Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Harald Gündel

**Wirkfaktoren in der Musiktherapie
und der Einfluss externer Variablen auf das Erleben der
Therapie**

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

von
Friederike Schroeder
aus Istanbul

2016

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Jörn von Wietersheim

2. Berichterstatter: PD Dr. Michael Hölzer

Tag der Promotion: 28.04.2017

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	II
1 Einleitung	1
1.1 Einführung in die Musiktherapie.....	1
1.2 Musiktherapie als eigenständige Psychotherapieform	6
1.3 Umgang mit Musik vor der Musiktherapie und dessen Auswirkung	15
1.4 Fragestellungen und Zielsetzung der empirischen Studie	16
2 Material und Methoden	18
2.1 Kurzbeschreibung des therapeutischen Settings.....	18
2.2 Studiendurchführung.....	19
2.3 Stichprobe.....	19
2.4 Statistisches Verfahren	23
3 Ergebnisse	24
3.1 Faktorenanalyse	24
3.2 Vergleich der Ergebnisse der Faktorenanalyse	27
3.3 Unterschiede der Skalenwerte in Bezug auf externe Variablen	29
3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse	35
4 Diskussion	37
4.1 Diskussion von Design und Methode.....	37
4.2 Diskussion der Ergebnisse	39
5 Zusammenfassung.....	51
6 Literaturverzeichnis	53
7 Anhang	63
8 Danksagung.....	71
9 Lebenslauf	72

Abkürzungsverzeichnis

Die meisten Musiktherapeuten sind Therapeutinnen, weshalb ich in meiner Arbeit durchgehend die weibliche Form verwende.

Der Einfachheit halber verwende ich die Formulierung „Patient“ sowohl für die maskuline als auch für die feminine Form. Eine Diskriminierung der femininen oder maskulinen Seite ist damit ausdrücklich nicht beabsichtigt.

ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
al.	alii, aliae, alia
Aufl.	Auflage
CED	chronisch entzündliche Darmerkrankungen
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
D	Danner
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD	International Classification of Diseases
MGVI	Musizierende mit einem guten Verhältnis zum Instrumentallehrer
MHLI	Musizierende mit hohen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht
MMFI	Musizierende mit Freude am Instrumentalunterricht
MNLI	Musizierende mit niedrigen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht
MOFI	Musizierende ohne Freude am Instrumentalunterricht
MSA	measure of sampling adequacy
MSVI	Musizierende mit einem schlechten Verhältnis zum Instrumentallehrer
MT	Musiktherapie
MW	Mittelwert
n. s.	nicht signifikant

O	Oberegelsbacher
ÖBM	Österreichischer Berufsverband der MusiktherapeutInnen
Pat.-Th.	Patient-Therapeut
PD	psychodynamisch orientierte Gruppe
PMEEN	Patienten mit Expression von Emotionen nach der Musiktherapie
PMEEV	Patienten mit Expression von Emotionen vor der Musiktherapie
PMPMA	Patienten mit positiver Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit
POEEN	Patienten ohne Expression von Emotionen nach der Musiktherapie
POEEV	Patienten ohne Expression von Emotionen vor der Musiktherapie
POPMA	Patienten ohne positive Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
S	Strupp
S.	Seite
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
St	Strobel
Tab.	Tabelle
TGPRS	therapist group process rating scale
vgl.	Vergleiche
Vol.	Volume
vs.	versus
VT	verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppe
WIMU-G	Wirkfaktoren Musiktherapie (Fragebogen)
Y	Yalom
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Einführung in die Musiktherapie

1.1.1 Definition

Den Begriff Musiktherapie zu definieren gestaltet sich schwierig, da unterschiedliche Ansätze darunter zusammengefasst werden. Im Folgenden werden aus verschiedenen Definitionen die für diese Arbeit relevanten Aspekte dargestellt.

In der „Kasseler Konferenz Musiktherapeutischer Vereinigungen“ wurde ein Konsens gefunden, der sich in zehn Thesen niederschlägt. Die fünfte These ist hinsichtlich der Definition von besonderer Bedeutung:

„In der Musiktherapie ist Musik Gegenstand und damit Bezugspunkt für Patient und Therapeut in der materialen Welt. An ihm können sich Wahrnehmungs-, Erlebnis-, Symbolisierungs- und Beziehungsfähigkeit des Individuums entwickeln. Rezeption, Produktion und Reproduktion von Musik setzen intrapsychische und interpersonelle Prozesse in Gang und haben dabei sowohl diagnostische als auch therapeutische Funktion. Das musikalische Material eignet sich, Ressourcen zu aktivieren und individuell bedeutsame Erlebniszusammenhänge zu konkretisieren, was zum Ausgangspunkt für weitere Bearbeitung genommen wird“ (Evers-Grewe et al. 2010).

Oberegelsbacher betont in ihrer Definition zusätzlich den präverbalen Zugang in der Musiktherapie:

„Ihre (gemeint ist Musiktherapie, Anmerkung der Autorin) spezifische Möglichkeit ist, dass sie Menschen über einen präverbalen bzw. extraveralen, emotionsbetonten Zugang erreicht, in allen Lebensaltern und Störungen einen Wiederanschluss an diesen Bereich findet und von dort aus ihr Wirken entfaltet“ (Oberegelsbacher 2008, S. 18).

Zusammenfassend soll die Musiktherapie anhand von Musik und Beziehung durch verschiedene Verfahren, die ihrem Wesen nach der Psychotherapie entspringen, ganzheitlich kurativ, rehabilitativ und präventiv der Gesundheit des Patienten dienen.

Diese aufgeführten Definitionen sind im Folgenden Grundlage für den Begriff Musiktherapie.

1.1.2 Verfahren

In der Praxis der Musiktherapie werden zwei Verfahren angewandt.

Bei der rezeptiven Musiktherapie wird die Musik ausschließlich auditiv aufgenommen und das eigene Empfinden beim Musikhören reflektiert. Diese Art der Anwendung wurde in den letzten Jahren in psychotherapeutischen Kreisen eher zweitrangig verwendet (Frohne-Hagemann 2009).

In der aktiven Musiktherapie dagegen hat der Patient die Möglichkeit, entweder mit seiner Stimme oder mit Instrumenten zu improvisieren und damit neben dem sprachlichen Austausch noch eine weitere Ausdrucksebene zu verwenden (Eschen 2009).

Meistens findet Musiktherapie in Gruppen innerhalb eines klinischen Aufenthaltes, weniger häufig im Rahmen von Einzeltherapie oder ambulant statt (Wagner 2003).

Zudem lassen sich in der Musiktherapie verschiedene Richtungen und Schulen finden.

Die tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie befasst sich hauptsächlich mit dem während der Therapie stattfindenden Aspekt der Beziehung. Ihr Hauptaugenmerk liegt auf der Beschreibung der Wahrnehmung und der Deutung der Phänomene. Es finden sich darüber hinaus noch die anthroposophische Musiktherapie (MT), Nordoff/Robbins MT, integrative MT, regulative MT, verhaltenszentrierte MT, schöpferische MT, Orff-MT, Guided Imagery and Music, musiktherapeutisches Entspannungstraining, neurologische MT, musikmedizinische Therapie (Timmermann [2008], Schmidt & Kächele [2009]).

1.1.3 Anwendungsbereiche/Indikationen

Besonders in den letzten Jahrzehnten interessieren sich Forscher für die Wirkung von Musik. Sowohl Sozialpädagogen (z. B. Hohensee 2004) als auch Mediziner (z. B. Spitzer 2001, 2004), Psychologen (z. B. Landsiedel 2000) und Musiktherapeuten (z. B. Hillecke 2007) beschäftigen sich damit, ob die Musik selbst ein Heilmittel ist, bzw. wie sie heilt.

Bei dieser Vielfalt an Forschungsansätzen und -feldern wird ersichtlich, dass die Musiktherapie in sehr unterschiedlichen Anwendungsgebieten in diversen schulmedizinischen Fachbereichen als Verfahren angewendet wird, die in Tabelle 1 aufgeführt sind.

Tabelle 1: Anwendungsbereiche der Musiktherapie in der Schulmedizin mit Literaturbeispielen

ADHS: Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung

HNO: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

CED: chronisch entzündliche Darmerkrankungen

PTBS: posttraumatische Belastungsstörung

COPD: chronic obstructive pulmonary disease

Fachgebiet	Indikation	Autor
Dermatologie	Neurodermitis	Lazaroff & Shimshoni 2000
	Psoriasis	Lazaroff & Shimshoni 2000
Geriatrie	Aphasie	Wormit 2007
	Demenz	Landsiedel 2000/Hohensee 2004/Gutzmann 2014
	Depression	Wormit 2007
	Schizophrenie	Wormit 2007
Gynäkologie	Geburtsvorbereitung	Verres 2003
HNO	Tinnitus	Karpen 2007
Innere Medizin	Asthma	Pesek 2007
	arterielle Hypertonie	Karpen 2007
	CED	Schmidt & Kächele 2009
	COPD	Pesek 2007
	kardiovaskuläre Erkrankungen	Pesek 2007/Mastnak 2014
	Palliativmedizin	Warth et al. 2015
	Adoleszenzstörungen	Wormit 2007
Kinder- und Jugendpsychiatrie	ADHS	Stegemann 2015
	Angststörungen	Wormit 2007/Fegert 2004
	Autismus	Argstatter 2007/Bolay 1994
	Depressionen	Wormit 2007/Fegert 2004
	Misshandlung	Wormit 2007/Fegert 2004
	Vernachlässigung	Wormit 2007/Fegert 2004
	Frührehabilitation	Karpen 2007/Just 2015
Neurologie	Koma	Gustorff 2000/Tucek 2015
	Morbus Alzheimer	Thaut et al. 2004
	Morbus Parkinson	Thaut et al. 2004
	Multiple Sklerose	Seidl 2004
	Schädel-Hirn-Trauma	Thaut et al. 2004
	Schlaganfall	Karpen 2007/Thaut et al. 2004
Pädiatrie	kindliche Frührehabilitation	Mössler 2003

Fachgebiet	Indikation	Autor
Pädiatrie	kindliche Migräne	Nickel 2000
	Kinderonkologie	Bracke 1997
	Neonatologie	Pesek 2007/Haslbeck 2009
Psychiatrie	Gerontopsychiatrie	Wormit 2007
	psychotische Erkrankungen	Karpen 2007/Argstatter 2007/Bohnert 1999
	PTBS/Traumatherapie	Weiß 2005/Behrens 201
	Suchterkrankungen	Wormit 2007/Schmidt & Kächele 2009/Bednarz & Nikkel 1992
Psychosomatik	Angststörungen	Karpen 2007/Wormit 2007/Wiesmüller 2007
	Borderlinestörung	Wormit 2007
Psychosomatik	Coping mit HIV/Aids	Ahmadi 2005
	Depressionen	Karpen 2007/Wormit 2007/Schmidt & Kächele 2009/Busch 2014/Metzner 2014
	Essstörungen	Wormit 2007/Herzog et al. 2005/Schmidt & Kächele 2009/Niebler & Heine 2004
	emotionales Coping	Strobel 1990/Karpen 2007/Rose et al. 2004
Schmerztherapie	chronische nicht maligne Schmerzen	Karpen 2007
	Rücken- und Phantomschmerzen	Karpen 2007
	Schmerzreduktion bei Brandopfern, Zahnbehandlung, Operationen	Karpen 2007
	Somatisierungsstörungen	Wormit 2007/Schmidt & Kächele 2009

Es zeigt sich, dass die Musiktherapie nicht spezifisch auf ein Anwendungsgebiet zu reduzieren ist. So vielschichtig das Medium Musik ist, so vielfältig ist auch dessen Indikation.

1.1.4 Kontraindikationen

In der Literatur werden vereinzelt Kontraindikationen zur Musiktherapie beschrieben.

Bei der Behandlung chronischer Schmerzen etwa gibt es Ausschlusskriterien wie malignen Schmerz, primäre psychotische Erkrankungen und ein Alter unter 18 Jahren (Wormit, Hillecke et al. 2007).

Tabelle 2: Kontraindikationen in der Musiktherapie nach Timmermann und Oberegelsbacher

Unterteilung der Kontraindikationen	Erläuterung
Allgemein	fehlende Motivation des Patienten
	sehr hoher sekundärer Krankheitsgewinn
	Rentenwunsch
	dauerhafter Ersatz für reale Beziehungen
	Kompensationsangebot für strukturelle Mängel der Gesellschaft, z. B. Behindertenwerkstätten
	akute Psychose
	Suizidalität
	Suchtpatienten, die Musik wie Droge verwenden
differenziell	neurorehabilitativ: künstliches Koma durch Sedativa (da Musik aktivieren würde)
	abendliche Therapie für Borderlinepatienten

Timmermann und Oberegelsbacher (2008, S. 25, 26) unterteilen in allgemeine und differenzielle Kontraindikationen.

Zimmermann und Aue (2005) setzen Grenzen und Kontraindikationen bei der Behandlung Demenzerkrankter mit Musiktherapie.

Bei den Patienten sollten keine stark angstbesetzten Ereignisse wie etwa traumatische Kriegserlebnisse oder Ähnliches aktiviert werden. Auf das Verhindern einer Reizüberflutung ist ebenso zu achten, da Demenzerkrankte einer verminderten Reizschwelle ausgesetzt sind. Bei ehemals aktiv Musizierenden sollte beachtet werden, dass sie möglicherweise ihres Abbaus früherer Fähigkeiten gewahr werden. Außerdem wäre es von Vorteil, so Zimmermann und Aue, wenn die Musiktherapiegruppe homogen wäre und nicht aus beispielsweise manischen Patienten und Demenzpatienten bestünde.

Zusammenfassend lassen sich die in der Literatur beschriebenen Kontraindikationen nur auf spezifische Anwendungsbereiche beschränken. Es gestaltet sich schwierig, allgemeingültige Angaben zu machen, da sowohl Anwendungsbereiche als auch Arten der Musiktherapie sehr vielgestaltig sind.

1.2 Musiktherapie als eigenständige Psychotherapieform

1.2.1 Empirische Studien

Über die Effektivität von Musiktherapie wurde im letzten Jahrzehnt viel geforscht. Dass diese Art der Therapie wirksam ist, wird z. B. von Argstatter (2007) in ihrem Review über Metaanalysen der Jahre 1986 bis 2005 gezeigt. Sie untersuchte zehn Metaanalysen und vier Reviews, wobei die Musiktherapie insgesamt eine Effektstärke von 0,8 aufwies.

Gold et al. (2004) untersuchte in einer Metaanalyse die Effektivität der Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen. In seiner Studie erwies sie sich mit einer Effektstärke von 0,61 als hoch signifikant effektiv.

Er konnte für psychodynamische, humanistische und eklektische Ansätze eine höhere Effektivität feststellen als für verhaltenstherapeutische. Ebenso schienen die Effekte bei Patienten mit Verhaltens- oder Entwicklungsstörungen höher zu sein als bei denen mit Sozialkompetenz- oder Selbstwertstörungen.

Ae-Na et al. (2008) führten eine vergleichende Studie an 26 psychiatrischen Patienten zur Messung der Effektivität von Musiktherapie für Depressionen, Angst und Beziehungsstörungen durch. Die Patienten nahmen entweder an Gruppenmusiktherapie oder an Gruppengesprächstherapie teil. Es stellte sich heraus, dass die Patienten der Musiktherapie im Gegensatz zur Kontrollgruppe signifikante Veränderungen im Bereich von Depressionen, Angst und Beziehungsstörungen aufwiesen.

Dass Musiktherapie – wie andere Psychotherapieformen auch – wirkt, scheint sich beweisen zu lassen. Es stellen sich jedoch die Fragen, was genau wirkt und was das Spezifikum ist, das sie von anderen Therapieformen unterscheidet und wo sie in ihrer Einzigartigkeit zielgerichtet eingesetzt werden kann.

1.2.2 Ideen zum Wirkmechanismus

„Musiktherapie muss ihr theoretisches Selbstverständnis klären, speziell ob sie sich als Musiktherapie, ohne eigenständiges Krankheitskonzept oder als selbstständige Psychotherapieform mit spezifischen Wirkfaktoren versteht. Musiktherapie benötigt in jedem Fall empirische Substantiierung ihrer differenziellen Effektivität und Spezifität, mit und ohne theoretische Anleihen anderer Therapiekonzepte“ (Tschuschke, 1996, S. 36).

Um sich einen Eindruck verschaffen zu können, wie Musiktherapie wirken könnte, als Einstieg einige Kommentare von Patienten einer psychosomatischen Klinik zu der Frage, welche Eindrücke, Erinnerungen oder Anliegen sie bezüglich der Musiktherapie gern äußern würden:

„Erstaunlich wie Gefühle zum Vorschein kamen, die vorher nur diffus oder verworren oder sogar überhaupt nicht wahrnehmbar gewesen waren.“

„Kennenlernen der Gefühle, die durch die Musiktherapie bei mir rausgekommen sind, sehr wichtig für mich!“

„Ich fand es sehr interessant, wie die Musikinstrumente zum Sprachrohr der Seele werden konnten.“

„Ich konnte Unsicherheiten, die ich nicht in Worte fassen konnte, mit Instrumenten ausdrücken.“

„Die einladende, ermunternde, warme, verständnisvolle Art der Therapeutin hat die Angst und Gehemmtheit gemindert.“

„Gemeinsam mit der Gruppe zu spielen war wunderbar.“

In den Statements wird deutlich, dass aus Sicht der Patienten Spezifisches und Unspezifisches für die Wirksamkeit der Musiktherapie verantwortlich zu sein scheinen.

1.2.3 Stand der musiktherapeutischen Wirkfaktorenforschung

Forschungsliteratur zum Gegenstand der Wirkfaktoren in der Psychotherapie ist sehr vielfältig (z. B. Yalom 2007, Strupp 1979, Karasu 1986). Laut des derzeitigen Konsens kann man diese in unspezifische (auch common factors genannt) und spezifische Faktoren unterteilen.

Unter unspezifischen Faktoren versteht man solche, die sich in allen Therapieformen wiederfinden lassen und als allgemein heilend empfunden werden, wie z. B. Verständnis, Respekt oder Anerkennung.

Spezifische Wirkfaktoren hingegen bezeichnen die der Therapie eigenen, besonderen, nur hier zu findenden Einflussfaktoren, welche nur in diesem Rahmen im Patienten etwas bewirken können.

Die Forschung der musiktherapeutischen Wirkfaktoren kann der Übersichtlichkeit wegen in theoretische und empirische Gebiete unterteilt werden.

Theoretische Wirkfaktorenforschung in der Musiktherapie

Strobel (1990) war der erste, der sich zum Thema Wirkfaktoren in der Musiktherapie spezifische Gedanken machte. Er konzipierte neun Aspekte, die das Spezifische der Therapieform wiedergeben sollten:

Nonverbale Kommunikation, Transformation, Agieren in freier Improvisation, nonverbales Durcharbeiten, symbolischer Ausdruck, Symbiose, die Erfahrung des Ganzen, Katharsis und die Musiktherapeutin als reales Gegenüber (detaillierte Ausführungen dazu im Kapitel Material und Methoden – Das Instrument WIMU-G).

Smeijsters (1999) geht davon aus, dass Musiktherapie bei besonderen Indikationen greifen kann, in denen andere Therapieformen bisher versagt haben. Durch das Herausfiltern dieser besonderen Eigenschaften der Indikationen schließt er auf das Spezifische der Musiktherapie.

So benennt er unter anderem Nonverbalität, Präverbalität und Hyperverbalität als Pathologika, bei denen besonders die Musik – durch ihr Spezifikum ohne Worte zu arbeiten – besser eingreifen kann als andere Therapieformen.

Auch Kehl (1999) interessierte, wie und wo genau Musiktherapie wirkt. Er formulierte zwei spezifische Merkmale:

- „1. Musiktherapie zeichnet sich aus durch die Möglichkeit, unmittelbar auf der Beziehungsebene arbeiten zu können (analoge Kommunikationsebene).
2. Musiktherapie zeichnet sich aus durch die Möglichkeit des direkten Zugangs zu Erinnerungsbildern und den damit zusammenhängenden Empfindungen (Musik als ‚Sprachform‘ der rechten Hemisphäre)“ (Kehl 1999, S. 5).

Hillecke (2007) erstellte ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie. Dort benannte er Aufmerksamkeitsmodulation, Emotionsmodulation, Kognitionsmodulation, Motorik/Verhaltensmodulation und Kommunikationsmodulation als spezifische musiktherapeutische Wirkfaktoren.

Empirische Wirkfaktorenforschung in der Musiktherapie

„There is an urgent need for the application of empirical research methods to studying the ingredients of music therapy“ (Hillecke 2005, S. 2).

Goldberg et al. führte die erste vergleichende Studie zwischen Gruppengesprächstherapie und Musiktherapie bezüglich der Wirkfaktoren in einer Gruppe (n=61) von psychiatrischen Kurzzeitpatienten (durchschnittliche Aufenthaltsdauer 17 Tage, 5 Tage/Woche, 50 Minuten) durch. Sie nutzten zum einen den Fragebogen von Maxmen (1973), in dem zwölf Heilungsfaktoren von Yalom von Patienten in einer Skala von „am meisten zu am wenigsten hilfreich“ gewertet wurden. Zudem wurde die Zufriedenheit der Patienten mit der Gruppentherapie mittels eines Rankings von 1–7 bewertet. Die Therapeuten bewerteten im therapist group process rating scale (TGPRS) die jeweilige Gruppe bezüglich

1. der Kommunikation/Interaktion
2. konkret/insight oriented
3. supportive/uncovering
4. emotional expression/inhibition
5. creativity

und im Global Assessment Scale die Patienten nach der Beendigung ihrer Fragebögen. Zusätzlich wurde die soziale Position aus bestehenden Fragebögen mit eingebunden. Es ließen sich insgesamt keine signifikanten Unterschiede zwischen der Gruppengesprächstherapie und der Musiktherapie feststellen. Bezüglich des Rankings der Wirkfaktoren von Yalom zeigte sich Altruismus, Katharsis sowie interpersoneller Output in der musiktherapeutischen Gruppe höher gewertet als in der verbalen Gruppe.

Im TGPRS konnte eine signifikante höhere Interaktion zwischen Patienten, eine größere insight, mehr emotionale Expressivität, Katharsis sowie Kreativität in der musiktherapeutischen Gruppe festgestellt werden. Zusammenfassend konnte durch Goldberg et al. kein signifikanter Unterschied zwischen Musiktherapie und Gruppengesprächstherapie gezeigt werden. Einzelne Erkenntnisse wie die Betonung der Kommunikation und der emotionalen Expressivität konnten für die Musiktherapie jedoch herausgefiltert werden.

De l' Etoile (2002) führte ebenfalls eine Studie anhand von Fragebögen, die – ähnlich wie bei Goldberg et al. – Yaloms gruppenpsychotherapeutische Wirkfaktoren beinhalteten, an acht chronisch psychisch kranken Patienten im Alter ab 30 Jahren durch. Der Fragebogen wurde vor, zwischen und nach einer sechswöchigen Gruppenmusiktherapie an die Patienten verteilt und von diesen

ausgefüllt. Es ergaben sich Hinweise auf die Wichtigkeit der Gruppenkohäsion. Während der Therapie schienen Symptome wie Zwang, zwischenmenschliche Sensitivität und Phobie abzunehmen.

Die Autorin betont den Wert der Studie für zukünftige Forschung und empfiehlt eine längere Therapiedauer, eine größere Stichprobenzahl und einen standardisierten Fragebogen.

Gold et al. (2007) führten eine Studie mit 75 Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 19 Jahren durch, die Einzelmusiktherapie erhielten.

Prä- und posttherapeutisch wurden Eltern oder Patienten anhand verschiedener Fragebögen zu Symptomen, Kompetenzen, Lebensqualität und sozialem Umfeld befragt. Die Musiktherapeuten berichteten mittels einer visuellen Analogskala retrospektiv über Veränderungen in Symptomen, Ressourcen und der Lebensqualität der Patienten. Posttherapeutisch wurde eine Eltern-Zufriedenheits-Beurteilung durchgeführt, die die Musiktherapie im Gegensatz zu anderen Therapien beurteilen sollte.

Die Studie erforschte empirisch die Ursachen der Effizienz der Musiktherapie. Verschiedene Techniken wie Improvisation, vorstrukturierte Musik, Rezeption, verbale Verarbeitung und andere Medien – die primär nicht musikalisches Material beinhalteten, wie Rollenspiel, Bewegung oder Tanzen – wurden betrachtet.

Der größere Fortschritt zeigte sich bei Patienten, die allein mit musiktherapiespezifischen Techniken behandelt wurden. In Kombination mit anderen Techniken war der Erfolg signifikant geringer. Als Erklärungsansätze führten die Autoren die musikalische Interaktion als eine einzigartige Möglichkeit für einen therapeutischen Wandel, die Expertise für diese Art der Kommunikation sowie das zu frühe Einsetzen der nicht musikspezifischen Techniken im Therapieprozess an.

Danner et al. (2001) erstellten basierend auf der Wirksamkeitsforschung der Psychotherapie (Strupp 1979, Yalom 1996, Strobel 1990) und Theorien zur Wirksamkeit der Musiktherapie (Oberegelsbacher, Danner 2001) einen Fragebogen zur empirischen Ermittlung der Wirkfaktoren der Musiktherapie WIMU-G, Fragebogen zur Erhebung musiktherapeutischer Wirkfaktoren aus Sicht von Teilnehmern musiktherapeutischer Gruppen.

Der WIMU-G wurde an ehemalige psychosomatische Patienten (n=194) der Universitätsklinik Psychiatrie, Wien im Rahmen einer katamnestischen Erhebung verschickt. Einundsiebzig bearbeitete Datensätze retournierten.

Mittels Faktorenanalyse ließen sich fünf Wirkfaktoren berechnen, die anhand der zugehörigen zusammen hochladenden Items von der Autorin benannt wurden:

Faktor 1: Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik

Faktor 2: Funktion der Gruppe per se

Faktor 3: aktives musikalisches Beziehungsangebot der Musiktherapeutin

Faktor 4: musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation

Faktor 5: wertschätzendes Verhalten der Musiktherapeutin

Überraschenderweise machte mit einer Varianz von 42 % ein spezifischer Faktor (Faktor 1: Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik) den Großteil aus. Theoretiker gingen bisher von einer verschwindend geringen Wirkung der spezifischen Faktoren aus:

„Die bisher gesammelten Erkenntnisse der gängigen Psychotherapieforschung besagen, dass vorrangig unspezifische Wirkfaktoren für die Wirkung von Psychotherapie verantwortlich sind. (...) Mit der ersten Isolation spezifisch musiktherapeutischer Wirkfaktoren wird die Bedeutung des Charakteristikums der Musiktherapie wieder ins Zentrum dieser Therapieform gestellt – ein Spezifikum, das diese Therapieform von allen anderen unterscheidet“ (Danner B, Oberegelsbacher D: 440 [2001]).

Die Items des Fragebogens lassen sich wie folgt zuordnen (vgl. Tabelle 3):

Tabelle 3: Zuordnung der Items aus dem WIMU-G von Danner und deren Ursprung in der Literatur sowie deren Qualität

Items	Faktor	Autor	Qualität des Faktors
15–19, 25, 26, 29–33, 38, 39	Wichtigkeit des Gruppenprozesses	Yalom	unspezifisch
1–3, 20–24, 27, 28, 34–37, 40, 42	Beziehung zum Therapeuten	Strupp (Kächele)	unspezifisch
42, 45–47, 50, 51, 56, 59, 62	spezifisch musiktherapeutisches	Oberegelsbacher	spezifisch
4–14, 43, 48, 52, 57, 60, 63, 67, 68, 73	spezifisch musiktherapeutisches	Danner	spezifisch
41, 44, 49, 53–55, 58, 61, 64, 66, 69–72	zentrale Charakteristika der Musik	Strobel	spezifisch

Die Items entstanden aus den folgenden Konzepten der oben genannten Autoren: Strupp (1964) entwickelte einen Fragebogen zur Ermittlung der Wirkfaktoren der Psychotherapie. Kächele et al. (1985) modifizierten diesen und nutzten ihn empirisch, um Wirkfaktoren zu eruieren. Dabei wurde die Situation vor Beginn der Behandlung anhand von vier Fragen erfasst, die in den WIMU-G übernommen wurden. Außerdem wurden Items zum Eindruck der Beziehung zum Therapeuten übernommen, die in Kächeles Studie mittels Faktorenanalyse hoch geladen hatten. Somit konnten Items zu den Themen

- Empathie vs. Akzeptanz
- Abstinenz vs. Passivität
- Vertrauen vs. Wertschätzung

mit in den Fragebogen aufgenommen werden.

Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie nach Yalom

Yalom (1996¹) entwickelte aufgrund von eigenen Erfahrungen, denen von Kollegen und Statements von erfolgreich therapierten Patienten elf Faktoren, anhand derer insbesondere der Aspekt der Gruppe in der Psychotherapie beleuchtet werden soll.

- Hoffnung einflößen: Yalom bezeichnet diesen Faktor als einen grundlegenden und sehr wichtigen Teil der Gruppentherapie. Zum einen wird der Patient dadurch motiviert an der Therapie festzuhalten, zum anderen wirkt die Hoffnung an sich therapeutisch. Diese wird durch Berichte von erfolgreich abgeschlossenen Therapien durch den Therapeuten oder durch positive Vorbilder in der Gruppe erzielt.
- Universalität des Leidens: In der Gruppe kann der Patient die Erfahrung machen, dass es anderen ebenso ergeht wie ihm, sie ähnliche Gedanken und Gefühle haben. Dies führt zu einer inneren Befreiung und Erleichterung.
- Familienrekapitulation: Es werden frühere Familienkonflikte anhand der Gruppe korrigierend durchlebt.

¹ 2007 wurden diese Wirkfaktoren von Yalom selbst z. T. anders benannt (1. Hoffnung wecken, 3. Mitteilen von Informationen, 6. Entwicklung von sozialer Kompetenz, 7. Imitationsverhalten). Allerdings verwendete Danner die Version von 1996, weshalb diese hier als die gültige angesehen wird.

- Nachahmendes Verhalten: Die Patienten legen Verhaltensweisen anderer Gruppenmitglieder oder auch des Therapeuten an oder möglicherweise auch wieder ab. Daraus kann die Erkenntnis gezogen werden, wer oder was man nicht ist. Es gibt die Möglichkeit Prozesse anhand von ähnlich erkrankten Mitpatienten zu beobachten und daraus für sich zu lernen.
- Interpersonales Lernen:
 - a) Die Bedeutung interpersonaler Beziehungen

Sie gilt als besonders wichtiges Element. Der Mensch benötigt jederzeit Beachtung und Anerkennung anderer, da das Selbst durch Beziehungen bestimmt und geformt wird. Yalom postuliert, dass geistig-seelische Erkrankungen auf gestörte interpersonale Beziehungen zurückzuführen sind. Indem interpersonale Beziehungen modifiziert und adaptiert werden, entwickelt sich ein therapeutischer Prozess.
 - b) Korrigierendes emotionales Erlebnis

Der Patient bekommt in der Gruppe die Möglichkeit gewohnte Verhaltensweisen neu zu durchleben und diese zu korrigieren. Die Therapie ist emotional und korrigierend. Damit ein emotionales in ein therapeutisches Erlebnis verwandelt werden kann, ist die Reflexion obligatorisch. Ohne diese kognitive Komponente bleibt die Wirkung der Emotionalität aus.
 - c) Die Gruppe als sozialer Mikrokosmos

Die gestörte interpersonale Beziehung im Leben außerhalb der Therapie zeigt sich ebenso in der Gruppe. Somit muss die Krankheit nicht beschrieben werden. Sie wird von anderen Gruppenmitgliedern und dem Therapeuten miterlebt und erfahren. Verändert sich das Verhalten des Patienten innerhalb der Gruppe, so wird es auch in der Welt außerhalb der Gruppe zu Veränderungen kommen, da die Reaktionen real erlebt wurden.
- Katharsis: Katharsis heißt Reinigung. Unterdrückte Affekte sollen losgelassen werden. Dies allein jedoch reicht nicht aus, Veränderung herbeizuführen. Sie muss als Teil eines interpersonalen Prozesses stattfinden. Eine ebenso wichtige Rolle spielt dabei zusätzlich die Kohäsion.

Danner übernahm aus 60 dazu von Yalom konzipierten Aussagen die 14 am meisten im Sortiertest² genannten und adaptierte sie zu WIMU-G Items. Diese erfüllen die Funktion, die Gruppentherapie als möglichen Wirkfaktor zu repräsentieren.

Spezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie nach Strobel

Strobel (1990) äußerte sich als Erster ausführlich in seinem Artikel „Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie“ darüber, welches die Spezifika in der Musiktherapie sein könnten.

Er führte dazu vierzehn Aspekte auf, die spezifisch in der Musiktherapie wirken.

- nonverbale Kommunikation
- Transformation
- Agieren in freier Improvisation
- nonverbales Durcharbeiten
- symbolischer Ausdruck
- Katharsis

Somit wurden insgesamt dreizehn Items von Danner zu den Spezifika der Musiktherapie anhand der Theorie Strobels konzipiert und in den WIMU-G aufgenommen.

Spezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie nach Oberegelsbacher

Die weiteren Items, das Spezifische der Musik betreffend, wurden Konzepten Oberegelsbachers (1997) entnommen. Sie beschreibt in ihrem Vortrag zu dem Thema „Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie“ auch die Wirkfaktoren der Musik. Diese wurden von Danner (2001, S. 64–66) so zusammengefasst, dass sie Items daraus entwickeln konnte.

- direktes Ansprechen von Emotionen
- ästhetische Funktion der Musik und Kritikfähigkeit

² Beim Sortiertest wurden 60 Aussagen auf Kärtchen geschrieben, Patienten ausgehändigt und diese gebeten, sie in 7 Häufchen mit festgelegter Anzahl zu ordnen. Die Häufchen hatten Bezeichnungen wie „für mich am nützlichsten/außerordentlich nützlich/sehr nützlich/nützlich/gerade noch nützlich/weniger nützlich/am wenigsten nützlich in der Gruppe. So entstand eine Rangordnung (Yalom 1996, S. 92).

- modellhafte Integration
- ästhetische Funktion und Kreativität
- Ordnungspotenzial der Musik
- Lösen von Statischem

Oberegelsbacher unterstreicht zusätzlich, dass Musik eine große Spannbreite von „sehr einfach“ zu „sehr komplex“ besitzt. Durch diesen Sachverhalt kann sie auch psychosomatisch, affektiv-emotional und intrapsychisch-kognitiv ein weites Feld repräsentieren.

Aus diesen Aspekten formulierte Danner neun Items, die das Spezifische der Musiktherapie verdeutlichen sollten.

Die letzten Items des WIMU-G entstanden durch die eigenen Erfahrungen Danners aus ihrer Ausbildung als Musiktherapeutin und repräsentieren ebenfalls das Spezifische der Musiktherapie.

1.3 Umgang mit Musik vor der Musiktherapie und dessen Auswirkung

Fragt man sich nach der Wirkung der Musiktherapie, so folgt die Überlegung, ob das, was wirkt, bei jedem gleich wirkt.

Dass eine aktive Beschäftigung mit Musik in der Zeit vor der Musiktherapie einen Einfluss auf das Erleben und die Wirkung in der Musiktherapie hat, wird bereits theoretisch angenommen (Timmermann 2004). Studien diesbezüglich sind jedoch nicht vorhanden.

Daher erschien es sinnvoll, die Patienten in die Kategorien „engagierter aktiver Laienmusiker“ und „Personen, die keine Möglichkeiten hatten sich musikalisch bilden zu können/kein Bedürfnis dazu hatten“, einzuteilen. Es wird vermutet, dass sich die Therapieergebnisse bei engagierten Laienmusikern im Gegensatz zu Patienten, die sehr wenig aktiven Kontakt mit dem Medium Musik hatten, unterscheiden.

In der musikalischen Anamnese soll ergründet werden, ob und welche Erfahrungen der Patient mit Musik gemacht hat. Es soll untersucht werden, ob diese Vorbildung

Einfluss auf den Erfolg der Therapie nimmt oder die Therapeutin diese Patienten anders behandeln sollte.

Ebenso schien es interessant den Umgang mit Musik in der Pränatalzeit und Kindheit zu erforschen. In der Literatur (z. B. Vögtle 1996, Verny 1983, Decker-Voigt 1991, Bruhn/Oerter 2002) finden sich immer wieder Annahmen dazu, dass insbesondere diese Zeit das spätere Leben des Menschen prägt. Musikalische Elemente spielen somit von vornherein unbewusst eine Rolle. So scheint der Rhythmus des Herzschlages der Mutter, dem das Ungeborene ununterbrochen ausgesetzt ist, einen Einfluss zu haben (Schmidt et al.: 28 [2004]). Außerdem ist anzunehmen, dass Erinnerungen an Musikstücke oder Melodien aus dem Umfeld der Mutter bestehen (Schmidt et al.: 28 [2004]). Weiter ist zu vermuten, dass ein aktiver Umgang der Mutter mit Musik im Kind eine positive Haltung zur Musik bewirkt und das Vorhandensein von Musik im frühen Kindesalter eine Auswirkung auf die spätere Einstellung der Musiktherapie gegenüber haben könnte.

Musikaffinität vor der Musiktherapie besteht unseren Überlegungen und Erfahrungen zufolge aus den folgenden Komponenten:

- passiver Umgang mit Musik pränatal und in der frühen Kindheit
- juveniler/adoleszenter aktiver Umgang mit Musik
(Instrumental-/Gesangsunterricht, Mitwirken in Bands/Orchestern/Chören)
- Expression von Emotionen mittels Musik
- Freude am Instrumentalunterricht
- Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht

Der Einfluss dieser Faktoren auf die Wirkfaktoren der Musiktherapie soll in dieser Studie näher untersucht werden.

1.4 Fragestellungen und Zielsetzung der empirischen Studie

In dieser Arbeit wird der modifizierte Fragebogen WIMU-G (Danner 2001) an Patienten der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Ulm sowie an Patienten der Sonnenberg Klinik, Fachklinik für analytische Psychotherapie in Stuttgart angewendet. Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

1.1 Welche Faktoren ergeben sich aus einer Faktorenanalyse eines neu zu erhebenden Datensatzes mit den Items des Fragebogens WIMU-G?

1.2 Zeigen sich bei diesen ermittelten Faktoren Unterschiede zu der Faktorenlösung aus der Wiener Studie?

2. Aus den Faktoren sollen Skalen gebildet werden. Anhand dieser sollen die folgenden Fragen beantwortet werden:

Unterscheiden sich die Skalenwerte zwischen

- a) teilstationären und stationär behandelten Patienten?
- b) Laienmusikern und Nichtmusikern?
- c) Patienten mit Freude am Instrumentalunterricht und ohne Freude am Instrumentalunterricht?
- d) Patienten mit einem guten Verhältnis zum Instrumentallehrer und mit schlechtem Verhältnis zum Instrumentallehrer?
- e) Patienten mit hohen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht und niedrigen Anforderungen im Instrumentalunterricht?
- f) Patienten mit positiver Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit und ohne Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit?
- g) Patienten, die vorher schon Emotionen mit Musik ausdrücken und denen ohne Expression von Emotionen mit Musik?
- h) Patienten mit Expression von Emotionen nach der Musiktherapie und denen ohne Expression von Emotionen nach der Musiktherapie?

2 Material und Methoden

2.1 Kurzbeschreibung des therapeutischen Settings

Therapeutisches Setting Ulm

Die klinische Studie wurde zum einen an Patienten der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Ulm erhoben. Hierbei handelt es sich um eine teilstationäre Einrichtung, bei der Patienten von morgens bis nachmittags in der Klinik an verschiedenen Therapien teilnehmen und gemeinsame Zeit mit anderen Patienten gestalten und erleben. Die Abende und Wochenenden verbringen sie im häuslichen privaten Bereich.

In der Tagesklinik in Ulm gibt es zwei Gruppen, die nach unterschiedlichen Konzepten behandelt werden: verhaltenstherapeutisch und psychodynamisch. Diese Gruppen bleiben in allen Therapien, so auch in der Musiktherapie in derselben Zusammensetzung bestehen, werden jedoch von zwei verschiedenen Musiktherapeutinnen betreut. In der Regel nehmen alle Patienten an der Gruppenmusiktherapie teil. Alle Musiktherapie Teilnehmer retournierten den Fragebogen ausgefüllt am Ende ihres Aufenthaltes.

Die Musiktherapie findet zweimal wöchentlich für die Dauer von jeweils sechzig Minuten statt. Die Gruppenstärke variiert zwischen jeweils acht und zehn Patienten. In der Therapie wird größtenteils aktive (orientiert an der Wiener Schule³) und zu einem geringen Teil auch rezeptive Therapie angewandt. In der rezeptiven Form werden die Patienten gebeten, ihnen wichtige Stücke in Form von Audiomedien mitzubringen. Diese werden angehört und im Anschluss an das Hören die eigenen Empfindungen währenddessen in der Gruppe besprochen.

Therapeutisches Setting Stuttgart

Ebenso wurden Patienten der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Sonnenberg in Stuttgart in die Studie mit einbezogen. Hierbei handelt es sich um eine vollstationäre Einrichtung, in der sich die Patienten Tag und Nacht dort

³ Die Wiener Schule beschreibt eine Methode der Musiktherapie, in der sowohl pädagogisch, übungszentriert, direktiv als auch psychodynamisch gearbeitet wird. Dabei sind Techniken wie freie Improvisation, Partnerspiel und Einstimmung in Gebrauch. (Fitzthum 2009)

befinden. Sie sind hier nicht in feste Gruppen eingeteilt, die alle Therapieformen gemeinsam durchschreiten. Jede Therapieform hat eine individuell zusammengestellte Gruppe. Es gibt eine zuständige Musiktherapeutin, die tiefenpsychologisch orientiert arbeitet. Die Sitzungen finden zweimal wöchentlich jeweils sechzig Minuten statt.

Zur Verringerung des Aufwandes für die Patienten wurden die Sozialdaten den in der Klinik üblichen Aufnahmefragebögen entnommen.

2.2 Studiendurchführung

Der ergänzte WIMU-G wurde Ende 2005 sowohl in der psychodynamischen als auch in der verhaltenstherapeutischen Gruppe der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Ulm an die Teilnehmer der Musiktherapie jeweils circa eine Woche vor Beendigung des Aufenthaltes ausgehändigt.

An die musiktherapeutischen Patienten der psychosomatischen Sonnenbergklinik Stuttgart erfolgte die Aushändigung des Fragebogens erstmals Ende 2006, nachdem vorher ausführlich durch mich aufgeklärt worden war. Eine schriftliche Einverständniserklärung war Bedingung für die Teilnahme. Den Patienten stand es ohne Angabe von Gründen frei, an der Erhebung teilzunehmen oder die Teilnahme zu verweigern, welches 3 von 51 Patienten wählten. Einen Vor- oder Nachteil in der weiteren Behandlung ergab sich dadurch für niemanden.

2.3 Stichprobe

In Ulm nahmen im Zeitraum von 2005 bis 2007 142 Patienten, darunter 118 Frauen und 24 Männer im Alter von 18 bis 66 Jahren an der Studie teil. Davon waren die 18- bis 25-Jährigen mit 27 % am häufigsten vertreten.

In Stuttgart nahmen 42 Patienten im Zeitraum von 2006 bis 2007 teil, davon 17 Männer und 24 Frauen (ein Patient ohne Angaben zum Genus) im Alter von 21 bis 72 Jahren. Die 26- bis 35-Jährigen bildeten dabei mit 48 % die stärkste Gruppe.

Insgesamt handelt es sich somit um 184 Patienten, davon 142 weibliche und 41 männliche (einer ohne Angaben), die in der Zeit von 2005 bis 2007 an der Studie teilnahmen.

Die Altersstruktur wird in Abbildung 1 dargestellt.

Der Mittelwert in Ulm beträgt 36,1 Jahre (SD 11,95), in Stuttgart beträgt der Mittelwert 38,3 Jahre (SD 12,05). Somit besteht insgesamt ein Mittelwert von 36,6 Jahren mit einer Standardabweichung von 11,98.

Abbildung 1: Altersstruktur Ulm (n=142), Stuttgart (n=42), Gesamt (n=184)

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben.

In Ulm wurde die Stichprobe in 69 verhaltenstherapeutisch betreute und 73 psychodynamisch betreute Patienten aufgeteilt.

Die Aufenthaltsdauer in der Tagesklinik betrug zwischen 4 und 17 Wochen, wobei der Mittelwert bei 9 Wochen (SD 2,48) lag. In Stuttgart erstreckte sich der Aufenthalt zwischen 6 und 29 Wochen, im Mittel 14 Wochen (SD 4,25). Insgesamt lag somit die Aufenthaltsdauer zwischen 4 und 29 Wochen, bei einem Mittelwert von 10,13 (SD 3,59) (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Aufenthaltsdauer in Wochen von Ulm (n=142), Stuttgart (n=41), Gesamt (n=184)

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben.

Die in Abbildung 3 aufgeführten Hauptdiagnosen wurden von den Fragebögen der Klinik übernommen, die von den Therapeuten bearbeitet worden waren.

F 30–39: Affektive Störungen
F 40–48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F 50: Essstörungen

F 60, 61: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
ICD 10: International Classification of Diseases, Version 10

Abbildung 3: Hauptdiagnosen der Patienten aus Ulm (n=142), Stuttgart (n=42), Gesamt (n=184) in Prozent

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben.

2.4 Statistisches Verfahren

2.4.1 Faktorenanalyse

Zur Auswertung der erhobenen Daten wurde mit dem Programm SPSS in der Version 16 Faktorenanalysen berechnet. In die Analysen gingen die Items des WIMU-G (Variable 14–72) ein.

Sie erfüllen die Voraussetzung einer Likertskala und besitzen jeweils fünf Antwortmöglichkeiten (trifft genau zu, trifft zu, trifft in etwa zu, trifft nicht zu, trifft auf keinen Fall zu).

Für die Faktorenanalyse wurde die Hauptachsenanalyse gewählt, die Rotation der Faktoren geschah nach dem Varimax-Verfahren. Die Auswahl der Anzahl der Faktoren geschah nach dem Scree Plot und der Analyse der aufgeklärten Varianzen.

2.4.2 Test auf Unterschiede zwischen Skalen und dichotomen Merkmalen

Im Anschluss an die Faktorenanalyse wurden Skalen aus den Faktoren gebildet und für jeden Patienten Werte berechnet. Unterschiede zwischen unabhängigen Gruppen (z. B. stationär/teilstationär, Laienmusiker/Nichtmusiker) wurden bei Nicht Normalverteilung mittels Mann-Whitney U-Test auf Signifikanz geprüft (Bortz et al. 2008). Als Signifikanzniveau wurde ein p-Wert $< 0,05$ festgelegt.

3 Ergebnisse

3.1 Faktorenanalyse

In der Faktorenanalyse konnten vier Faktoren extrahiert werden, wie sich in der Abbildung 4 im Scree Plot am elbow bei 5 zeigt.

Abbildung 4: Scree Plot der Faktorenanalyse mit elbow bei 5

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben.

Mit den vier Faktoren ergab sich eine Varianzaufklärung von 46 % (Faktor 1: 19 %, Faktor 2: 11 %, Faktor 3: 8 %, Faktor 4: 8 %).

In Tabelle 4 sind die Items dargestellt, die im Faktor eins von der höchsten zur niedrigsten Faktorladung hoch luden. Aufgeführt sind nur die Items, die $> 0,5$ laden (Backhaus et al. 2006, S. 299). Dieser Richtwert zeigt eine hohe Faktorladung an.

Tabelle 4: Faktor 1 mit den dazugehörigen hochladenden Items sowie der Faktorladung

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben.

Nr.: Nummer; FL: Faktorladung

Itemnr.	Item	FL
51	Die Musiktherapie hat dazu beigetragen, dass Probleme, die vorher verworren waren, plötzlich geordneter und verständlicher erschienen.	,736
54	In der Musiktherapie konnte ich meine früheren Erfahrungen in neuem Licht sehen.	,721
56	Die Musik in der Musiktherapie hat viel für mich ausgelöst und in Bewegung gebracht.	,720
50	Die Musiktherapie hat dazu beigetragen, dass ein Chaos langsam klarer werden konnte und/oder ein zu harmonischer Zustand verändert werden konnte.	,719
69	Mithilfe der Musik konnte ich Themen oder Probleme, die mich beschäftigten, gezielt bearbeiten.	,704
47	Durch die Musiktherapie bin ich einfallsreicher, neugieriger und mutiger geworden.	,681
57	Ich fand die Musiktherapie wertvoll und für jeden empfehlenswert.	,666
29	In der Musiktherapiegruppe zu sein, half mir, alte Probleme zu verstehen, die ich früher mit meinen Eltern, Geschwistern oder anderen wichtigen Leuten hatte.	,648
45	Durch die Musiktherapie konnte ich besser herausfinden, was ich mag und worauf ich Lust habe, was mir gefällt und was ich akzeptieren oder nicht akzeptieren kann.	,641
64	Die Musik war für mich genauso wichtig wie das Gespräch.	,637
30	In der Musiktherapie war es wichtig für mich zu lernen, wie ich ein Gefühl äußern kann.	,636
55	In der Musiktherapie konnte ich neben meinen alten Gewohnheiten neue Verhaltensmuster ausprobieren und üben.	,617
46	In der Musiktherapie habe ich gelernt, einiges besser zu ertragen, z. B. unangenehme und ungewisse Zustände, Stille, Lärm oder andere Meinungen.	,607
58	Das, was für mich nicht in Worte fassbar war, konnte ich in der Musik ausdrücken.	,606
71	Durch die Musik wurde ich in meiner Seele sehr berührt und erschüttert und konnte z. B. weinen, explodieren oder laut sein.	,581
70	Durch die Musik konnte ich Themen oder Probleme, die mich beschäftigten gezielt bearbeiten.	,571
53	In der Musiktherapie habe ich frühere Empfindungen (...) wiedererlebt.	,564
62	Die Musik hat bei mir Gefühle ausgelöst und angesprochen (...).	,521
48	Das gleichzeitige Spiel mit den anderen Gruppenmitgliedern war sehr wichtig für mich.	,509
42	Ich konnte mich der Wirkung der Musik nur schwer entziehen.	,507

Versucht man die inhaltlichen Ursachen dafür, dass diese Items zusammen auf einen Faktor laden, zu ergründen, so fällt auf, dass das Gemeinsame die positiven

Funktionen von Musik sind. Es gibt viele Teilbereiche, die ansprechen, was die Musik bewirkt, aber allen gemein ist die Musik selbst. Somit ist der erste, eine große Varianz erklärende Anteil, ein spezifischer Faktor.

In Tabelle 5 werden die hochladenden Items des Faktors zwei dargestellt.

Tabelle 5: Faktor 2 mit den dazugehörigen hochladenden Items und der Faktorladung

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben.

Nr.: Nummer; FL: Faktorladung

Itemnr.	Item	FL
23	Im Großen und Ganzen hatte ich das Gefühl, dass mich die Musiktherapeutin voll und ganz verstand.	,731
20	Die Art, in der die Musiktherapeutin mit mir sprach, gab mir ein Gefühl der Wärme und Geborgenheit.	,711
34	Ich hatte das Gefühl, dass die Musiktherapeutin aufrichtig daran interessiert war, mir zu helfen.	,700
35	Ich bin davon überzeugt, dass mich die Musiktherapeutin als Person achtete.	,584
24	Die Musiktherapeutin war meistens locker und ungezwungen.	,537
14	Ich war mir über die wahren Gefühle der Musiktherapeutin immer im Klaren.	,530
40	Die therapeutische Erfahrung der Musiktherapeutin war sehr groß.	,500

Hier zeigt sich als inhaltliche Gemeinsamkeit dieser Items die positive Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung. Dies wird als unspezifischer Faktor interpretiert, da Patient-Therapeut-Beziehungen in jeder gängigen Therapieform vorhanden sind.

Tabelle 6 zeigt die hochladenden Items des Faktors drei.

Tabelle 6: Faktor 3 mit den dazugehörigen hochladenden Items und der Faktorladung

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben.

Nr.: Nummer; FL: Faktorladung

Itemnr.	Item	FL
32	Mir hat es geholfen, wenn andere Gruppenmitglieder mir ehrlich sagten, was sie von mir hielten.	,701
19	Es war wichtig für mich, dass die Gruppe mir gezeigt hat, welchen Eindruck ich auf andere mache.	,679
38	Es hat mir geholfen, zu erfahren, wie ich auf andere wirke.	,606
16	Es war wichtig für mich, zu erkennen, dass es mir ebenso gut oder schlecht ging wie den anderen.	,567
33	Es ermutigte mich, zu erleben, dass andere Gruppenmitglieder Fortschritte machten.	,566
15	Wenn andere peinliche Dinge über sich selbst offenbarten und Risiken eingingen und davon Nutzen hatten, war es für mich leichter, das auch zu tun.	,560

Die gemeinsame Ladung dieser Items lässt sich durch die positive Funktion der Gruppe begründen. Auch dieser Faktor ist unspezifisch, da in jeder Gruppentherapie eine solche Dynamik als Wirkmechanismus dient.

In Tabelle 7 werden die hochladenden Items des Faktors vier dargestellt.

Tabelle 7: Faktor 4 mit den dazugehörigen hochladenden Items und der Faktorladung

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben

Nr.: Nummer; FL: Faktorladung

Itemnr.	Item	FL
66	Die Musikinstrumente verlockten mich auf Ihnen zu spielen.	,735
61	Beim eigenen Spielen auf Musikinstrumenten konnte ich handeln ohne lange darüber nachdenken zu müssen.	,601
68	In der Musiktherapie war es für mich besonders wichtig, dass nicht nur geredet wurde.	,578

Hier fällt auf, dass die Gemeinsamkeit dieser Items in der positiven Funktion des aktiven Musizierens liegt, welches einen spezifischen Faktor darstellt.

3.2 Vergleich der Ergebnisse der Faktorenanalyse mit den Ergebnissen von Danner

Danner (2001) konnte fünf Faktoren mittels Faktorenanalyse extrahieren, die zeigten, dass der Hauptwirkfaktor der Musiktherapie ein spezifischer Wirkfaktor ist.

So macht der erste Faktor „Ausdruck, Darstellung, Kommunikation mittels Musik“ 42 % der Varianzaufklärung aus und besteht aus neun Items, die alle den spezifischen Konzepten Danners oder Strobels entstammen. Vier der Items finden sich in unserem Faktor eins „positive Funktionen von Musik“ und zwei in dem Faktor vier „positive Funktion des aktiven Musizierens“ wieder.

In unserem Faktor eins „positive Funktionen von Musik“ finden sich zwanzig Items, die Konzepten Danners, Strobels, Strupps, Yaloms und Oberegelsbachers entstammen. Es überwiegen jedoch die spezifischen Konzepte Oberegelsbachers und Strobels. Items aus Danners Faktor eins finden sich vier Mal in unserem ersten Faktor. Insgesamt macht der erste Faktor 19 % der Varianzaufklärung aus.

Die beiden ersten Faktoren enthalten zwar ähnliche Items, sind aber aufgrund der hauptsächlich verschiedenen Items und der unterschiedlichen Varianzaufklärung nicht zu vergleichen.

Der zweite Faktor Danners „Funktion der Gruppe per se“ besteht aus acht Items, bei denen vier unserem Faktor drei „positive Funktionen der Gruppe“ entsprechen, die anderen vier in dieser Studie nicht hoch laden, jedoch alle den Konzepten Yaloms entstammen, wie bei unserem Faktor ebenfalls. Es findet sich zusätzlich ein Item aus Danners viertem Faktor „musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation“ wieder. Insgesamt handelt es sich hier somit um unspezifische Faktoren, die eher vergleichbar sind.

Der dritte Faktor Danners „aktives musikalisches Beziehungsangebot der Musiktherapeutin“ besteht aus sieben Items, unter denen drei in dieser Studie auf Faktor zwei „positive Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung“ hoch laden, ein Item auf Faktor eins „positive Funktionen von Musik“ und die restlichen drei nicht.

Vom Kontext her wäre er am ehesten mit unserem Faktor zwei zu vergleichen, bei dem bis auf ein Item alle dem Konzept Strupps entstammen. Dies ist bei Danner in Faktor drei und fünf gegeben. Dennoch ist in unserem zweiten Faktor das Unspezifische der positiven Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung sehr deutlich, was in den Faktoren Danners nicht so klar wird.

Der Faktor vier „musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation“ besteht aus sieben Items, von denen drei bei unserem Faktor eins hoch laden, sowie eines bei unserem Faktor drei und die restlichen drei auf keinem der Faktoren. Die Items entstammen hauptsächlich Konzepten Strobels. Dieser Faktor lässt sich so bei uns nicht replizieren.

Der Faktor fünf „wertschätzendes Verhalten der Musiktherapeutin“ besteht aus drei Items, davon laden zwei negativ. Eines der Items lädt bei unserem Faktor zwei hoch, die anderen gar nicht. Negativ ladende Items sind in die Varianz nicht mit einzubeziehen, weshalb dieser Faktor infrage gestellt werden sollte.

Insgesamt zeigt sich, dass die Faktoren von Danner in unserer Studie nicht repliziert werden können, das Ergebnis, dass sich unspezifische und spezifische Wirkfaktoren in den Varianzanalysen abbilden, wird jedoch durchaus bestätigt.

3.3 Unterschiede der Skalenwerte in Bezug auf externe Variablen, die die Wirkung der Musiktherapie beeinflussen können

In den folgenden Tabellen werden die Fragestellungen bezüglich der

- teilstationären und stationär behandelten Patienten,
- Laienmusikern und Nichtmusikern,
- Patienten mit Freude am Instrumentalunterricht und ohne Freude am Instrumentalunterricht,
- Patienten mit einem guten Verhältnis zum Instrumentallehrer und mit schlechtem Verhältnis zum Instrumentallehrer,
- Patienten mit hohen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht und niedrigen Anforderungen im Instrumentalunterricht,
- Patienten mit positiver Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit und ohne Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit,
- Patienten, die vorher schon Emotionen mit Musik ausdrücken und denen ohne Expression von Emotionen mit Musik,
- Patienten mit Expression von Emotionen nach der Musiktherapie und denen ohne Expression von Emotionen nach der Musiktherapie

beantwortet.

Dargestellt sind Mittelwerte und Standardabweichungen. Die Mittelwerte sind invers zu betrachten, da die Items von 1–5 (trifft genau zu bis trifft auf keinen Fall zu) codiert sind. Je niedriger der Mittelwert ist, desto mehr trifft die Skala zu.

Tabelle 8 zeigt die Unterschiede zwischen teilstationären und stationären Patienten in Bezug auf die aus den Faktoren gebildeten Skalen.

Tabelle 8: Test auf Unterschied zwischen teilstationären und stationären Patienten bezüglich der vier extrahierten Faktoren

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben.

Die Mittelwerte sind invers zu betrachten. Je niedriger der Mittelwert ist, desto mehr trifft die Skala zu.

n: Probandenanzahl **p:** Signifikanzwert
MW: Mittelwert **n. s.:** nicht signifikant
SD: Standardabweichung **Pat.-Th.:** Patient-Therapeut

Faktor	teilstationäre Pat. n=142		stationäre Pat. n=42		U-Test
	MW	SD	MW	SD	p
positive Funktionen von Musik	2,7	0,9	2,7	0,7	n. s.
positive Funktion der Pat.-Th.-Beziehung	2,0	0,7	2,3	0,6	0,001
positive Funktion der Gruppe	2,0	0,7	2,0	0,6	n. s.
positive Funktion des aktiven Musizierens	2,3	1,0	2,3	0,8	n. s.

Die teilstationären Patienten berichten eine signifikant positivere Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung als die stationären Patienten. Alle anderen Faktoren weisen keinen signifikanten Unterschied auf.

In Tabelle 9 werden die Unterschiede zwischen Laienmusikern und Nichtmusikern bezüglich der Faktoren analysiert.

Tabelle 9: Test auf Unterschied zwischen den Laienmusikern und den Nichtmusikern bezüglich der vier extrahierten Faktoren

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben. Die Mittelwerte sind invers zu betrachten. Je niedriger der Mittelwert ist, desto mehr trifft die Skala zu.

L-Musiker: Laienmusiker **SD:** Standardabweichung
N-Musiker: Nichtmusiker **p:** Signifikanzwert
n: Probandenanzahl **n. s.:** nicht signifikant
MW: Mittelwert **Pat.-Th.:** Patient-Therapeut

Faktor	L-Musiker n=119		N-Musiker n=65		U-Test
	MW	SD	MW	SD	p
positive Funktionen von Musik	2,8	0,9	2,6	0,8	n. s.
positive Funktion der Pat.-Th.-Beziehung	2,2	0,7	2,0	0,8	n. s.
positive Funktion der Gruppe	2,1	0,7	2,0	0,7	n. s.
positive Funktion des aktiven Musizierens	2,3	1,0	2,2	0,9	n. s.

Es zeigt sich in den Faktoren kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten, die vor der Therapie ein Musikinstrument spielten oder sich aktiv gesanglich engagierten im Vergleich zu denen, die dieses nicht taten.

Wie die folgenden Tabellen zeigen wird bei den Patienten, die sich hinsichtlich des Instrumentalunterrichts unterschieden, eine Divergenz deutlich.

In Tabelle 10 werden die Unterschiede in den Faktoren zwischen den Musizierenden mit Freude und denen ohne Freude am Instrumentalunterricht deutlich.

Tabelle 10: Test auf Unterschied zwischen Musizierenden mit oder ohne Freude am Instrumentalunterricht bezüglich der vier extrahierten Faktoren

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben. Die Mittelwerte sind invers zu betrachten. Je niedriger der Mittelwert ist, desto mehr trifft die Skala zu.

MMFI: Musizierende mit Freude am Instrumentalunterricht **SD:** Standardabweichung
MOFI: Musizierende ohne Freude am Instrumentalunterricht **p:** Signifikanzwert
n: Probandenanzahl **n. s.:** nicht signifikant

Faktor	MMFI n=48		MOFI n=52		U-Test
	MW	SD	MW	SD	p
positive Funktionen von Musik	2,5	0,9	2,8	0,9	n. s.
positive Funktion der Pat.-Th.-Beziehung	2,2	0,7	2,1	0,7	n. s.
positive Funktion der Gruppe	1,9	0,7	2,2	0,7	0,015
positive Funktion des aktiven Musizierens	2,0	0,9	2,4	1,1	n. s.

Die Patienten, die Freude an ihrem Instrumentalunterricht hatten, berichteten im Mittel eine signifikant positivere Funktion der Gruppe.

In Tabelle 11 wird der Unterschied zwischen Musizierenden mit gutem Verhältnis zum Instrumentallehrer und schlechtem Verhältnis zum Instrumentallehrer bezüglich der Faktoren aufgeführt.

Tabelle 11: Test auf Unterschied zwischen Musizierenden mit einem guten oder einem schlechten Verhältnis zum Instrumentallehrer bezüglich der vier extrahierten Faktoren

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben. Die Mittelwerte sind invers zu betrachten. Je niedriger der Mittelwert ist, desto mehr trifft die Skala zu.

MGVI: Musizierende mit einem guten Verhältnis zum Instrumentallehrer **SD:** Standardabweichung
MSVI: Musizierende mit einem schlechten Verhältnis zum Instrumentallehrer **p:** Signifikanzwert
n: Probandenanzahl **n. s.:** nicht signifikant
MW: Mittelwert **Pat.-Th.:** Patient-Therapeut

Faktor	MGVI n=54		MSVI n=42		U-Test
	MW	SD	MW	SD	p
positive Funktionen von Musik	2,6	0,9	2,8	0,9	n. s.
positive Funktion der Pat.-Th.-Beziehung	2,2	0,7	2,1	0,7	n. s.
positive Funktion der Gruppe	2,0	0,7	2,2	0,8	n. s.
positive Funktion des aktiven Musizierens	2,2	1,0	2,3	1,0	n. s.

Die Patienten, die einen positiven Bezug zu ihrem Instrumentallehrer hatten, unterscheiden sich nicht signifikant zu denen, die diesen nicht hatten.

Tabelle 12 führt den Unterschied zwischen Musizierenden mit hohen Leistungsanforderungen und denen mit wenig Leistungsanforderungen in Bezug auf die Faktoren auf.

Tabelle 12: Test auf Unterschied zwischen Musizierenden mit hohen oder niedrigen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht bezüglich der vier extrahierten Faktoren

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben.

Die Mittelwerte sind invers zu betrachten. Je niedriger der Mittelwert ist, desto mehr trifft die Skala zu.

MHLI: Musizierende mit hohen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht **SD:** Standardabweichung
MNLI: Musizierende mit niedrigen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht **p:** Signifikanzwert
n: Probandenanzahl **n. s.:** nicht signifikant
MW: Mittelwert **Pat.-Th.:** Patient-Therapeut

Faktor	MHLI n=37		MNLI n=61		U-Test
	MW	SD	MW	SD	p
positive Funktionen von Musik	2,4	0,8	2,9	0,9	0,012
positive Funktion der Pat.-Th.-Beziehung	2,0	0,7	2,2	0,7	n. s.
positive Funktion der Gruppe	2,1	0,8	2,0	0,7	n. s.
positive Funktion des aktiven Musizierens	1,9	0,9	2,4	1,0	0,013

Die Patienten, die in ihrem Instrumentalunterricht hohe Leistung erbringen mussten, zeigen signifikant höhere Werte im Faktor positive Funktionen von Musik und der positiven Funktion des aktiven Musizierens.

Tabelle 13 zeigt den Unterschied zwischen Patienten mit positiver Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit und ohne positive Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit bezüglich der Faktoren auf.

Tabelle 13: Unterschied zwischen Patienten mit oder ohne positive Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit bezüglich der vier extrahierten Faktoren

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben. Die Mittelwerte sind invers zu betrachten. Je niedriger der Mittelwert ist, desto mehr trifft die Skala zu.

PMPMA:	Patienten mit positiver Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit	SD:	Standardabweichung
POPMA:	Patienten ohne positive Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit	p:	Signifikanzwert
n:	Probandenanzahl	n. s.:	nicht signifikant
MW:	Mittelwert	Pat.-Th.:	Patient-Therapeut

Faktor	PMPMA n=61		POPMA n=123		U-Test
	MW	SD	MW	SD	p
positive Funktionen von Musik	2,6	0,9	2,8	0,9	n. s.
positive Funktion der Pat.-Th.-Beziehung	2,0	0,7	2,2	0,8	0,025
positive Funktion der Gruppe	2,1	0,7	2,1	0,7	n. s.
positive Funktion des aktiven Musizierens	2,3	1,0	2,3	1,0	n. s.

Die Patienten, die pränatal und während der frühen Kindheit mit Musik umgeben waren, schildern im Mittel eine signifikant positivere Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung.

In Tabelle 14 werden die Unterschiede zwischen Patienten mit Expression von Emotionen vor der Musiktherapie und denen ohne in Bezug auf die Faktoren aufgeführt.

Tabelle 14: Test auf Unterschied zwischen Patienten mit oder ohne Expression von Emotionen vor der Musiktherapie bezüglich der vier extrahierten Faktoren

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben. Die Mittelwerte sind invers zu betrachten. Je niedriger der Mittelwert ist, desto mehr trifft die Skala zu.

PMEE: Patienten mit Expression von Emotionen vor der Musiktherapie
POEE: Patienten mit Expression von Emotionen vor der Musiktherapie
n: Probandenanzahl
MW: Mittelwert
SD: Standardabweichung
p: Signifikanzwert
n. s.: nicht signifikant
Pat.-Th.: Patient-Therapeut

Faktor	PMEE n=74		POEE n=108		U-Test
	MW	SD	MW	SD	p
positive Funktionen von Musik	2,5	0,9	2,8	0,9	0,014
positive Funktion der Pat.-Th.-Beziehung	2,1	0,8	2,1	0,7	n. s.
positive Funktion der Gruppe	2,0	0,7	2,1	0,7	n. s.
positive Funktion des aktiven Musizierens	2,0	0,9	2,5	1,0	0,005

Die Patienten, die vor der Musiktherapie bereits ihre Gefühle mit Musik zum Ausdruck brachten, berichteten im Mittel eine signifikant positivere Funktion der Musik und positivere Funktionen des aktiven Musizierens.

In Tabelle 15 werden die Unterschiede zwischen Patienten mit Expression von Emotionen nach der Musiktherapie und denen ohne diese in Bezug auf die Faktoren aufgeführt.

Tabelle 15: Test auf Unterschied zwischen Patienten mit oder ohne Expression von Emotionen nach der Musiktherapie bezüglich der vier extrahierten Faktoren

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben. Die Mittelwerte sind invers zu betrachten. Je niedriger der Mittelwert ist, desto mehr trifft die Skala zu.

PMEEN: Patienten mit Expression von Emotionen nach der Musiktherapie
POEEN: Patienten ohne Expression von Emotionen nach der Musiktherapie
n: Probandenanzahl
MW: Mittelwert
SD: Standardabweichung
p: Signifikanzwert
Pat.-Th.: Patient-Therapeut

Faktor	PMEEN n=81		POEEN n=87		U-Test
	MW	SD	MW	SD	p
positive Funktionen von Musik	2,2	0,7	3,1	0,8	0,000
positive Funktion der Pat.-Th.-Beziehung	2,0	0,6	2,2	0,8	0,046
positive Funktion der Gruppe	1,9	0,7	2,2	0,7	0,005
positive Funktion des aktiven Musizierens	1,8	0,7	2,7	1,0	0,000

Die Patienten, die nach der Teilnahme an der Musiktherapie ihre Gefühle anhand von Musik zum Ausdruck bringen, haben in allen vier Wirkfaktoren positivere Werte.

3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

3.4.1 Faktoren

Es lassen sich vier Faktoren extrahieren. Davon sind zwei spezifisch und zwei unspezifisch (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Wirkfaktoren der Musiktherapie mit ihren Qualitäten

Die Daten wurden an der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Ulm von 2007–2009 sowie an der Sonnenbergklinik Stuttgart, Fachklinik für analytische Therapie von 2006–2007 erhoben.
Nr.: Nummer

Faktornr.	Faktor	Qualität
1	positive Funktionen von Musik	spezifisch
2	positive Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung	unspezifisch
3	positive Funktion der Gruppe	unspezifisch
4	positive Funktion des aktiven Musizierens	spezifisch

3.4.2 Vergleich der Faktoren zu Danners Faktoren

Im Gegensatz zu den fünf Faktoren bei Danner zeigen sich bei uns vier Faktoren. Es sind jeweils spezifische und unspezifische Faktoren zu finden. Die unspezifischen unterscheiden sich kaum. Die spezifischen Faktoren sind bei uns in Musik und aktives Musizieren unterteilt, wohingegen sich bei Danner drei

spezifische Faktoren darstellen, die sich auf die Kommunikation, die Beziehung der Musiktherapeutin und die Transformation durch Musik oder Musizieren beziehen.

Faktoren Danner:

1. Ausdruck, Darstellung, Kommunikation mittels Musik
2. Funktion der Gruppe per se
3. aktives musikalisches Beziehungsangebot der Musiktherapeutin
4. musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation
5. wertschätzendes Verhalten der Musiktherapeutin

3.4.2 Vergleich der Skalenwerte

Es zeigen sich bei dem Faktor zwei (Patient-Therapeut-Beziehung) bei den teilstationären Patienten und denen mit positiver Musikaffinität pränatal oder während der frühen Kindheit positivere Werte als bei den Vergleichsgruppen.

Der Faktor drei (positive Funktion der Gruppe) weist hinsichtlich der Musiker mit Freude am Instrumentalunterricht positivere Werte auf als die Vergleichsgruppe. Sowohl im Faktor eins (positive Funktionen von Musik) als auch im Faktor vier (positive Funktion des aktiven Musizierens) zeigten sich positivere Werte bei den Musikern mit hohen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht als zu der Vergleichsgruppe. In allen Faktoren zeigten die Patienten mit Expression von Emotionen nach der Musiktherapie positivere Werte als die Vergleichsgruppe.

4 Diskussion

4.1 Diskussion von Design und Methode

4.1.1 Das Instrument WIMU-G („Wirkfaktorenitems“)

Das von Danner gewählte Design Items aus Konzepten zu entwickeln, die als Wirkfaktoren der Musiktherapie infrage kommen, ist als sinnvoll zu erachten. Nach Danner wurde ebenso in anderen empirischen Studien auf diese Weise gearbeitet (vgl. de l' Etoile 2002). Wissenschaftlich fundierte Aussagen werden über das statistische Modell der Faktorenanalyse in einem Gesamtkonzept zusammengefasst, das dann auf Plausibilität überprüft wird.

Kritisch zu diskutieren ist jedoch Folgendes:

Möglicherweise wurde das Item 28 (MSA-Wert $< 0,5$) so missverständlich formuliert, dass die Patienten es wahrscheinlich gegensätzlich beantworteten. Das zeigt einerseits, dass das Item in zukünftigen Verwendungen des Fragebogens präziser formuliert werden sollte. Andererseits bestätigt es die Methode, da nur dieses Item einen kleinen MSA-Wert hat, was man als Hinweis auf die Schlüssigkeit des Designs auffassen kann.

4.1.2 Items 74–84 des Instrumentes WIMU-G

Die zusätzlich entwickelten Items zur Erfassung externer Variablen auf das Erleben der Therapie erweisen sich teilweise als sinnvoll, zumindest erbrachten einige von ihnen unterschiedliche Ausprägungen in den Faktoren-Skalen.

Eine detailliertere Erforschung der Musikkaffinität pränatal und während der frühen Kindheit würde eine zusätzliche Befragung der Eltern notwendig machen. Dies wird dadurch deutlich, dass viele⁴ Patienten bei den Items 74–76⁵ als Antwortalternative „weiß nicht“ wählten und sich so teilweise die Stichprobe deutlich reduzierte. Solche kleinen Datensätze sind dann weniger aussagekräftig.

⁴ **Item 74:** 69/184=38 %; **Item 75:** 56/184=30 %; **Item 76:** 24/184=13 %

⁵ **Item 74:** Hat Ihre Mutter als sie mit Ihnen schwanger war regelmäßig selber aktiv Musik gemacht? ja. nein. weiß nicht. **Item 75:** Haben Ihnen Ihre Eltern regelmäßig Schlaflieder vorgesungen? ja. nein. weiß nicht. **Item 76:** Wurde in Ihrer Familie viel gesungen? ja. nein. weiß nicht.

Item 77⁶ erweist sich als so offen gestellt, dass sich die Antworten nur schwer quantitativ sinnvoll kategorisieren lassen.

Bei Item 83⁷ zeigt sich in der Auswertung, dass eine Eindeutigkeit der Antwortmöglichkeit nicht gegeben war, sodass viele Antworten nicht gewertet werden konnten. Zudem erwies sich der Begriff „Spiel“ im Nachhinein als so undefiniert, dass mit einer Aussage darüber nur sehr vage Mutmaßungen angestellt werden können.

4.1.3 Stichprobe

Die Gesamtstichprobe setzt sich aus den Patienten aus Ulm einerseits und aus Stuttgart andererseits zusammen. Diese unterscheiden sich stark in Größe und therapeutischem Umfeld.

In Ulm unterteilt sich die Stichprobe durch die verhaltenstherapeutische (VT) und die psychodynamische (PD) Gruppe in zwei etwa gleich große Gruppen (n[VT]=69, n[PD]=73). Unterschiede finden sich darin, dass es zwei verschiedene Musiktherapeutinnen gibt und die Gruppen fest zusammengesetzt sind. So besteht die Gesamtstichprobe, hinsichtlich des Aspektes der unterschiedlichen Therapeuten aus drei Gruppen mit geringerer Stichprobengröße (n[Stuttgart]=42, n[VT]=69, n[PD]=73). Betrachtet man sie vom therapeutischen Setting aus, handelt es sich um zwei Gruppen (n[teilstationär]=142 vs. n[vollstationär]=42).

Diese Umstände bringen sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich. Von Vorteil ist, dass die Gesamtergebnisse weder von der Person der Musiktherapeutin noch von dem therapeutischen Setting abhängig sind.

⁶ **Item 77:** Welche Art von Musik hören Sie?

⁷ **Item 83:** Was hat Sie in der Musiktherapie am ehesten berührt? Klang, Spiel, Rhythmus.

4.1.4 Methode

1. Faktorenanalyse

Verwendet man die Faktorenanalyse, ist zu bedenken, dass es sich dabei um ein Verfahren handelt, bei dem es auf verschiedenen Stufen unterschiedliche Wahlmöglichkeiten gibt. Sie setzt sich aus vielen Schritten zusammen, in die jeweils eingegriffen werden kann, weshalb das Ergebnis zu einem großen Teil auch an der Entscheidung des Ausführenden liegt. Bei der Wahl der Faktorenanzahl bestehen beispielsweise mehrere Möglichkeiten.

2. Test auf Unterschiede

Die Signifikanzprüfung wurde mittels des U-Tests nach Mann und Whitney durchgeführt. Hierbei zeigen sich Signifikanzen in den Unterschieden in Bezug auf die Faktoren, die Richtung lässt sich anhand der Mittelwerte festlegen.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion soll sich nach der Reihenfolge der Fragestellungen aus der Einleitung gliedern.

4.2.1 Ad 1.1 Welche Faktoren ergeben sich aus einer Faktorenanalyse eines neu erhobenen Datensatzes des Fragebogens WIMU-G?

Vier-Faktoren-Lösung

Im Rahmen der Faktorenanalyse konnten vier Faktoren extrahiert werden. Diese erweisen sich inhaltlich als plausibel. Da nur Items $> 0,5$ im MSA-Wert zur Faktorenbenennung hinzugezogen wurden, lassen sich inhaltlich klare Aussagen formulieren. Die Faktoren unterscheiden sich in Größe, Varianzanteil und Inhalt. Die Benennung der Faktoren erfolgt durch die Ergründung des gemeinsamen Nenners für die gemeinsam ladenden Items. Grund hierfür ist die Durchführung der Hauptachsenanalyse. Im Folgenden werden die einzelnen Faktoren detailliert betrachtet.

Faktor 1: Positive Funktionen von Musik

Die Herkunft der Items zeigt, dass es sich um einen spezifischen Faktor handelt. Fünfzehn von zwanzig Items sind eindeutig spezifisch musiktherapeutischer

Herkunft. Sie wurden Konzepten Oberegelsbachers und Strobels entnommen. Die übrigen fünf sind unspezifischer Herkunft, wurden jedoch durch Danner musiktherapeutisch spezifiziert. Sie entstammen Konzepten Yaloms und Danners. Somit ergibt sich ein Faktor mit vollständig spezifischen Items.

Faktor 2: Positive Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung

Die Items, die auf diesem Faktor gemeinsam hoch laden, stammen fast ausschließlich aus dem Konzept Strupps zur Beurteilung der Ergebnisse von Psychotherapie. Kächele et al. errechneten daraus drei Faktoren. Aus diesen dreien stellen Empathie vs. Akzeptanz (Items 20, 23, 24) und Vertrauen vs. Wertschätzung (Items 34, 35, 40) den Hauptanteil dieses Faktors. Ein Item⁸ entstammt dem Faktor Abstinenz vs. Passivität und eines wurde von Danner hinzugefügt und ließ sich bisher keinem Faktor zuordnen.

Es handelt sich hier um einen unspezifischen Faktor. Der Therapeut ist zwar gleichzeitig ein Musiktherapeut, aber die Eigenschaften sind ausnahmslos nicht exklusiv typisch für einen Musiktherapeuten.

Dass die duale Beziehungsbindung zwischen Patient und Therapeut eine herausragende Rolle im therapeutischen Prozess findet, ist gemeinhin bekannt und anerkannt (Scholz 1998, Finke et al. 2004, Merten 2003, Gerber et al. 1983). Daher wird hier auf weitere Erläuterung verzichtet.

Faktor 3: Positive Funktion der Gruppe

Es handelt sich um einen unspezifischen Faktor. Hervorzuheben ist, dass es sich bei den Items primär nicht um musikalische Dynamiken handelt. Der die Gruppendynamik betreffende Anteil stellt den hervorstechenden Parameter dar.

Faktor 4: Positive Funktion des aktiven Musizierens

Zu diesem Faktor ist es von Nutzen sich über Musikinstrumente und deren Wirkung bzw. Bedeutung Gedanken zu machen. Bruhn (2005) beschreibt den Appell und das Symbol von Musikinstrumenten. Musikinstrumente selbst appellieren an den Patienten zu spielen. Außerdem rufen sie Bedürfnisse wach, zu greifen, streicheln

⁸ Die Faktorladung dieser Aussage ist negativ. Somit ist sie entgegengesetzt zu deuten.

oder zu schlagen. Allgemeiner formuliert weckt ein Musikinstrument Neugier und Wünsche.

Symbolisch können den einzelnen Musikinstrumenten verschiedene Qualitäten wie Führung, Geltung oder Bürgerlichkeit zugeordnet werden.

In den Items, die zusammen auf diesem Faktor laden, sind zwei der drei aus dem Konzept Strobels entnommen, welches die Möglichkeit für den symbolischen Ausdruck durch Musikinstrumente betont, z. B. „Beim eigenen Spielen auf Musikinstrumenten konnte ich handeln, ohne lange darüber nachdenken zu müssen“ (Item 61). Oder durch die Aussage: „Die Musikinstrumente verlockten mich, auf Ihnen zu spielen“ (Item 66). Item 68 (In der Musiktherapie war es für mich besonders wichtig, dass nicht nur geredet wurde.) betont den Wunsch nach dem eigenen aktiven Anteil an der Musiktherapie: Betrachtet man die übrigen Items des Fragebogens, so bezieht sich das Item 67 (Bei der Musiktherapie gab es ein oder mehrere Instrumente, die für mich eine wichtige Bedeutung hatten.) ebenfalls auf Musikinstrumente. Dass dieses auf keinem der Faktoren hoch lädt, mag seine Ursache darin haben, dass etwa ein Drittel der Patienten die Frage nicht von 1–5 bewerteten, da im Vorhinein ein Freitext auszufüllen war.

Somit kann ein eindeutig spezifischer Faktor benannt werden. Der eigene aktive Anteil an der Musiktherapie und damit verbunden die Symbolik der Musikinstrumente scheint einen ganz besonderen Teil der Wirkung einzunehmen.

Außerdem mag dieser positive Effekt des aktiven Musizierens auch darauf begründet sein, dass der Patient sich nicht mehr allein fühlt. Er kann in dem Musikinstrument und der Betätigung desselben einen Partner finden. Mit diesem zusammen bekommt er möglicherweise eine Bestärkung seines Selbst. Damit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Patient mehr oder früher authentisch zeigen kann.

Zusammenschau der Faktoren

Die vier Faktoren fügen sich zu einem Bild zusammen, das jedoch nur 46 % der Varianz aufklärt. Die sich bereits abbildenden vier Aspekte sind in ihrer Plausibilität hoch. Die Musik, das aktive Musizieren, die duale Beziehung und die multiple

Beziehung zeichnen wichtige Prozesse nach, die in der Musiktherapie stattfinden. Bewusstes wie Unbewusstes, Aktives wie Passives, Einzelnes wie Duales und Multiples, Verbales wie Nonverbales werden durch die vier Faktoren anschaulich und plakativ beschrieben.

4.2.2 Ad 1.2 Zeigen sich bei diesen ermittelten Faktoren Unterschiede zu der Faktorenlösung aus der Wiener Studie?

Die Ergebnisse der Faktorenanalysen der katamnestischen Erhebung Danners an psychosomatischen Patienten in einer psychiatrischen Klinik und der vorliegenden prospektiven Erhebung mit psychosomatischen Patienten an zwei unterschiedlichen psychosomatischen Kliniken kurz vor Ende der Therapie zeigen Unterschiede auf. Danners Faktoren können nicht bestätigt werden, dafür werden andere Faktoren entwickelt, die in sich plausibel sind. Zur Erinnerung erneut die Faktoren Danners:

1. Ausdruck, Darstellung, Kommunikation mittels Musik
2. Funktion der Gruppe per se
3. aktives musikalisches Beziehungsangebot der Musiktherapeutin
4. musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation
5. wertschätzendes Verhalten der Musiktherapeutin

und die

Faktoren Schroeders:

1. positive Funktionen von Musik
2. positive Funktion der Patienten-Therapeut-Beziehung
3. positive Funktion der Gruppe
4. positive Funktion des aktiven Musizierens

Danner extrahierte bei einer Varianzaufklärung von 60 % fünf Faktoren. Wir konnten bei einer Varianzaufklärung von 46 % vier Faktoren extrahieren.

Die niedrigere Varianzaufklärung in dieser Studie kann eventuell durch den fast kompletten Rücklauf der Fragebögen erklärt werden, der bei Danner nicht gegeben war. Es ist anzunehmen, dass durch freiwilliges Retournieren des Fragebogens in Wien eine Selektion der Kohorte entstand, die jedoch der Gesamtgruppe nicht

entsprechen muss. Zudem handelt es sich in der Erhebung in Wien um ein katamnestisches Verfahren, welches die Therapie bis zu zwei Jahre rückblickend betrachtet und bei dem im Gegensatz zur prospektiven Studie in Ulm/Stuttgart Erinnerungseffekte und auch eine geringe Differenzierung der Erinnerungen zu vermuten sind.

Zudem unterscheiden sich die Hauptdiagnosen deutlich. In Wien machten Essstörungen mit 56,4 % einen Großteil der Hauptdiagnosen aus, in Ulm/Stuttgart dagegen nur 10 %. Hier machten mit 35 % mittelgradige depressive Episoden den Großteil der Hauptdiagnosen aus, in Wien war bei 22,5 % der Patienten Depression angegeben. Insgesamt zeigt sich in dieser Studie ein etwas homogeneres Verteilungsmuster mit 37 % affektiven Störungen, 9 % Essstörungen, 17 % Persönlichkeitsstörungen, 28 % neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, hingegen in Wien 56 % Essstörungen, Depression 22,5 %, Angst- und Belastungsstörungen 7 %.

Bezüglich des Alters sind die Patienten in Ulm/Stuttgart im Mittelwert 36 Jahre, am stärksten vertreten sind die 18- bis 30-Jährigen, in Wien waren diese im Mittelwert 32 Jahre und die meisten zwischen 20 und 30 Jahren. Hier zeigt sich ein vergleichbares Alter. Insgesamt können somit neben dem unterschiedlichen Erhebungszeitpunkt auch Stichprobeneffekte die verschiedenen Faktorenlösungen begründen.

Positive Funktionen von Musik

Im Faktor positive Funktionen von Musik gleichen 4 der 20 Items denen, die bei Danner im Faktor Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik⁹ hoch luden. Drei der Items aus Danners Faktor musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation¹⁰ laden hier im ersten Faktor hoch und ein Item¹¹ aus dem Faktor aktives musikalisches Beziehungsangebot der Musiktherapeutin Danners findet sich im ersten Faktor wieder. Erwähnenswert ist,

⁹ **Item 69:** Mithilfe der Musik konnte ich Themen oder Probleme, die mich beschäftigten, gezielt bearbeiten. **Item 57:** Ich fand die Musiktherapie wertvoll und für jeden empfehlenswert. **Item 64:** Die Musik war für mich genauso wichtig wie das Gespräch. **Item 70:** Durch die Musik konnte ich Themen oder Probleme, die mich beschäftigten, gezielt bearbeiten. **Item 71:** Durch die Musik wurde ich in meiner Seele sehr berührt und erschüttert und konnte z. B. weinen, explodieren oder laut sein.

Item 62: Die Musik hat bei mir Gefühle ausgelöst und angesprochen (...). **Item 53:** In der Musiktherapie habe ich frühere Empfindungen (...) wiedererlebt.

¹¹ **Item 46:** In der Musiktherapie habe ich gelernt, einiges besser zu ertragen, z. B. unangenehme und ungewisse Zustände, Stille, Lärm oder andere Meinungen.

dass sich nur Items aus spezifischen Faktoren Danners im ersten Faktor wiederfinden. Dennoch zeigt sich, dass der erste Faktor, der hier extrahiert wurde, keinem der Faktoren Danners ähnelt. Er setzt sich aus verschiedenen Items zusammen, die bei Danner zum Teil gar nicht oder in anderen Faktoren laden. Daher erwies es sich als sinnvoll, diesem ersten Faktor eine andere Überschrift zuzuordnen als es Danner tat. Festzuhalten ist jedoch, dass es sich dabei auch um einen für die Musiktherapie spezifischen Faktor handelt.

Positive Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung

Betrachtet man den zweiten Faktor „positive Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung“ fällt auf, dass vier von sieben Items den Faktoren der dualen Beziehung Danners zuzuordnen sind.

Es wird sowohl spezifisch das aktive musikalische Beziehungsangebot der Musiktherapeutin¹² hervorgehoben als auch unspezifisch das wertschätzende Verhalten der Musiktherapeutin¹³. Hier zeigt sich, dass bei unserer Studie die Angebote der Musiktherapeutin – anders als bei Danner – nicht in getrennten Faktoren laden. Die Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten scheint in sich geschlossen zu sein. Der Patient nimmt die Beziehung zur Musiktherapeutin in ihrer Ganzheit wahr.

Über die Ursachen der unterschiedlichen Wahrnehmung gegenüber Musiktherapeuten, kann man nur spekulieren. Möglicherweise könnte der Befragungszeitpunkt eine Rolle spielen. Die Patienten in Wien schauen mit einem gewissen Abstand auf das Erleben in der Therapie zurück. Gegebenenfalls kommt so in der Rückschau ein differenzierteres Bild des Verhaltens der Musiktherapeuten zustande. Dieses muss deshalb jedoch nicht stärker der Realität entsprechen – im Gegenteil. Der Effekt der Therapie erfolgt zunächst unmittelbar und kann daher auch unmittelbar – also noch in der Therapie – bewertet werden.

¹²**Item 40:** Die therapeutische Erfahrung der Musiktherapeutin war sehr groß. **Item 23:** Im Großen und Ganzen hatte ich das Gefühl, dass mich die Musiktherapeutin voll und ganz verstand.

¹³**Item 34:** Ich hatte das Gefühl, dass die Musiktherapeutin aufrichtig daran interessiert war, mir zu helfen.
Item 35: Ich bin davon überzeugt, dass mich die Musiktherapeutin als Person achtete.

Positive Funktion der Gruppe

Bei dem dritten Faktor „positive Funktion der Gruppe“ sind vier von sieben Items dem Faktor Danners Funktion der Gruppe per se zuzuordnen. Ein Item ist bei Danner dem Faktor „musiktherapeutisches Durcharbeiten und Möglichkeit zur musiktherapeutischen Transformation“ und eines dem Faktor „aktives musikalisches Beziehungsangebot der Musiktherapeutin“ zugeordnet. Zwei Items luden bei Danner auf keinem der Faktoren hoch. Es ist ein ähnlicher Faktor zu dem der Funktion der Gruppe per se Danners entstanden.

Positive Funktion des aktiven Musizierens

Die Komponente des aktiven Musizierens ist als Faktor bei Danner nicht zu finden. Obwohl zwei der drei Items dem Faktor „Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik“ entstammen, scheint diese Bezeichnung in diesem Fall nicht zuzutreffen. Das andere Item stammt von Strobel und bezieht sich auf das Spiel auf Musikinstrumenten. Es extrahiert sich ein neuer Faktor, der bei Danner in dieser Form nicht extrahiert werden konnte.

In diesem Faktor scheint ein zusätzlicher Aspekt zu Ausdruck, Darstellung und Kommunikation mittels Musik zu bestehen. Es liegt ein Schwerpunkt auf der Rolle der Musikinstrumente und dem Bereich des aktiven Musizierens.

Zusammenschau

Insgesamt zeigen sich in den Ergebnissen der Faktorenanalyse nach Replikation des Fragebogens andere Wirkfaktoren. Dabei fällt auf, dass sich die unspezifischen Faktoren weniger unterscheiden als die spezifischen. Dieses mag damit zusammenhängen, dass die unspezifischen bereits in anderen Psychotherapieformen detaillierter erforscht wurden, weshalb sie womöglich genauer als Items formuliert werden konnten. Die spezifisch musiktherapeutischen Aspekte gründeten sich auf Vermutungen und nicht auf empirische Bestätigungen. Je mehr empirische Studien gemacht werden, desto feiner wird es gelingen, die Spezifika der Musiktherapie zu ergründen.

Zudem ist zu beachten, dass es sich in Wien um eine katamnestische Studie, in Ulm/Stuttgart um eine prospektive Studie handelt, sich die Probandenanzahl deutlich unterscheidet und die Patienten bezüglich der Hauptdiagnosen in Ulm/Stuttgart homogener sind.

4.2.3 Einfluss externer Variablen auf das Erleben der Musiktherapie

Im folgenden Abschnitt der Diskussion werden die Ergebnisse der Tests auf Unterschiede genauer betrachtet. Eine mögliche Schlussfolgerung soll die Diskussion abschließen.

Patienten aus Ulm/Patienten aus Stuttgart

Beim Vergleich der Stichproben Ulm und Stuttgart anhand der Skalen der Faktoren stellt man fest, dass es einen signifikanten Unterschied bezüglich der positiven Funktion der Patient-Therapeut-Beziehung (Faktor zwei) gibt.

Es wurde bereits festgestellt, dass einige Unterschiede zwischen den Kliniken Ulm und Stuttgart bestehen. Zur Erinnerung seien genannt:

- teilstationär vs. vollstationär
- zwei vs. eine Musiktherapeutin
- eine Gruppe, die in allen Therapieformen gleich zusammengesetzt ist vs. eine Gruppe, die nur in der Musiktherapie zusammen besteht.

In der Studie von Knab und De Fillipo über die spezifischen Wirkfaktoren tagesklinischer und stationärer psychosomatischer Behandlung kamen diese zu dem Ergebnis, dass aus subjektiver Sicht der Patienten durchaus Unterschiede zwischen diesen beiden Behandlungsformen existieren:

„Während für die Patienten der Tagesklinik (...) die erworbenen Fertigkeiten und die Gruppentherapie im Vordergrund stehen, wird im stationären Bereich mehr das Verhältnis zum Personal der Einrichtung, das heißt zum Pflorgeteam und den Einzeltherapeuten, betont“ (Knab 2007).

Ein möglicher Punkt für unsere Unterscheidung könnte daher darin bestehen, dass die Unterschiede in der Patient-Therapeut-Beziehung zwischen Ulm und Stuttgart im Setting zu sehen sind.

Die Richtung des signifikanten Unterschiedes zeigt sich zur teilstationären Einrichtung, was unterschiedliche Gründe haben kann und den Erkenntnissen von Knab und De Fillipo nicht widersprechen muss.

Laienmusiker/Nichtmusiker

Zwischen den Patienten, die vor der Therapie ein Musikinstrument erlernt hatten oder sich gesanglich engagierten, und denen, die dieses nicht taten, bestehen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der extrahierten Faktoren.

Im Folgenden wird die Gruppe der Instrumentalmusiker detaillierter auf bestimmte Parameter untersucht. Die Ursachen für die Signifikanz der Faktoren kann nur explorativ erörtert werden, Literatur liegt hierzu nicht vor.

Musizierende mit oder ohne Freude am Instrumentalunterricht

Bei den Stichproben handelt es sich um ähnliche große Musikerzahlen. Die Kohorten unterscheiden sich im Faktor der positiven Funktion der Gruppe.

Die Erklärung für diese Unterscheidung könnte darin bestehen, dass der Faktor der Gruppe ein neues Element zum bekannten Instrumentalunterricht darstellt, in dem alle anderen Faktoren bereits bekannt sind. Möglicherweise wurde bei Musizierenden mit Freude am Instrumentalunterricht dieser als eine Ganzheit erfahren, die Freude gemacht hatte. Die Gruppe als neuer Aspekt sticht für diese Patienten nun besonders heraus.

Musizierende mit einem guten oder schlechten Verhältnis zum Instrumentallehrer

Es zeigen sich keine Unterschiede in den Wirkfaktoren hinsichtlich der Musizierenden, die ein gutes Verhältnis zum Instrumentallehrer hatten, zu denen die dieses nicht hatten. Eine Parallele zur Patient-Therapeut-Beziehung, die man vermuten könnte, besteht nicht.

Musizierende mit hohen oder niedrigen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht

Die Stichprobe unterscheidet sich stark in ihrer Größe, weshalb die Ergebnisse nur explorativ interpretiert werden können.

Die Musizierenden mit hohen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht werten die spezifischen Faktoren der positiven Funktion der Musik sowie der

positiven Funktionen des aktiven Musizierens positiver als die mit niedrigen Anforderungen.

Der erste Faktor setzt sich vor allem aus Items zusammen, die einem Konzept von Leistungsanforderungen widersprechen. Laut Fak/Schmidtmayer (1996) ist eine neue Leistungsfreiheit, wie sie im Rahmen der Musiktherapie angewendet wird, bei Kindern mit musikalischer Sozialisation oft blockierend. Die Musikinstrumente, die in der Musiktherapie angeboten werden, entsprechen nicht den aus dem Instrumentalunterricht mit hoher Leistungsanforderung gängigen.

Vielleicht braucht es aber auch eine gewisse Leistungsanforderung, damit Kinder musizieren lernen und das später positiv umsetzen können. Hier bedarf es weiterer Forschung.

Patienten mit oder ohne positive Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit

Abermals ist zu Beginn zu bemerken, dass sich in diesem Fall die Stichproben stark in ihrer Größe unterscheiden. Daraus folgt, dass die Ergebnisse nur sehr explorativ interpretiert werden können.

Ein signifikanter Unterschied ergibt sich hinsichtlich der Patient-Therapeut-Beziehung. Es lässt vermuten, dass Mutter oder Vater pränatal oder während der frühen Kindheit durch Musik eine Bindung zu dem Kind aufnimmt. Diese duale Bindung wird durch das Setting reaktiviert. Hier kann nun im therapeutischen Setting unterstützend oder korrigierend angesetzt werden.

Schwaiblmair (2008) beschreibt auf Grundlage von Papousek, Stern und Threvatren eine Parallele zwischen Mutter und Kind und Kommunikation in der Musiktherapie. Schmidt et al. (2004) betonen die Objektbeziehungstheorie durch eine konstante intrauterine Klangwelt als Konstanz- und strukturgebend.

In der Literatur ist als Musik in der Pränatalzeit meist die intrauterine Klangwelt des Kindes durch den Herzschlag, die Stimme der Mutter oder das Schwingen des Zwerchfells gemeint. Durch die Items, die wir abfragten, wurde jedoch die Musik mit Musikinstrumenten oder Stimme impliziert.

Dennoch ist in der Literatur bereits eine Bindung zum Kind durch eine Art von Musik beschrieben. Inwiefern genau Schlaflieder oder pränatales Musizieren der Mutter Einfluss auf die Beziehung zwischen Patient und Therapeutin in der Musiktherapie haben könnte, lässt sich durch dieses Ergebnis jedoch vermuten.

Patienten mit oder ohne Expression von Emotionen vor der Musiktherapie

Abermals ist zu Beginn zu bemerken, dass sich in diesem Fall die Stichproben stark in ihrer Größe unterscheiden. Daraus folgt, dass die Ergebnisse nur sehr explorativ interpretiert werden können.

Es ist zu erkennen, dass die Patienten, die bereits vor der Musiktherapie ihre Gefühle anhand von Musik ausdrückten, in den Faktoren eins und vier einen signifikanten Unterschied aufweisen.

Über den Grund hierfür können wir nur spekulieren, da es in der Literatur hierzu keine Angaben gibt.

Die Hypothese ist, dass die Patienten vor der Musiktherapie ihre Gefühle mit Musik ausdrückten, ohne dadurch in Beziehung zu anderen zu treten. Sie sind mit Musik und aktivem Musizieren bereits vertraut und gewohnt ihre Emotionen so auszudrücken. Patienten, die dieses nicht taten, ist diese Art der Bewältigung der Affekte neu und daher unterscheiden sie sich von der anderen Gruppe. In Beziehung zu treten, entweder zur Gruppe oder zur Therapeutin innerhalb eines musikalischen Umfeldes, ist somit für alle neu.

Patienten mit oder ohne Expression von Emotionen nach der Musiktherapie

In dieser Untergruppierung finden sich ähnlich viele Patienten, die nach der Musiktherapie ihre Gefühle anhand von Musik ausdrücken wollen, wie diejenigen, die das nicht möchten.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich in allen Faktoren. Dies führt zu dem Schluss, dass der Teil der Wirkfaktoren in der Musiktherapie, der von uns in den vier Faktoren abgebildet wurde, nach der Musiktherapie in sich stimmig ist. Die Ressource, die die Patienten auf ihren Weg mitbekamen, wird als Ganzheit wahrgenommen, sowohl im Spezifischen wie im Unspezifischen.

Zusammenfassung der Ergebnisse des Tests auf Unterschiede und Ausblick

Insgesamt ist deutlich hervorzuheben, dass die Ergebnisse aufgrund der niedrigen Patientenzahlen, der vielen durchgeführten Signifikanztests und bisher fehlender Literatur explorativ zu werten sind.

Aufgrund der widersprüchlichen Ergebnisse sollte weiter an dem WIMU-G Fragebogen gearbeitet und dieser faktorenanalytisch überprüft werden. Auch der Einfluss der vorausgehenden Umstände wie bisherige Erfahrungen mit Musik,

Musik in Schwangerschaft und Kindheit sollte weiter beforscht werden, um die bisher exploratorisch gewonnenen Ergebnisse auf eine breitere Basis zu stellen.

5 Zusammenfassung

Die Zielsetzung der vorliegenden Studie war es zum einen, die Faktorenstruktur des Fragebogens WIMU-G zu überprüfen und mit den Ergebnissen einer vorherigen Wiener Studie zu vergleichen. Zum anderen sollte geprüft werden, ob Unterschiede zwischen den aus der Faktorenanalyse entwickelten Skalen bestehen hinsichtlich teilstationären und stationär behandelten Patienten, Laienmusikern und Nichtmusikern, Patienten mit oder ohne Freude am Instrumentalunterricht, mit einem guten oder einem schlechten Verhältnis zum Instrumentallehrer, mit hohen oder niedrigen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht, mit oder ohne positive Musikaffinität pränatal und während der frühen Kindheit, Patienten, die bereits vor der Musiktherapie Emotionen mit Musik ausdrückten und denen die dieses nicht taten, sowie Patienten mit oder ohne Expression von Emotionen nach der Musiktherapie.

Hierzu wurde der Fragebogen von insgesamt 184 Patienten der Psychosomatik der Universität Ulm sowie der Sonnenbergklinik in Stuttgart am Ende ihrer tagesklinischen oder stationären Behandlung ausgefüllt.

Die Faktorenanalyse geschah mithilfe der Hauptachsenanalyse und der Varimaxrotation. Bezüglich der Erforschung der Variablen vor der Musiktherapie wurden anhand der Faktoren Skalen gebildet, die mittels Mann-Whitney U-Test verglichen wurden.

Es konnten anhand der Faktorenanalyse mit einer Varianzaufklärung von 46 % vier Wirkfaktoren berechnet werden:

1. positive Funktionen von Musik
2. positive Funktion der Patienten-Therapeut-Beziehung
3. positive Funktion der Gruppe
4. positive Funktion des aktiven Musizierens

Im Vergleich zu der vorherigen Studie an Patienten einer Wiener Klinik zeigten sich vier statt fünf Faktoren, die in sich sehr plausibel sind. Weiterhin stammen diese neuen Ergebnisse von einer Erhebung am Therapieende, während die Wiener Studie (n=71) die Daten im Rahmen einer Katamneseuntersuchung erhob.

Hinsichtlich der Musiktherapie beeinflussenden Variablen fand sich, dass teilstationäre Patienten sowie Patienten mit positiver Musikaffinität pränatal und

während der frühen Kindheit im Faktor zwei (Patient-Therapeut-Beziehung) positivere Werte zeigten als die jeweilige Vergleichsgruppe. Laienmusiker mit Freude am Instrumentalunterricht berichteten über positivere Werte im Faktor der positiven Funktion der Gruppe. Laienmusiker mit hohen Leistungsanforderungen im Instrumentalunterricht sowie Patienten mit Musikaffinität vor der Musiktherapie zeigten positivere Werte in den Faktoren „positive Funktionen von Musik“ und „positive Funktion des aktiven Musizierens“. In allen Faktoren zeigten die Patienten mit Expression von Emotionen nach der Musiktherapie positivere Werte als die ohne. Diese Ergebnisse sind explorativ zu werten, da es sich teilweise um kleine Fallzahlen handelt.

Die Faktoren, die sich in der vorliegenden Studie extrahieren ließen, unterscheiden sich zu denen, die in der Studie in Wien gefunden worden waren. Ursächlich hierfür sehen wir die größere Stichprobenzahl mit fast vollständigem Rücklauf, die Prospektivität sowie die homogenere Stichprobe bezüglich der Hauptdiagnosen. Die externen Variablen bezüglich des Einflusses auf das Erleben der Musiktherapie zeigten Signifikanzen auf, die weiterer Forschung dienen können. Insgesamt ist es gelungen, erneut sowohl spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie zu benennen und Variablen in Bezug auf das Erleben der Musiktherapie darzustellen.

6 Literaturverzeichnis

1. Ae-Na C, Myeong SL, Hyun-Ja L: Effects of Group Music Intervention on Depression, Anxiety, and Relationships in Psychiatric Patients: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 14: 567–570 (2008)
2. Ahmadi M: Music and HIV/AIDS Communities, Perceptions, Expectations, Implications for Music Therapy. Dissertation in Music Therapy in the Faculty of Humanities, University of Pretoria (2005)
3. Amir D: Research in Music Therapy: Quantitative or Qualitative? *Nordic Journal of Music Therapy* 2: 3–10 (1993)
4. Argstatter H, Hillecke TK, Bradt J, Dileo C: Der Stand der Wirksamkeitsforschung – ein systematisches Review musiktherapeutischer Meta-Analysen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 28: 39–61 (2007)
5. Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R: Faktorenanalyse. In: *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. 11. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 260–336 (2005)
6. Baumann M: Wo steht die Musiktherapie in der Neurorehabilitation? *Musiktherapeutische Umschau* 25: 45–56 (2004)
7. Bednarz LF, Nikkel B: The Role of Music Therapy Treatment of Young Adults Diagnosed with Mental Illness and Substance Abuse. *Music Therapy Perspectives* 10: 21–26 (1992)
8. Behrens GA: Musiktherapie zur Behandlung von traumatischem Stress. *Zu Theorie und Forschung. Musiktherapeutische Umschau* 32: 384–393 (2011)

9. Bohnert K: Meaningful Musical Experience and the treatment of an Individual in Psychosis: A Case Study. *Music Therapy Perspectives* 17: 69–73 (1999)
10. Bolay V, Bernius V (Hrsg), Schuhmacher K: Musiktherapie mit autistischen Kindern. *Praxis der Musiktherapie*, Gustav Fischer, Stuttgart Jena New York, S. 101–108 (1994)
11. Bortz J, Lienert GA, Barskova T, Leitner K, Oesterreich R: Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben, 3. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg, S. 140–150 (2008)
12. Bracke I: Musiktherapie im Rahmen der Kinderonkologie. In: Fitzthum E, Oberegelsbacher D, Storz D: *Wiener Beiträge zur Musiktherapie Weltkongresse Wien Hamburg 1996*. Edition Praesens, Wien, S. 166–182 (1997)
13. Bruhn H, Kopiez R, Lehmann AC (Hrsg): *Enzyklopädie der Psychologie, Spezielle Musikpsychologie 2*, 2. Aufl., Rowohlt, Reinbek, S. 629 (2008)
14. Bruhn H, Kopiez, R, Lehmann AC (Hrsg): *Enzyklopädie der Psychologie, Spezielle Musikpsychologie 2*, 2. Aufl., Rowohlt, Reinbek, S. 625 (2008)
15. Büchele R: Impulskontrolle oder die Lust an Grenzen. Die Rhythmikgruppe als Therapieangebot für hyperaktive Kinder. *Musiktherapeutische Umschau* 19: 190–194 (1998)
16. Busch V: Potenzial von Musiktherapie in der Behandlung von Depression aus musikpsychologischer Sicht. *Musiktherapeutische Umschau* 35: 102–111 (2014)

17. Danner B, Oberegelsbacher D: Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie, Nervenheilkunde 20: 434–441 (2001)
18. De Filippo SM: Spezifische Wirkfaktoren stationärer psychosomatischer Behandlung – eine qualitative Inhaltsanalyse. Medizinische Dissertation am Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2007)
19. Eschen JT: Aktive Musiktherapie. In: Lexikon Musiktherapie, Decker-Voigt H-H, Knill PJ, Weymann E (Hrsg), 2. Aufl., Hogrefe, Göttingen Bern Wien, S. 9–11 (2009)
20. de l' Etoile SK: The effectiveness of music therapy in group psychotherapy for adults with mental illness. The Arts in Psychotherapy 29: 69–78 (2002)
21. Evers-Grewe B, Haase U, Haesner U, Haffa-Schmidt U, Heidemann J, Landes G, Neuhäusel R, Nothold C, Schmid G, Trikojat-Klein S, Vogt M, Wolfram I:
http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/medien/pdf/Kasseler_Thesen_zur_Musiktherapie.pdf (29.12.2015)
22. Fegert JM: Wozu braucht man Musiktherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie? Musiktherapeutische Umschau 25: 338–343 (2004)
23. Finke J, Teusch L: Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. Psychotherapie im Dialog 5: 356–362 (2004)
24. Fitzthum E: Wiener Schule der Musiktherapie. In: Lexikon Musiktherapie, Decker-Voigt H-H, Knill PJ, Weymann E (Hrsg), 2. Aufl., Hogrefe, Göttingen Bern Wien, S. 558–561 (2009)

25. Frohne-Hagemann I: Rezeptive Musiktherapie. In: Lexikon Musiktherapie, Decker-Voigt H-H, Knill PJ, Weymann E (Hrsg), 2. Aufl., Hogrefe, Göttingen Bern Wien, S. 411–415 (2009)
26. Generotzky C: Der Platz der Musiktherapie in der Traumatherapie. Musiktherapeutische Umschau 29: 366–367 (2008)
27. Gerber D, Haag G: Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Psychosomatik. In: Zimmer D (Hrsg): Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung. Edition Psychologie, Weinheim Basel, S. 189–198 (1983)
28. Gold C, Voracek M, Wigram T: Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry 45: 1054–1063 (2004)
29. Gold C, Wigram T, Voracek M: Predictors of change in music therapy with children and adolescents: The role of therapeutic techniques. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice 80: 577–589 (2007)
30. Goldberg FG, McNiel DE, Binder RL: Therapeutic factors in two forms of inpatient group psychotherapy: music therapy and verbal therapy. Group: Journal of the Eastern Group Psychotherapy Association 12: 145–156 (1988)
31. Gustorff D: Lieder ohne Worte. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Musiktherapeutische Umschau 21: 377–382 (2000)
32. Gutzmann H: Aktuelle Therapieoptionen bei Demenz. Neurodegenerative Erkrankungen. DNP–Der Neurologe und Psychiater 15: 54–63 (2014)
33. Haslbeck F: Musiktherapie mit Frühgeborenen und ihren Eltern – Ansätze, Empirie und Erfordernisse. Musiktherapeutische Umschau 30: 311–321 (2009)

34. Herzog W, Köpp W, Deter C: Anorexia nervosa. In: Leitfaden psychosomatische Medizin und Psychotherapie, orientiert an den Weiterbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer, Janssen PL, Joraschky P, Tress W, Deutscher Ärzteverlag, Köln, S. 367–369 (2005)
35. Hillecke TK, Nickel A, Bolay HV: Scientific Perspectives on Music Therapy, *Annals of New York Academic Science* 1060: 1–12 (2005)
36. Hillecke TK, Wilker F-W: Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 28: 62–85 (2007)
37. Hilliard RE: Music Therapy in Hospice and Palliative Care: A Review of the Empirical Data, *Evidence Based Complement Alternative Medicine* 2: 173–178 (2005)
38. Hohensee C: Entwicklung eines Anamnesebogens zur Erfassung musikbiographischer Daten von Demenzerkrankten. Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fachbereich Sozialpädagogik, Diplomarbeit (2004)
39. Just M: Musiktherapie und Basale Stimulation in der Frührehabilitation. Untersuchungen von Kombinationsmöglichkeiten anhand einer Einzelfallstudie mit einem Locked-In Patienten. *Musiktherapeutische Umschau* 36: 119–125 (2015)
40. Kächele H, Wolfsteller H, Hössle I: Psychotherapie im Rückblick. Patienten kommentieren ihre Behandlung. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik* 30: 309–317 (1985)
41. Karasu TB: The Specifity Versus Nonspecifity Dilemma: Toward Identifying Therapeutic Change Agents. *Am J Psychiatry* 143: 687–695 (1986)
42. Karpen U: Musiktherapie in der Bundesrepublik Deutschland: Außenbetrachtungen über Praxis, Forschung und Lehre. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 1: 140–150 (2007)

43. Kehl F: Was wirkt in der Musiktherapie? Theoretische Ansätze – Erfahrungen – Praxisbeispiele. Vortrag zum Jour Fixe des ÖBM (1999)
44. Knab K: Spezifische Wirkfaktoren tagesklinischer psychosomatischer Behandlung – eine qualitative Inhaltsanalyse. Medizinische Dissertation am Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2007)
45. Koelsch S, Fritz T: Neuronale Korrelate der Musikverarbeitung, Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 1: 23–38 (2007)
46. Landsiedel-Anders S: Musiktherapie bei Demenzerkrankungen – eine klinisch-experimentelle Studie im Rahmen einer Gedächtnissprechstunde, unveröffentlichte Diplomarbeit Psychologie, Frankfurt/Main (2000)
47. Lazaroff I, Shimshoni R: Effects of Medical Resonance Therapy Music on patients with psoriasis and neurodermitis – a pilot study. Integrative Physiological and Behavioral Science 35: 189–198 (2000)
48. Lutz-Hochreutener CS: Fragmente einer Beziehung. Musiktherapie mit einem mutistischen Mädchen. Musiktherapeutische Umschau 19: 185–189 (1998)
49. Mastnak W: Musiktherapie in der Kardiologie. Probleme, Applikationen, Perspektiven. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 25: 9–25 (2014)
50. Mayr B: Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren der Musiktherapie – katamnestische Erhebung an psychosomatischen Patienten einer psychiatrischen Klinik. Diplomarbeit im Rahmen des Kurzstudiums Musiktherapie an der Universität für Musik und darstellende Kunst, Wien (2001)

51. Merten J: Die spezifische Wirksamkeit der therapeutischen Beziehung. In: Nissen G: Affekt und Interaktion. Neue Aspekte zur Genese und Therapie psychischer Störungen, Kohlhammer, Stuttgart, S. 71–79 (2003)
52. Metzner S: Musiktherapie bei Depression: Forschungsergebnisse aus klinischer Sicht. Musiktherapeutische Umschau 35: 16–27 (2014)
53. Mössler K: Beziehungsaufbau mit minimally responsive patients – Musiktherapie in der Frührehabilitation mit Kindern. Vortrag zum Jour Fixe des ÖBM (2003)
54. Nickel AK: Effektivität von Musiktherapie bei Kindern mit Migräne. Unveröffentlichte Diplomarbeit Musiktherapie, Heidelberg (2000)
55. Niebler M, Heine S: Bulimie. Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 15: 77–78 (2004)
56. Oberegelsbacher D: Definition. In: Decker-Voigt H-H, Oberegelsbacher D, Timmermann T: Lehrbuch Musiktherapie, 2. Aufl., Reinhardt, S. 18–20 (2008)
57. Oberegelsbacher D: Musiktherapeutisches Improvisieren als Mittel der Verdeutlichung in der Psychotherapie. In: Fitzthum E, Oberegelsbacher D, Storz D: Wiener Beiträge zur Musiktherapie Weltkongresse Wien Hamburg 1996. Edition Praesens, Wien, S. 42–66 (1997)
58. Pesek U: Musiktherapiewirkung – eine Meta-Analyse. Musiktherapeutische Umschau 28: 110–135 (2007)
59. Rose JP, Brandt K, Weis J: Musiktherapie in der Onkologie. Eine kritische Analyse zum Stand der Forschung. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 54: 457–470 (2004)
60. Schmidt HU, Kächele H: Musiktherapie in der Psychosomatik. Entwicklung und aktueller Stand. Psychotherapeut 54: 6–16 (2009)

61. Schmidt HU, Lamparter U, Deneke F-W: Die pränatale akustische Wahrnehmung. Musiktherapeutische Umschau 25: 27–34 (2004)
62. Schwabe C: Aktive Gruppenmusiktherapie für erwachsene Patienten. Crossener Schriften zur Musiktherapie Band IV: 44–45 (1997)
63. Seidl M: Musiktherapie mit Multiple-Sklerose-Erkrankten. Ein Beitrag zur Krankheitsverarbeitung. Vortrag zum Jour Fixe des ÖBM (2004)
64. Smeijsters, H: Grundlagen der Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen Bern Wien, S. 18–22 (1999)
65. Spitzer M: Wer fühlen will, muss hören: Emotionen und Musik in der Forschung. Nervenheilkunde 20: 422–427 (2001)
66. Stegemann T, Schmidt HU: Musiktherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen – eine Übersicht. In: Bernatzky G, Kreutz G: Musik und Medizin. Chancen für Therapie, Prävention und Bildung. Springer, Wien, S. 155–176 (2015)
67. Strobel W: Von der Musiktherapie zur Musikpsychotherapie. Musiktherapeutische Umschau 11: 313–338 (1990)
68. Strupp HH, Hadley SW: Specific vs Nonspecific Factors in Psychotherapy. Arch Gen Psychiatry 36: 1125–1136 (1979)
69. Strupp HH, Wallach MS, Wogan M: Psychotherapy experience in retrospect: Questionnaire survey of former patients and their therapists. Psychological Monographs: General and Applied 78: 1–45 (1964)
70. Thaut MH, Nickel AK, Hömberg V: Neurologische Musiktherapie. Übersicht zum wissenschaftlichen Hintergrund und zur klinischen Methodik. Musiktherapeutische Umschau 25: 35–44 (2004)

71. Timmermann T: Das Wort in der Musiktherapie. In: Decker-Voigt H-H, Oberegelsbacher D, Timmermann T: Lehrbuch Musiktherapie, Reinhardt, S. 73–78 (2008)
72. Timmermann T: Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie, Bausteine für eine Lehre. Reichert, Wiesbaden, S. 65–66 (2004)
73. Timmermann T, Oberegelsbacher D: Praxisfelder und Indikation. In: Decker-Voigt H-H, Oberegelsbacher D, Timmermann T: Lehrbuch Musiktherapie, Reinhardt, München, S. 21–26 (2008)
74. Tschuschke V: Fragen und Ergebnisse der Prozessforschung in der Psychotherapie – Perspektiven für die Musiktherapieforschung. In: Bolay H V: Grundlagen zur Musiktherapieforschung. Heidelberger Schriften zur Musiktherapie Band 8, Fischer, Stuttgart, S. 28–44 (1996)
75. Tucek G, Simon P, Zoderer I, Sobotka M, Wenzel C: Musiktherapie: Musik und Gesang bei Komapatienten. In: Musik und Medizin. Chancen für Therapie, Prävention und Bildung. Springer, Wien, S. 177–188 (2015)
76. Verres R: Musiktherapie: Eine Atmosphäre von Lebensfreude. Bericht über den 10. Weltkongress für Musiktherapie in Oxford. Deutsches Ärzteblatt 10: A 720 (2003)
77. Vögtle B: Über den Einfluss von Musik auf das ungeborene Kind. Pränatalpsychologische Befunde zur lebensgeschichtlichen Bedeutung vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrung. Deutsche Hebammen Zeitschrift 11: 509–514 (1996)
78. Wagner C: Freiberufliche ambulante Musiktherapie, Rechtsgrundlagen & Berufspraxis. Diplomarbeit Fachhochschule Heidelberg, Fachbereich Musiktherapie (2003)
79. Warne B: Musiktherapie als Gruppenpsychotherapie mit an Demenz erkrankten Menschen – Darstellung relevanter Interventionstechniken, Musiktherapeutische Umschau 28: 329–339 (2007)

80. Warth M, Keßler J, Hillecke TK, Bardenheuer HJ: Musiktherapie in der Palliativmedizin. Eine randomisiert kontrollierte Studie zur Beurteilung entspannungsfördernder Effekte, Deutsches Ärzteblatt 112: 788–794 (2015)
81. Weiß R: Trauma und Musiktherapie – Ansätze und Wege in der (musik)therapeutischen Behandlung psychisch traumatisierter Menschen. Diplomarbeit zum Abschluss des Ergänzungsstudienganges Musiktherapie am Institut Musiktherapie der Universität der Künste, Berlin (2005)
82. Wiesmüller E: Angst ist die Sehnsucht, nicht verletzt zu werden – Musiktherapeutische Wege aus Angst und Depression mit traumatisierten Frauen anderer Kulturkreise. Vortrag zum Jour Fixe des ÖBM (2007)
83. Wormit AF, Bardenheuer HJ, Bolay HV: Aktueller Stand der Musiktherapie in Deutschland. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 28: 10–21 (2007)
84. Wormit AF, Hillecke TK, Leins AK, Resch F, Bardenheuer HJ: Musiktherapie bei chronischen, nicht-malignen Schmerzen. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 28: 110–114 (2007)
85. Yalom, ID: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. 4. Aufl., Pfeiffer, München (1996)
86. Yalom, ID: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. 9. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart (2007)
87. Zentner M, Grandjean D, Scherer KR: Emotions Evoked by the Sound of Music: Characterization, Classification and Measurement. Emotion 8: 494–521 (2008)
88. Zimmermann J, Aue N: Möglichkeiten und Grenzen in der musiktherapeutischen Arbeit mit alten Menschen. Vortrag zum Jour Fixe des ÖBM (2005)

WIMU-G

Fragebogen zur Erhebung musiktherapeutischer Wirkfaktoren

aus Sicht von Teilnehmern
musiktherapeutischer Gruppen

WIMU-G
Barbara Mayr, 2002
Überarbeitete Version: Friederike Schroeder, 2005

1 = trifft genau zu, 2 = trifft zu, 3 = trifft in etwa zu, 4 = trifft nicht zu, 5 = trifft auf keinen Fall zu

- (19) Es war wichtig für mich, dass die Gruppe mir gezeigt hat, welchen Eindruck ich auf andere mache.

1 2 3 4 5

- (20) Die Art, in der die Musiktherapeutin mit mir sprach, gab mir ein Gefühl der Wärme und Geborgenheit.

1 2 3 4 5

- (21) Ich hatte nie das Gefühl, dass ich nur ein Patient unter vielen war.

1 2 3 4 5

- (22) Ich glaube, die Musiktherapeutin verhielt sich sehr zurückhaltend.

1 2 3 4 5

- (23) Im Großen und Ganzen hatte ich das Gefühl, dass mich die Musiktherapeutin voll und ganz verstand.

1 2 3 4 5

- (24) Die Musiktherapeutin war meistens locker und ungezwungen.

1 2 3 4 5

- (25) In der Musiktherapie half es mir, wenn ich anderen Gruppenmitgliedern etwas von mir mitgeben konnte.

1 2 3 4 5

- (26) Für mich war wichtig zu lernen, dass ich die letzte Verantwortung dafür tragen muss, wie ich mein Leben lebe, gleichgültig wie viel Rat und Unterstützung ich von den anderen Gruppenmitgliedern bekomme.

1 2 3 4 5

- (27) Der Ton in den Ausführungen der Musiktherapeutin erschien mir ziemlich kühl.

1 2 3 4 5

- (28) Von der Musiktherapeutin wurden mir niemals Anweisungen oder Ratschläge gegeben, wie ich mein Leben zu führen habe.

1 2 3 4 5

- (29) In der Musiktherapiegruppe zu sein, half mir, alte Probleme zu verstehen, die ich früher mit meinen Eltern, Geschwistern oder anderen wichtigen Leuten hatte.

1 2 3 4 5

- (30) In der Musiktherapie war es wichtig für mich zu lernen, wie ich ein Gefühl äußern kann.

1 2 3 4 5

- (31) Für mich war es wichtig sagen zu können, was mich gestört hat, anstatt es für mich behalten zu müssen.

1 2 3 4 5

1 = trifft genau zu, 2 = trifft zu, 3 = trifft in etwa zu, 4 = trifft nicht zu, 5 = trifft auf keinen Fall zu

- (32) Mir hat es geholfen, wenn andere Gruppenmitglieder mir ehrlich sagten, was sie von mir hielten.
1 2 3 4 5
- (33) Es ermutigte mich, zu erleben, dass andere Gruppenmitglieder Fortschritte machten.
1 2 3 4 5
- (34) Ich hatte das Gefühl, dass die Musiktherapeutin aufrichtig daran interessiert war, mir zu helfen.
1 2 3 4 5
- (35) Ich bin davon überzeugt, dass mich die Musiktherapeutin als Person achtete.
1 2 3 4 5
- (36) Die Musiktherapeutin ließ sich sehr selten auf ein allgemeines Gespräch ein.
1 2 3 4 5
- (37) Ich war mir immer sicher, dass die Musiktherapeutin der Ansicht ist, dass sich die Behandlung für mich lohnt.
1 2 3 4 5
- (38) Es hat mir geholfen, zu erfahren, wie ich auf andere wirke.
1 2 3 4 5
- (39) Während der Musiktherapie war es für mich wichtig, dass mir die Musiktherapeutin vorschlug oder riet, etwas zu tun.
1 2 3 4 5
- (40) Die therapeutische Erfahrung der Musiktherapeutin war sehr groß.
1 2 3 4 5
- (41) In der Musiktherapie konnten alle gleichzeitig spielen und es klang „doch nach etwas“.
1 2 3 4 5
- (42) Ich konnte mich der Wirkung der Musik nur schwer entziehen.
1 2 3 4 5
- (43) In der Musiktherapie konnte ich mich austoben und endlich laut sein.
1 2 3 4 5
- (44) In der Musiktherapie war es für mich wichtig, dass die Musiktherapeutin mitspielte und nicht immer nur zuhörte.
1 2 3 4 5
- (45) Durch die Musiktherapie konnte ich besser herausfinden, was ich mag und worauf ich Lust habe, was mir gefällt und was ich akzeptieren oder nicht akzeptieren kann.
1 2 3 4 5

1 = trifft genau zu, 2 = trifft zu, 3 = trifft in etwa zu, 4 = trifft nicht zu, 5 = trifft auf keinen Fall zu

- (46) In der Musiktherapie habe ich gelernt, einiges besser zu ertragen, z.B. unangenehme und ungewisse Zustände, Stille, Lärm oder andere Meinungen.
1 2 3 4 5
- (47) Durch die Musiktherapie bin ich einfallsreicher, neugieriger und mutiger geworden.
1 2 3 4 5
- (48) Das gleichzeitige Spiel mit den anderen Gruppenmitgliedern war sehr wichtig für mich.
1 2 3 4 5
- (49) Die Musik in der Musiktherapie löste bei mir körperliche Empfindungen (z.B. Druckgefühle, Entspannung, Anspannung, Wärme, Kälte, Müdigkeit, Wachheit, Erleichterung, Wohlbefinden, Unbehagen, etc.) aus.
1 2 3 4 5
- (50) Die Musiktherapie hat dazu beigetragen, dass ein Chaos langsam klarer werden konnte und/oder ein zu harmonischer Zustand verändert werden konnte.
1 2 3 4 5
- (51) Die Musiktherapie hat dazu beigetragen, dass Probleme, die vorher verworren waren, plötzlich geordneter und verständlicher erschienen.
1 2 3 4 5
- (52) Für mich war besonders wichtig, dass die Musiktherapeutin etwas alleine spielte.
1 2 3 4 5
- (53) In der Musiktherapie habe ich frühere Empfindungen (schöne und/oder schmerzliche) wiedererlebt.
1 2 3 4 5
- (54) In der Musiktherapie konnte ich meine früheren Erfahrungen in einem neuen Licht sehen.
1 2 3 4 5
- (55) In der Musiktherapie konnte ich neben meinen alten Gewohnheiten neue Verhaltensmuster ausprobieren und üben.
1 2 3 4 5
- (56) Die Musik in der Musiktherapie hat für mich viel ausgelöst und in Bewegung gebracht.
1 2 3 4 5
- (57) Ich fand die Musiktherapie wertvoll und für jeden empfehlenswert.
1 2 3 4 5
- (58) Das, was für mich nicht in Worte fassbar war, konnte ich in der Musik ausdrücken.
1 2 3 4 5
- (59) In der gemeinsamen Musik konnte Negatives und Positives gleichzeitig erklingen und es ergab irgendwie einen Sinn.
1 2 3 4 5

WIMU-G
Barbara Mayr, 2002
Überarbeitete Version: Friederike Schroeder, 2005

1 = trifft genau zu, 2 = trifft zu, 3 = trifft in etwa zu, 4 = trifft nicht zu, 5 = trifft auf keinen Fall zu

(60) Durch das Hören von Musik gelang es mir, mich zu entspannen.

1 2 3 4 5

(61) Beim eigenen Spielen auf Musikinstrumenten konnte ich handeln ohne lange darüber nachdenken zu müssen.

1 2 3 4 5

(62) Die Musik hat bei mir Gefühle ausgelöst und angesprochen (z.B. Schmerz, Trauer, Freude, Aggression, Wut, Zorn, Angst, Zuneigung, Ekel, Langeweile, Sehnsucht).

1 2 3 4 5

(63) Ich fand die Musiktherapie kindisch und unzumutbar.

1 2 3 4 5

(64) Die Musik war für mich genauso wichtig wie das Gespräch.

1 2 3 4 5

(65) Ich hörte lieber dem Spiel der anderen zu, als dass ich selber mit einem Instrument spielte.

1 2 3 4 5

(66) Die Musikinstrumente verlockten mich, auf Ihnen zu spielen.

1 2 3 4 5

(67) Bei der Musiktherapie gab es ein oder mehrere Instrumente, die für mich eine wichtige Bedeutung hatten: z.B. : _____

1 2 3 4 5

(68) In der Musiktherapie war es für mich besonders wichtig, dass nicht nur geredet wurde.

1 2 3 4 5

(69) Mit Hilfe der Musik konnte ich Themen oder Probleme, die mich beschäftigten, gezielt bearbeiten.

1 2 3 4 5

(70) Durch die Musik konnte ich eine stark befreiende Wirkung erleben.

1 2 3 4 5

(71) Durch die Musik wurde ich in meiner Seele sehr berührt und erschüttert und konnte z.B. weinen, explodieren oder laut sein.

1 2 3 4 5

(72) Durch die Musik lernte ich meine Gefühle besser kennen und ausdrücken.

1 2 3 4 5

- (73) Welche Eindrücke, Erinnerungen oder Anliegen haben Sie in Bezug auf die Musiktherapie?

- (74) Hat Ihre Mutter als Sie mit Ihnen schwanger war, regelmäßig selber aktiv Musik gemacht?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

- (75) Haben Ihnen Ihre Eltern regelmäßig Schlaflieder vorgesungen?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

- (76) Wurde in Ihrer Familie viel gesungen?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

- (77) Welche Art von Musik hören Sie?

☐ keine

- (78) Hatten Sie Gesangsunterricht oder sangen Sie in einem Chor/Band o.ä.?

☐ ja ☐ nein

- (79) Spiel(t)en Sie ein Instrument?

☐ ja ☐ nein

Ist Ihre Antwort „nein“ springen Sie bitte zu Frage Nr.(80)

Die folgenden Fragen sind nur zu beantworten, wenn Sie unter der Frage Nr.(79) mit „ja“ geantwortet haben.

- a) welche(s) Instrument(e)?

Hinweis: Spielen Sie mehrere Instrumente, so führen Sie die Antworten b)-e) auf der letzten Seite bitte differenziert auf.

- b) Im Alter von bis

- c) Hat Ihnen Ihr Instrumentalunterricht Freude bereitet?

☐ gar nicht ☐ mäßig ☐ viel ☐ sehr viel

- d) Hatten Sie zu ihrem Instrumentallehrer ein gutes Verhältnis?

☐ gar nicht ☐ mäßig ☐ gut ☐ sehr gut

- e) War Ihr Musikunterricht stark auf Leistung orientiert?

☐ gar nicht ☐ mäßig ☐ stark ☐ sehr stark

- f) Haben Sie sich selbst ein Musikinstrument beigebracht?

☐ ja ☐ nein

WIMU-G

Barbara Mayr, 2002

Überarbeitete Version: Friederike Schroeder, 2005

- (80) Hatten Sie vor Ihrem ersten Kontakt zur Musiktherapie eher positive Gefühle Musik jeglicher Art gegenüber?
___ gar nicht ___ mäßig ___ stark ___ sehr stark
- (81) Haben Sie bisher Musik machen zum Ausdrücken von Gefühlen genutzt?
___ ja ___ nein
- (82) Haben Sie im Rahmen der Musiktherapie zum ersten Mal frei improvisiert?
___ ja ___ nein
- (83) Was hat Sie in der Musiktherapie am ehesten berührt?
___ Klang
___ Spiel
___ Rhythmus
- (84) Werden Sie nach der Musiktherapie weiterhin aktiv Musik machen, um ihr Empfinden auszudrücken?
___ ja ___ nein

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

8 Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei ...

- ... Herrn Prof. Dr. Wietersheim für die motivierende Unterstützung und die Idee zur Arbeit
- ... Herrn Prof. Dr. Oster für die vielen Gedanken und Hinweise
- ... Frau Rottler für die Akribie beim Layout
- ... den Musiktherapeutinnen Frau Scheytt-Hölzer und Frau Delhey für die Möglichkeit der Hospitation und Durchführung des Fragebogens
- ... Frau Glatzmeier für die unkomplizierte Kooperation bezüglich der Ausgabe der Fragebögen
- ... Barbara für die tatkräftige Unterstützung
- ... meiner Familie, insbesondere Mutti und Heidrun, und meinen lieben Freunden für die motivierenden Worte, das Zuhören und Unterstützen
- ... nicht zuletzt den Patientinnen und Patienten für die Mitarbeit

„Ich will den Namen Gottes loben mit einem Lied und will ihn hoch ehren mit Dank.“

Psalm 69,31

9 Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.