuellen Krankheitsverarbeitung unterstützen [23, 25, 27, 34]. Die einzige quantitative Untersuchung [39] kommt zu dem Ergebnis, dass der gezielte Einsatz von musiktherapeutischer Stimmarbeit zu physiologischen Verbesserungen der Atemsituation beitragen kann.

## Pilotstudie

Ausgehend von den Ergebnissen der Literaturrecherche und unter besonderer Berücksichtigung der Perspektive der Betroffenen sollte mit der vorliegenden Pilotstudie unter-

sucht werden, was ein aktives musiktherapeutisches Angebot zur psychosozialen Versorgung von Menschen mit MS beitragen kann.

Folgende Fragen wurden für die Pilotstudie formuliert:

1. Welche quantitativen Veränderungen zeigen sich während einer musiktherapeutischen Betreuung von Menschen mit Multipler Sklerose in standardisierten Fragebögen?
2. Welche qualitativen Merkmale kennzeichnen ein aktives musiktherapeutisches Angebot für Menschen mit MS und zu welchen Veränderungen führen sie?
3. Welche Rolle kommt der Musiktherapie in einem interdisziplinären Behandlungskonzept für an MS Erkrankte zu?

## Methodik

### Teilnehmer

An der Studie nahmen 14 Frauen und 6 Männer mit schubförmiger, primär und sekundär chronischer Multipler Sklerose teil. Ihr Alter lag zwischen 29 und 47 Jahren. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 11 Jahre. Zehn Teilnehmer bildeten die Therapiegruppe und zehn die Kontrollgruppe. Die Gruppen waren hinsichtlich der neurologischen Klassifikationsskala EDSS [22], ihres Alters und ihres Krankheitsverlaufs durch die behandelnde Neurologin der MS-Ambulanz des Gemeinschaftskrankenhauses in Herdecke gematched. Der durchschnittliche EDSS-Wert lag bei 2,6; damit waren sowohl Betroffene mit normalen motorischen Funktionen (EDSS-Wert: 0) als auch solche mit einer Behinderung, die vollständige tägliche Aktivitäten unmöglich macht (EDSS-Wert: 5,5), in die Studie eingeschlossen. Ausschlusskriterien waren eine bestehende Schwangerschaft und behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankungen. Alle Teilnehmer wurden über den Inhalt und die Einzelheiten der Studie informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung zur Veröffentlichung insbesondere der Videoaufzeichnungen aus den Therapiesitzungen.

### Material

In der einjährigen kontrollierten Pilotstudie wurden in einem flexiblen Studiendesign [31] sowohl qualitative Daten aus der Musiktherapie als auch quantitative Daten aus standardisierten Fragebögen gesammelt. Die Teilnehmer der Therapiegruppe erhielten im Projektzeitraum drei Blöcke mit jeweils acht bis zehn Sitzungen ambulante Einzelmusiktherapie auf Grundlage der Schöpferischen Musiktherapie [26]. Das gemeinsame aktive Musizieren von Patient und Therapeut steht im Mittelpunkt dieses künstlerischen, non-verbalen Therapieansatzes. Ohne besondere musikalische Vorkenntnisse beginnt ein Patient, aus dem Stegreif z. B. auf Trommeln, Becken oder einem Xylophon zu spielen, und wird dabei vom Therapeuten begleitet. Mit dieser Form der musikalischen Improvisation ist die Sichtweise verbunden, dass sich ein Mensch mit seiner Musik darstellt, seine Befindlichkeit hörbar macht und, durch die Begleitung des Therapeuten unterstützt, in seiner augenblick-

lichen Existenz und Autonomie akzeptiert und bestätigt wird. Jede Äußerung eines Menschen kann zum Thema für eine Improvisation werden und wird prinzipiell als Fähigkeit und Ressource verstanden. Der Musiktherapeut knüpft an diese Äußerung an, und beide lassen sich in der Improvisation auf Unvorhergesehenes ein, werden offen für das, was aus dem wechselseitigen musikalischen Erfinden an spontanen Ideen, Formen und deren Veränderung entsteht. Die Musik selbst ist somit immer wieder Handlungs-, Begegnungs- und Erfahrungsfeld.

Alle zwanzig Teilnehmer wurden in standardisierten Fragebögen vor Therapiebeginn (U1), im Studienverlauf alle drei Monate (U2–U4) sowie in einem Follow-up (U5) sechs Monate nach Abschluss der Musiktherapie befragt. Mit den ausgewählten Testinstrumenten sollten neben den klinisch-neurologischen Einschätzungskriterien vor allem die psychosozialen Bedürfnisse MS-kranker Menschen im Hinblick auf ihre Lebensqualität, Selbstakzeptanz und psychische Befindlichkeit eingeschätzt werden. Nach Abschluss der Musiktherapie wurden die Teilnehmer zu ihren Erfahrungen in der Musiktherapie befragt.

Die Testinstrumente im Einzelnen:

### *Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA)*

Die Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA) ist die deutsche Version der von *Berger* entwickelten und auf der Persönlichkeitstheorie von *Rogers* aufbauenden »Scale for the Evaluation of Self Acceptance« [5]. Die Skala besteht aus 29 Fragen zur Selbstakzeptanz eines Menschen und seiner Einschätzung der Akzeptanz durch andere Personen [37].

### *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*

Das Beck-Depressions-Inventar ist ein seit 30 Jahren weit verbreitetes und anerkanntes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik bei Jugendlichen und Erwachsenen. Es entstand aufgrund klinischer Beobachtungen depressiver Patienten und ist für Verlaufsuntersuchungen geeignet. Aufgrund seiner weiten Verbreitung können die Ergebnisse klinischer Studien miteinander verglichen werden [1, 15].

### *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)*

Die »Hospital Anxiety and Depression Scale« ist ein bidimensionales Instrument zur Selbstbeurteilung von Angst und Depressivität bei Erwachsenen mit körperlichen Beschwerden bzw. Erkrankungen [16]. Sie zeichnet sich durch ihre Kürze von 14 Items aus und besteht aus je einer Angst- und einer Depressions-Subskala. Somatische Fragen sind in den Skalen ausgenommen, um Überschneidungen mit körperlichen Auswirkungen einer Erkrankung zu vermeiden.

### *Hamburg Quality of Life Questionnaire in Multiple Sclerosis (HAQUAMS)*

Der »Hamburg Quality of Life Questionnaire in Multiple Sclerosis« (HAQUAMS) ist ein Instrument zur Lebens-

qualitätsmessung bei MS-Patienten. Als krankheitsspezifischer Lebensqualitätsfragebogen deckt er mit 38 Fragen zu Fatigue/Gedächtnis, Mobilität der oberen und unteren Extremitäten, zur sozialen Situation sowie zu generellen Beeinträchtigungen und zur Progression der Krankheit die Dimensionen physische, psychologische und soziale Funktionen ab. Die Befragten sollen darüber hinaus die Veränderung ihres aktuellen Gesundheitszustandes im Vergleich zum Zeitpunkt vor einem Jahr und vor vier Wochen einschätzen [13].

#### *Incapacity Fatigue Severity Scale (IFFS)*

Die »Fatigue Severity Scale« ist Teil des Incapacity-Fragebogens der computergestützten Diagnosedokumentation des MUSIS<sup>®</sup>-Programmes. Sie besteht aus 9 Items mit Feststellungen wie »Ich bin leicht ermüdbar und erschöpfbar« oder »Ermüdung gehört für mich zu den drei am stärksten belastenden Faktoren«, die von den Patienten auf einer siebenstufigen Skala von »gering« bis »hoch« eingeschätzt werden müssen [21].

#### *Expanded Disability Status Scale (EDSS)*

Mit Hilfe der EDSS lässt sich der Behinderungsgrad eines MS-Patienten bestimmen, der von 0 (= normal) bis 10 (= Tod durch MS) reichen kann. Damit soll sichergestellt werden, dass die Teilnehmer an klinischen Untersuchungen verglichen werden können [22]. Da die EDSS im mittleren Skalenbereich einen deutlichen Schwerpunkt auf die Bewältigung einer Gehstrecke legt, werden weitere motorische und kognitive Veränderungen vernachlässigt. Kritisch betrachtet kann deshalb mit diesem Messinstrument lediglich ein begrenzter Ausschnitt des Erkrankungs geschehens dargestellt und dokumentiert werden [14]. Es sind mehrere Versuche unternommen worden, andere Skalen einzuführen, um vor allem auch funktionelle und kognitive Beeinträchtigungen erfassen zu können [19]. Hierzu gehört der multidimensionale »Multiple Sclerosis Functional Composite«.

#### *Multiple Sclerosis Functional Composite (MSFC)*

Der MSFC erfasst die Bereiche Arm- und Beinfunktion sowie kognitive Beeinträchtigung und zeigt Veränderungen empfindlicher an als der EDSS [10]. Er setzt sich aus

dem »Strecke-Zeit-Test«, dem »Steckbrett-Test« und dem »Zahlen-Additions-Test« zusammen. Für die Studie wurde lediglich der dritte Testteil, der PASAT (Paced Auditory Serial Addition Test), verwendet.

Für die Auswertung der Daten wurde auf nicht parametrische Testverfahren für verbundene (Wilcoxon-Test) bzw. unverbundene Stichproben (U-Test nach Mann-Whitney) mit einem Signifikanzniveau von  $p < 0,05$  zurückgegriffen. Zusätzlich wurden Effektstärken nach Cohen berechnet [8, 24]. Um Zusammenhänge zwischen den Testinstrumentarien aufzudecken, wurden entsprechende Korrelationsanalysen nach Spearman durchgeführt.

## Ergebnisse

### Quantitative Ergebnisse

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Outcome-Messungen im Zeitverlauf der Therapie von U1 bis U4 und beim Follow-up (U5). Zu Beginn der Studie (U1) gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Therapie- und Kontrollgruppe in den verschiedenen Skalen (s. Tabelle 1). Ein Vergleich der Effektgrößen zwischen beiden Gruppen ergab eine mittlere Effektstärke auf den Skalen für Selbstakzeptanz (nach Cohen  $d$  0,5423), für Depression HADS-D, Subskala Depression (nach Cohen  $d$  0,63) sowie für Angst HADS-D, Subskala Angst (nach Cohen  $d$  0,63). Signifikante Verbesserungen ergaben sich für die Therapiegruppe im zeitlichen Verlauf (U1–U4) bei den Werten der Selbstakzeptanz SESA ( $p=0,012$ ) sowie den Werten für Depression (BDI  $p=0,036$ , HADS-D, Subskala Depression,  $p=0,035$ ) und Angst (HADS-D, Subskala Angst  $p=0,13$ ). Insgesamt kam es im zeitlichen Verlauf bei der Therapiegruppe zu einem deutlichen Rückgang der Fatigue (IFFS). Beim Follow-up (U5) zeigte sich eine Verschlechterung der Werte für Depression, Angst, Selbstakzeptanz und Fatigue für die Therapiegruppe. Signifikante Unterschiede wurden bei der Kontrollgruppe bezüglich der Subskala Angst der HADS-D festgestellt ( $p=0,031$ ), während die Werte für Depression und Selbstakzeptanz im Zeitverlauf (U1–U4) keine signifikanten Unterschiede aufwiesen. Bei den funktionalen Werten (MSFC, EDSS) und der Lebensqualität (HAQUAMS) ergaben sich weder innerhalb der noch zwischen den Gruppen Unterschiede.

Die Korrelationsanalysen nach Spearman ergaben Zusammenhänge zwischen dem HADS-D-Depressionsindex und der Selbstakzeptanz sowie dem Beck-Depressions-Inventar und der HADS-D Subskalen Angst und Depression (s. Tabelle 2).

Im abschließenden Interviewdurchgang zur Musiktherapie beschrieben neun von zehn Teilnehmer, wie wichtig die eigene Aktivität im Rahmen der Therapie für sie war. Alle zehn Teilnehmer gaben eine unmittelbare Verbesserung ihres Befindens während der Sitzungen an. Bei acht Personen hielt die verbesserte Befindlichkeit längere Zeit an und wurde von Partnern oder Freunden bestätigt. Sieben Teilnehmer beschrieben eine erweiterte Selbstwahrnehmung

	Musiktherapiegruppe Mittelwert [25 %ile; 75 %ile]	Kontrollgruppe Mittelwert [25 %ile; 75 %ile]	Wilcoxon Signed rank test, p signifi- cance (two-tailed)
EDSS	2,3 [1,4; 3,5]	2,5 [1,5; 3,6]	0,76
MSFC	0,23 [-0,21; 0,47]	0,14 [-0,45; 0,34]	0,61
IFSS	34,0 [24,3; 45,0]	22,5 [12,8; 47,5]	0,22
SESA	115 [79; 125]	110 [99; 128]	0,59
BDI	13,0 [6,5; 19,0]	7,0 [3,0; 20,0]	0,33
HADS-D/A	9,0 [4,8; 11,8]	8,0 [3,75; 13,25]	0,54
HADS-D/D	5,5 [3,8; 7,0]	6,0 [1,5; 9,5]	0,84
HAQUAMS	2,3 [2,1; 2,5]	2,0 [1,8; 2,4]	0,07

**Tab. 1:** Wilcoxon Signed Ranks Test – Vergleich der Unterschiede zwischen den Werten bei Behandlungsbeginn und -ende für Therapie- und Kontrollgruppe.

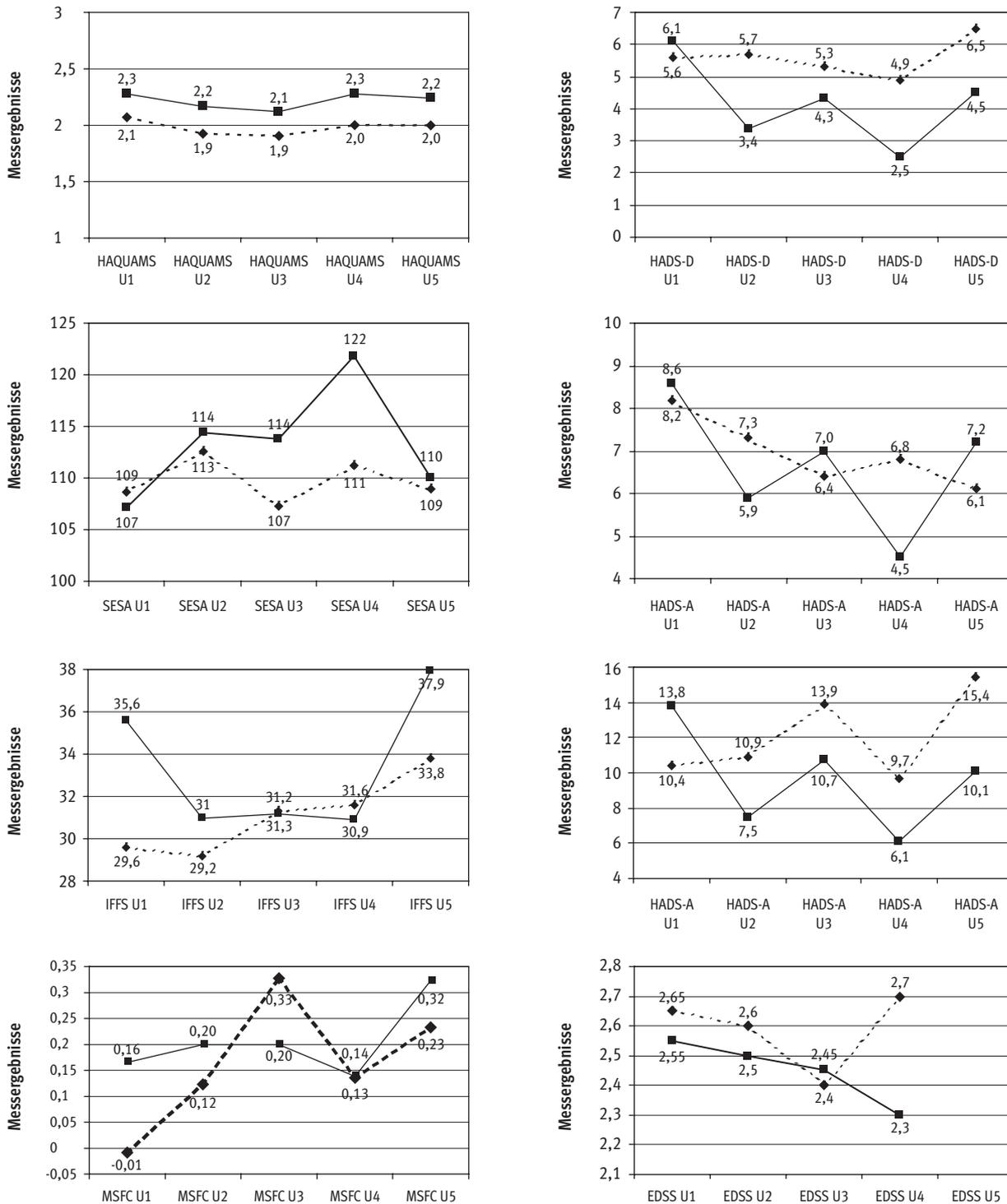


Abb. 1: Outcome-Messungen im Zeitverlauf. U1 – U4 Behandlungsphase, U5 Follow-up (gestrichelte Linie: Kontrollgruppe, durchgezogene Linie: Musiktherapiegruppe). BDI: Beck-Depressions-Inventar, HADS-D/A: Hospital Anxiety- and Depression-Scale – Subskala Angst, HADS-D/D: Hospital Anxiety- and Depression-Scale – Subskala Depression, SESA: Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung, HAQUAMS: Hamburg Quality of Life Questionnaire in Multiple Sclerosis, EDSS: Expanded Disability Status Scale, MSFC: Multiple Sclerosis Functional Composite, IFFS: Incapacity and Fatigue Scale

und wachsendes Selbstvertrauen im Therapieverlauf. Sie waren zunehmend in der Lage, sich von der entstehenden Musik, aber auch von eigenen bisher unentdeckten musikalischen Fähigkeiten überraschen zu lassen. Sie erlebten

Musik und Musiktherapie als »etwas Mobiles«, das negative Gedanken zur Krankheit in den Hintergrund rückt und zum Ausdrucksmittel für Gefühle von Geborgenheit, Freiheit und Spaß wird [36].

	SESA	BDI	HADS-D/A	HADS-D/D	HAQUAMS
SESA		-0,37 (0,11)	-0,33 (0,15)	-0,61** (0,04)	0,03 (0,89)
BDI			0,57** (0,01)	0,49* (0,03)	0,13 (0,59)
HADS-D/A				0,41 (0,07)	0,12 (0,62)
HADS-D/D					0,01 (0,96)

\*\* Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

\* Korrelationen sind auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

**Tab. 2:** Korrelation zwischen den Skalen-Differenzwerten (U1–U4). Signifikanzen sind mit Klammern versehen.

## Qualitative Ergebnisse

Für die qualitative Auswertung der Musiktherapie wurden insgesamt 226 auf Video dokumentierte Sitzungen herangezogen und mit einer Methode der Episoden- und Kategorienbildung [3] ausgewertet. Die qualitative Analyse von zwölf Video-Episoden zeigte, dass das musikalische Kontaktgeschehen zwischen Patient und Therapeut der Motor für Veränderungen innerhalb der Musiktherapie ist. Es wurden neun Parameter zum Kontaktgeschehen gefunden, die die Haltung der Beteiligten (Parameter »Umgang mit der Situation«), ihre Körperbewegungen (Parameter »Bewegung«) sowie musikalische Elemente (Parameter »Zeitliche Strukturierung«) betreffen. Sie wurden in einem Modell mit den drei Phasen Exploration–Interaktion–Entwicklung zusammengefasst (s. Abbildung 2). Mit diesem Phasenmodell wird anschaulich, wie sich Kontakt in der aktiven Musiktherapie mit MS-Betroffenen im Therapieverlauf etabliert, stabilisiert und entwickelt. Für den Musiktherapeuten werden damit ein übergeordnetes Verständnis und eine Reflexion des Therapieprozesses möglich.

## Diskussion

Eine Frage dieser Studie galt der Ermittlung von objektivierbaren Parametern, die sich durch aktive Musiktherapie bei Menschen mit Multipler Sklerose verändern. Signifikante Verbesserungen konnten für die Therapiegruppe im zeitlichen Verlauf in den Angst- und Depressionswerten sowie der Selbstakzeptanz ermittelt werden. Da Menschen ihre chronischen Krankheit häufig als Stigma erleben [11] und sich verunsichert aus sozialen Kontexten zurückziehen, ist jede Art der Intervention sinnvoll, durch welche ihre Befindlichkeit und Selbstakzeptanz verbessert und so-

mit das Gefühl der Stigmatisierung und Isolation gemildert werden kann. Damit liefert diese Pilotstudie Ansatzpunkte für weiterführende, etwa multizentrische Studien mit größeren Stichproben und standardisiert randomisierten Gruppen. Die Veränderung auf der Subskala Angst der HADS-D, die auch für die Kontrollgruppe gemessen werden konnte, kann darauf hinweisen, dass bereits die Einbindung und regelmäßige professionelle Betreuung innerhalb des einjährigen Projektverlaufes eine stabilisierende Wirkung auf den Parameter Angst hat. An einer Studie teilzunehmen und regelmäßig betreut zu werden, stellt möglicherweise eine wichtige Variable im therapeutischen Kontakt dar. Die unveränderten Lebensqualitätswerte trotz verbesserter psychischer Befindlichkeit und einem höheren Maß an Selbstakzeptanz sind vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Lebensqualität im HAQUAMS überwiegend durch Angaben zum körperlichen Wohlbefinden und zur Mobilität bestimmt wird. Im Rahmen der Auswertung konnten wir Korrelationen zwischen dem HADS-D-Depressionsindex und der SESA sowie dem Beck-Depressions-Inventar und den HADS-D Subskalen Angst und Depression feststellen (s. Tabelle 2). Für eine zukünftige Studie könnte das Instrumentarium an Tests daher auf die HADS-D beschränkt werden. Der Rückgang der Skalenwerte für die Musiktherapiegruppe, insbesondere bezüglich der Selbstakzeptanz, zum Zeitpunkt des Follow-up (U5) ein halbes Jahr nach dem Ende der Musiktherapie spricht für eine vorübergehende Wirkung der Musiktherapie, die durch eine kontinuierliche ambulante musiktherapeutische Betreuung von Menschen mit MS, wie sie auch für traditionelle Therapien wie Krankengymnastik oder Ergotherapie üblich ist, dauerhaft stabilisiert werden könnte.

Mit dem Kontaktmodell der qualitativen Auswertung liegt erstmals ein Konzept vor, das zeigt, wie Menschen mit MS im Umgang mit ihrer Identität als chronisch Kranke unterstützt werden können, indem ihnen im Dialog Zeit und Raum eingeräumt wird, ihre kreativen Fähigkeiten zu entdecken und zu nutzen. Musiktherapie unterstützt die kommunikativen Fähigkeiten eines Menschen und verhilft ihm im musikalischen Dialog zur Entwicklung einer Identität, die zwar als behindert und beeinträchtigt aufgefasst, aber auch als befriedigend und vollständig erfahren werden kann. Beim aktiven Spielen und Singen bekommt ein Mensch eine direkte körperliche und sensorische Wahrnehmung von sich selbst und von seinem Gegenüber. Das spontane musikalische Spiel eröffnet einem Menschen sein kreatives Gestaltungspotential und vermittelt ihm eine ästhetische Wahrnehmung seiner Person, die sich ihm über seine Sinnesempfindungen mitteilt (vgl. griech. »aisthánestai«: »durch die Sinne wahrnehmen, empfinden, fühlen« [29]). Innerhalb des musiktherapeutischen Beziehungsgeschehens findet er zu einer inneren und äußeren Beweglichkeit, die nicht durch Übungen trainiert werden kann, sondern alle Sinne organisierend und sein Ausdruckspotential ansprechend zu verbesserter psychischer Befindlichkeit und einer verbesserten Selbstakzeptanz führt. Dies bedeutet, dass es unterschiedliche Ebenen der Erfassung



**Abb. 2:** Modell für das Kontaktgeschehen in der aktiven Musiktherapie mit von MS betroffenen Menschen

und Wahrnehmung von motorischen Verbesserungen gibt. Dass es neben den objektivierbaren quantitativen Ergebnissen weitere Perspektiven gibt, die das ästhetische Erleben und Gestalten des einzelnen Menschen berücksichtigen und nicht verallgemeinerbar oder objektiv zu erfassen sind. Diese Sichtweise ist wesentlich für die Betroffenen, da sie deren subjektives Erleben als Maßstab für den Erfolg einer Therapie mit einbezieht und für gültig erklärt. Und sie ist wesentlich für Betreuende, weil sie den Blickwinkel auf die therapeutischen Bedürfnisse von Menschen mit MS erweitert.

## Schluss

Diese exploratorische Studie zeigt potentielle Möglichkeiten von aktiver Musiktherapie als ästhetischer Interventionsmethode, die Menschen mit MS im alltäglichen Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützen kann. Mit aktiver Musiktherapie kann das Fortschreiten der Multiplen Sklerose nicht aufgehalten werden. Möglicherweise ist aber eine Stärkung der individuellen und einmaligen kreativen Ressourcen eines Menschen von größerer Bedeutung für die Krankheitsverarbeitung als bisher angenommen. Ein künstlerischer Therapieansatz kann zu einem vertieften Verständnis der Bedürfnisse von Menschen mit MS beitragen und macht deutlich, dass ein umfassendes Behandlungsangebot nicht ausschließlich von funktionalen Erwägungen ausgehen darf. Für den lebenslangen Prozess der Krankheitsverarbeitung ist eine ganze Bandbreite an therapeutischen Angeboten erforderlich, die auch die schöpferischen Fähigkeiten eines Menschen berücksichtigen und fördern [20]. Die Ergebnisse dieser Studie unterstreichen den Wert des schöpferischen Dialogs als Behandlungsmethode bei MS. Ein aktives, musikalisch-improvisatorisches Angebot, das ressourcen-, und nicht symptomorientiert zu einem verbesserten psychisch-emotionalen Befinden und zu einer Akzeptanz der eigenen, sich ständig verändernden Identität führt, orientiert sich am Gesundheitszustand, an den verbliebenen Fähigkeiten eines Menschen, und leistet damit einen wesentlichen Beitrag für die psychosoziale Betreuung der Betroffenen. Aktive Musiktherapie ist eine sinnvolle Ergänzung zu traditionellen therapeutischen und medizinischen Denkmodellen und Verfahren. Sie vermittelt den Betroffenen ein »kompletteres« Selbstbild von sich, das ihnen abseits von Defiziten und Störungsbildern Perspektiven im Selbsterleben eröffnet, die in die Zukunft gerichtet und durch »sinnes-anstiftende« Fähigkeiten definiert sind.

## Literatur

1. Aikens JE, Reinecke MA, Pliskin NH, Fischer JS, Wiebe JS, McCracken LM, Taylor JL: Assessing depressive symptoms in Multiple Sclerosis: is it necessary to omit items from the original Beck Depression Inventory? *Journal of Behavioural Medicine* 1999; 22 (2): 127-142
2. Alcock G, Chambers B, Christopheson J, Heiser D, Groetzinger D: Complementary and alternative therapies for Multiple Sclerosis. In: Halper J (Hrsg): *Advanced concepts in multiple sclerosis nursing care*. Demos Medical Publishing, New York 2001, 239-266

3. Aldridge D, Aldridge G: Therapeutic narrative analysis: A methodological proposal for the interpretation of music therapy traces. *Music Therapy Today* (online), December 2002, available at <http://musictherapyworld.net>
4. Apel A, Greim B, Zettl U: Inanspruchnahme alternativer und komplementärer Therapien (AKT) von Patienten mit Multiple Sklerose unter Berücksichtigung der Krankheitsbewältigung. Posterpräsentation auf dem 76. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Hamburg, 03.–06.09.2003. *Aktuelle Neurologie* 2003; 30 (Suppl.): 110, Thema: MSII
5. Berger EM: The relationship between expressed acceptance of self and expressed acceptance of others. *Journal of Abnormal Psychology* 1952; 47: 778-782
6. Brück W: Pathologie und Pathophysiologie. In: Schmidt RM, Hoffmann F (Hrsg): *Multiple Sklerose*. 3. Auflage, Urban & Fischer, München 2002, 26-34
7. Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE, Sullivan M, Bowen JD: Depressive symptoms and severity of illness in Multiple Sclerosis: Epidemiologic study of a large community sample. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159 (11): 1862-1868
8. Cohen J: *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. Auflage, Erlbaum, Hillsdale 1988
9. Filipp S-H, Aymanns P: Bewältigungsstrategien (Coping). In: Adler RH, Herrmann JM, Uexküll Tv (Hrsg): *Psychosomatische Medizin*. 5. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München 1996, 277-290
10. Fischer JS, Rudick RA, Cutter GR, Reingold SC: The Multiple Sclerosis Composite Measure (MSFC): An integrated approach to MS clinical outcomes assessment. For the National MS Society Clinical Outcomes Assessment Task Force. *Multiple Sclerosis* 1999; 5: 244-250
11. Goffman E: *Stigma. suhrkamp taschenbuch wissenschaft*, Frankfurt am Main 1975
12. Gold R, Rieckmann P: *Pathogenese und Therapie der Multiplen Sklerose*. UNI-MED Verlag, Bremen 2000
13. Gold SM, Heesen C, Schulz H, Schulz K-H: Disease specific quality of life instruments in multiple sclerosis: Validation of the Hamburg Quality of Life Questionnaire in Multiple Sclerosis (HAQUAMS). *Multiple Sclerosis* 2001; 7: 119-130
14. Haupts M, Smala A: MS und Lebensqualität-gesundheitsökonomische Aspekte. In: Schmidt RM, Hoffmann F (Hrsg): *Multiple Sklerose*. 3. Auflage, Urban & Fischer, Jena/München 2002, 321-332
15. Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F: *Beck Depressions Inventar (BDI)*, Testhandbuch. 2. überarbeitete Auflage, Verlag Hans Huber, Bern 2001
16. Herrmann C, Buss U, Snaith RP: *Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version (HADS-D)*, Handanweisung. Verlag Hans Huber, Bern 1995
17. Hoffmann F: *Therapie der Multiplen Sklerose*. In: Schmidt RM, Hoffmann F (Hrsg): *Multiple Sklerose*. Urban & Fischer Verlag, München 2002, 181-235
18. Jiwa TI: Multiple sclerosis and self esteem. *Axone* 1995; 16 (4): 87-90
19. Kesselring J: Rehabilitation in MS is effective. *International Journal of Multiple Sclerosis Care* 2000; 8 (2): 68-71
20. Kriz J: *Grundkonzepte der Psychotherapie*. 4. Auflage, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1994
21. Krupp LB et al: The Fatigue Severity Scale. Applications to patients with Multiple Sclerosis and Systemic Lupus Erythematosus. *Archives of Neurology* 1989; 1121-1123
22. Kurtzke JF: Rating neurologic impairment in Multiple Sclerosis: an Expanded Disability Status Scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33: 1444-1452
23. Lengobler H, Kießling WR: Gruppenmusiktherapie bei Multipler Sklerose: ein erster Erfahrungsbericht. *Psychotherapie medizinische Psychologie* 1989; 39 (9-10): 369-373
24. McGaw B, Glass GV: Choice of metric for effect size in meta analysis. *American Educational Research Journal* 1980; 17: 325-337
25. Magee WL: »Singing my life, playing my self«. Investigating the use of familiar pre-composed music and unfamiliar improvised music in clinical music therapy with individuals with chronic neurological illness. PhD-Thesis der University of Sheffield, United Kingdom 1998
26. Nordoff P, Robbins C: *Schöpferische Musiktherapie*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1986
27. O'Callaghan C: *Song writing in palliative care*. Masters Thesis (M.N.) der University of Melbourne, Australia 1994
28. Petermann F, Krischke NR, Beese R: *Multiple Sklerose und Lebensqualität*. In: Petermann F (Hrsg): *Lebensqualität und chronische Krankheit*. Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle, München-Deisenhofen 1996, 154-172

29. Pfeifer W: Etymologisches Wörterbuch des Deutschen. dtv, München 1993
30. Poser S, Schäfer U: Betreuung und Rehabilitation von MS-Patienten. In: Schmidt RM, Hoffmann F (Hrsg): Multiple Sklerose. 3. Auflage, Urban & Fischer, München 2002, 308-320
31. Robson C: Real world research. A resource for social scientists and practitioner-researchers. 2. Auflage, Blackwell, Oxford 2002
32. Rohde H, Burges S: Feldstudie zur Wirksamkeit der Feldenkrais-Methode bei MS-Betroffenen. Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesverband Saar, Saarbrücken 1993
33. Rothwell PM, McDowell Z, Wong CK, Dorman PJ: Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis. *British Medical Journal* 1997; 314: 1580-1583
34. Schmidt HU, Hennings U: Gruppenmusiktherapie bei Patienten mit MS. Dokumentation des 10. Ulmer Workshops 1998, 70-81
35. Schmidt RM, Hoffmann F: Multiple Sklerose. 3. Auflage, Urban & Fischer, München/Jena 2003
36. Schmid W: Fragebogen zur Musiktherapie im Rahmen der Pilotstudie »Schöpferische Musiktherapie mit MS-Betroffenen«. Unveröffentlichtes Manuskript im Besitz des Autors, Witten 2003
37. Sorembé V, Westhoff K: Skala zur Erfassung der Selbstakzeptierung (SESA), Handanweisung. Verlag für Psychologie, Göttingen 1985
38. Springer A, Clark S, Price E, Weldon P: Psychosocial implications of Multiple Sclerosis. In: Halper J (Hrsg): Advanced concepts in Multiple Sclerosis nursing care. Demos Medical Publishing, New York 2001, 213-237
39. Wiens ME, Reimer MA, Guyn HL: Music therapy as a treatment method for improving respiratory muscle strength in patients with advanced Multiple Sclerosis: A pilot study. *Rehabilitation Nursing* 1999; 24 (2): 74-80
40. Wiesmann U, Machtens W, Hannich H-J: Multiple Sklerose und Arbeitsmotivation – eine quantitative Studie. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 2000; 8 (1): 26-37
41. Wötzel C, Wehner C, Pöllmann W, König N: Therapie der Multiplen Sklerose. Pflaum Verlag, München 1997

**Korrespondenzadresse:**

Dr. Wolfgang Schmid  
Dipl. Musiktherapeut  
Institut für Musiktherapie  
Universität Witten-Herdecke  
Alfred-Herrhausenstr. 50  
D-58448 Witten  
e-mail: wschmid@uni-wh.de