

Wirksamkeit von Musiktherapie im Bereich der Psychiatrie. Eine Zusammenfassung zweier kürzlich publizierter Cochrane Reviews

Efficacy of music therapy in psychiatry. A summary of two recently published Cochrane reviews

Abstract

Within the framework of embedding psychiatric music therapy research in the general research context of music therapy, this overview of recent literature presents evidence levels and aspects of risk of bias of important recent studies on psychiatric music therapy. This article, based on a presentation at the WFKT conference of 2018, focusses on two diagnosis specific quantitative research findings from psychiatric music therapy. In the main part two Cochrane reviews, both from 2017, on the diagnoses of schizophrenia (Geretsegger et al. 2017) and depression (Aalbers et al. 2017) are presented. Moreover, the study on the dose-response relation of music therapy (Gold et al. 2009) and the systematic literature review by Carr et al. (2013) are relevant comprehensive resources in the context of this overview. In sum, both meta-studies report positive effects of music therapy on patients with schizophrenia and depression, particularly when compared to treatment as usual.

Keywords: music therapy, psychiatry, schizophrenia, depression, Cochrane Reviews

Zusammenfassung

Dieser Artikel gibt einen Einblick in aktuelle evidenzbasierte Studien aus dem psychiatrischen Feld der Musiktherapie. Der Artikel, der auf einem Vortrag bei der letzten Fachtagung der WFKT basiert, fokussiert auf zwei diagnosespezifische quantitative Forschungen aus der psychiatrischen Musiktherapie. Im Hauptteil werden zwei Cochrane Studien, beide von 2017, zu den Diagnosen Schizophrenie (Geretsegger et al. 2017) und Depression (Aalbers et al. 2017) vorgestellt. Im Rahmen einer Einbettung der psychiatrischen Musiktherapieforschung in den allgemeinen Forschungskontext der Musiktherapie, werden Evidenzstufen und Kategorien des Verzerrungsrisikos vorgestellt. Zusätzlich wird die Studie zur Dosis-Wirkungs-Relation von Musiktherapie (Gold et al. 2009) und das systematische Literatur Review von Carr et al. (2013) erörtert. Zusammenfassend enthalten beide Metastudien Hinweise auf die positive Auswirkung von Musiktherapie bei den Störungsbildern Schizophrenie und Depression, vor allem im Vergleich zur Regelbehandlung.

Schlüsselwörter: Musiktherapie, Psychiatrie, Schizophrenie, Depression, Cochrane Reviews

Gitta Strehlow¹

1. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Bethesda Krankenhaus Hamburg-Bergedorf

Entwicklung der psychiatrischen Musiktherapieforschung im Forschungskontext der evidenzbasierten Medizin

Dieser Artikel beginnt mit der Entwicklung der Musiktherapieforschung, mit Erläuterungen zur Evidenzhierarchie und zum Verzerrungsrisiko, gefolgt von Aspekten zur psychiatrischen Musiktherapie. Wirksamkeitsstudien und damit die quantitative Forschung sind der Schwerpunkt dieses Beitrages. Im Bereich der psychiatrischen Musiktherapie gibt es im höchsten Evidenzlevel bisher zwei Studien. Diese Cochrane Studien zur Schizophrenie und zur Depression aus dem Jahre 2017 werden vorgestellt. Die professionelle Forschung in der Musiktherapie beginnt 1950 mit der Gründung der ersten Organisation für Musiktherapeuten in den USA [38]. Eine deutliche Zunahme zu forschen und vor allem zu publizieren ist allerdings erst seit den 1980er Jahren zu verzeichnen. Die deutschsprachige Zeitschrift „Musiktherapeutische Umschau“ publiziert Forschungsergebnisse aus der Musiktherapie seit 1980 (<http://www.musiktherapie.de/zeitschrift/archiv.html>). In der deutschsprachigen Musiktherapie ist die Forschung in der Anfangszeit durch qualitative Ansätze vertreten [42] und erst die Diskussionen in den 1990er Jahren über Vor- und Nachteile von quantitativer und qualitativer Forschung führten zu einer größeren Offenheit gegenüber beiden Verfahren (u.a. Musiktherapeutische Umschau [1])

Seit Anfang der 1990er Jahre hat sich das Modell der evidenzbasierten Medizin im Gesundheitswesen durchgesetzt mit der Folge, dass quantitative Forschungsarbeiten stark zugenommen haben. Das Überprüfen von Hypothesen und die Generalisierbarkeit von Ergebnissen sind von zentraler Bedeutung, damit letztendlich bestmögliche Behandlungsentscheidungen getroffen werden können. Eine der führenden Evidenzhierarchien, ausgearbeitet von dem Zentrum für Evidenzbasierte Medizin an der Oxford Universität, wird im Folgenden vereinfacht dargestellt [6]. Die Rangordnung der Evidenz wird erstellt mit Blick auf die Zuverlässigkeit und des Verzerrungsrisikos. Auf der fünften und untersten Stufe stehen Expertenmeinungen, gefolgt von den Fallbeschreibungen auf der vierten Stufe. In die dritte Stufe werden Fallkontrollstudien und in die zweite Stufe Kohortenstudien ohne Randomisierung eingeordnet. Die erste und höchste Evidenzstufe besteht aus Metaanalysen, systematischen Übersichtsarbeiten auf der Basis methodisch hochwertiger randomisierter, kontrollierter Studien.

Die Cochrane Studien, von denen zwei im Folgenden noch vorgestellt werden, ist für evidenzbasierte Studien international anerkannt und gehört der höchsten Evidenzstufe an. Das unabhängige globale Netzwerk *Cochrane* ist 1993 gegründet worden und wurde nach dem britischen Arzt und Epidemiologen Sir Archibald Lemman Cochrane benannt. Empfehlungen für die Veröffentlichung von randomisierten kontrollierten Studien wurden ergänzend von der CONSORT Gruppe 2010 veröffentlicht. Die Qualität

einer Studie ist entscheidend geprägt durch die Einordnung in den wissenschaftlichen Diskurs, die Wichtigkeit primäre und sekundäre Ergebnisse zu spezifizieren, sowie die Transparenz der Randomisierung und Beachtung von fehlenden Daten [10]. Der Beschreibung des Verzerrungspotentials (*bias*) wird dementsprechend eine besondere Bedeutung beigemessen. Das Verzerrungspotential innerhalb der Cochrane Studien wird in sieben Kategorien unterteilt. Die ersten beiden Kategorien beurteilen das Risiko der Voreingenommenheit bei der Auswahl und Zuordnung der Stichprobe. Die dritte und vierte Kategorie beurteilt die Qualität des Verblindungsprozesses. Die fünfte und sechste Kategorie beurteilt inwieweit die Daten vollständig erhoben sind und der Bericht ausgewogen ist. Die siebte Kategorie berücksichtigt nicht erwähntes Verzerrungspotential.

Nachdem der letzte Abschnitt überblicksartig allgemeine Standards der Wirksamkeitsforschung beschrieb, wird im Folgenden wieder die musiktherapeutische Forschung im Fokus stehen. In den letzten 15 Jahren hat die Wirksamkeitsforschung in der Musiktherapie deutlich zugenommen. Das erste Cochrane Review in der Musiktherapie wurde von Gold et al. 2006 [24] im Bereich der Autismus-Spektrum-Störungen verfasst. Aktuell sind in der Musiktherapie elf Cochrane-Reviews erstellt worden mit zufriedenstellenden bis guten Ergebnissen bezüglich nachweisbarer musiktherapeutischer Behandlungseffekte in sehr unterschiedlichen Behandlungsfeldern u. a. Demenz [51], Schädel-Hirn-Trauma [35], Krebserkrankungen [8], Autismus-Spektrum-Störungen [19] und Herzerkrankung [9]. Die meisten der oben angeführten Cochrane Studien sind bereits Aktualisierungen in der zweiten, teilweise in der dritten Version früherer durchgeführten Cochrane Studien. Eine weitere Musiktherapie Cochrane Studie in dem Bereich der Suchterkrankung liegt als Protokoll vor [21].

Im Rahmen der zunehmenden Forschungsaktivität die Musiktherapie entstand 1995 in den USA erstmals, 10 Jahre später 2005 die zweite und aktuell 2016 die dritte Auflage einer großangelegten Publikation von Wheeler & Murphy [54], die ausschließlich der Forschung in der Musiktherapie gewidmet ist. In der letztgenannten Ausgabe werden insgesamt dreizehn quantitative Forschungsmethoden (*objectivist design*) und siebzehn qualitative Forschungsmethoden (*interpretivist design*) vorgestellt.

Psychiatrische Musiktherapie

Die psychiatrische Musiktherapie ist von Beginn an zentrales Arbeitsgebiet für Musiktherapeuten. In einer ersten übergreifenden Publikation [55] werden verschiedene psychiatrische Diagnosen (Psychosen, Depression, Ängste) und musiktherapeutische Ansätze vorgestellt. Von den ca. 250 deutschsprachigen Promotionen im Fach Musiktherapie die seit 1967 angefertigt worden sind, lassen sich ca. 30 dem psychiatrischen Feld zuordnen (<https://www.philso.uni-augsburg.de/lmz/institute/mmm/Musiktherapie/forschung/Archiv-deutschsprachiger>

Dissertationen-und-Habilitationen/). Besonders die Krankheitsbilder der Depression und der Psychose wurden verstärkt untersucht, in neuerster Zeit nehmen Forschungen zu den Persönlichkeitsstörungen und den Posttraumatischen Belastungsstörung zu. Die überwiegende Zahl der Promotionen arbeitete mit einem qualitativen Forschungsdesign, wobei die Forschungsarbeiten, die mit einem mixed-method Design arbeiten, in den letzten 10 Jahren stark zugenommen haben. Die großangelegten quantitativen Forschungsdesigns sind zumeist an Universitäten und Forschungsinstituten angegliedert. Christian Gold und seinen Kollegen des *Grieg Academy Music Therapy Research Centre* (GAMUT) gehört das Verdienst, die evidenzbasierte Forschung in der Musiktherapie generell und gerade auch im Bereich der psychiatrischen Musiktherapie ab Mitte 2000 verbreitet zu haben.

Der Arbeitsalltag in der Psychiatrie ist üblicherweise durch ein diagnoseübergreifendes Arbeiten gekennzeichnet, so dass in Bezug auf einzelne Diagnosen meist keine Rückschlüsse möglich sind. Die Multicenterstudie von Gold et al. [22], in der 144 psychiatrische Patienten mit einer niedrigen Therapiemotivation untersucht wurden, sowie die Dosis-Wirkungsrelations Studie von Gold et al. [23] zeigen positive Ergebnisse für die Musiktherapie mit psychiatrischen Patienten. Auf der Grundlage von Literaturrecherchen analysiert das systematische Review von Carr, et al. [11], insgesamt 98 englischsprachige Publikationen zur Musiktherapie in der Psychiatrie. Obwohl es nach dieser Studie kein einheitliches methodisches Modell zur Musiktherapie in der Psychiatrie gibt, konnten allerdings übergeordnete Gemeinsamkeiten wie größere Sitzungsfrequenz, Aktivierung, der Wert der therapeutischen Beziehung, die Ressourcenorientierung und aktives strukturiertes Spiel mit anschließender Verbalisierung herausgearbeitet werden.

Einzelne psychiatrische Diagnosen werden in dem Review von Kamioka et al. [31] fokussiert, das randomisierte Studien basierend auf dem ICD-10 zur Wirksamkeit von Musiktherapie mit psychiatrischen Krankheitsbildern zusammenfasst. Die deutsche Buchveröffentlichung von Schmidt, Stegemann & Spitzer [46] stellt erstmals diagnosespezifisch musiktherapeutisches Arbeiten und Forschungsaktivität im Bereich der Psychiatrie vor.

Die Dosis-Wirkungsrelations Studie von Gold und Kollegen [23] hat entscheidende Vorarbeit zu der noch vorzustellenden Cochrane Schizophrenie-Studie geleistet und wird hier voran gestellt. Dieses systematische Review und Metaanalyse von Gold und Kollegen [23] untersuchte das Verhältnis von Behandlungsintensität (Dosis) und Wirkung von Musiktherapie aus kontrollierten klinischen Studien bei schwer psychiatrisch erkrankten Patienten. Insgesamt konnten 15 Studien mit einer Teilnehmerzahl von insgesamt 691 Patienten berücksichtigt werden. In dieser Studie zeigte sich, dass Musiktherapie im Vergleich zur Regelversorgung starke und signifikante Effekte bei der Verbesserung des Allgemeinzustands aufweist, wie auch der Verbesserung der generellen Symptomatik insbesondere von Negativsymptomen, von depressiven und

ängstlichen Symptomen und der musikalischen Involviertheit. Die Effektstärken werden je nach Störungsbild differenziert aufgeführt. Zusammenfassend konnte diese Studie statistisch bezüglich der Dosis-Wirkungsrelation kleine Effektstärken bei 3–10 Sitzungen und große Effektstärken zwischen 16–51 Sitzungen nachweisen.

Cochrane Studien in der psychiatrischen Musiktherapie

Innerhalb der psychiatrischen Musiktherapie wurden bisher nur die Diagnosen der Depression und der Schizophrenie bezüglich ihrer Wirksamkeit seit Jahren beforscht, so dass Metastudien angeschlossen werden konnten. Im Folgenden werden die Cochrane Studien der Schizophrenie [20] und der Depression [2] genauer vorgestellt.

Cochrane Studie zur Musiktherapie bei Schizophrenie

Das Review zur Musiktherapie für Schizophrenie und schizophrenieähnliche Störungen hatte die Fragestellung welche Auswirkung der Einsatz von Musiktherapie oder der zusätzliche Einsatz von Musiktherapie zur bestehenden Behandlung bei dieser Klientel hat. Dieses Review liegt seit 2017 als vierte Version vor [20]. Während für die Aktualisierung von 2011 [41] acht Studien einbezogen wurden und insgesamt 483 Patienten teilnahmen, erhöhte sich die Anzahl der untersuchten Studien in der vierten Version auf 18 Studien mit insgesamt 1215 Patienten. Gesucht wurde im *Cochrane Schizophrenia Group's Trials Study-Based Register*, ergänzt durch Kontakte zu den jeweiligen Autoren der Studien. Ausgewählt wurden randomisierte Studien, die entweder Musiktherapie oder Standardbehandlung erhielten. Nach dieser Computer Recherche sind von 176 Studien nach Streichung der Dopplungen und Ausschluss der Studien, die nicht die Studienkriterien erfüllen 18 Studien übriggeblieben. Die Studien sind zu einem großen Teil in China durchgeführt worden (12 Studien) sowie in Deutschland, Italien, Niederland, Norwegen, Österreich und Großbritannien. Wie in jeder Cochrane Studie wird im Anhang die Studie mit ihren Merkmalen beschrieben.

Alle 18 Studien werden einzeln mit ihren spezifischen Merkmalen, wie die Methode, die Stichprobe (inklusive Abbrüche), die musiktherapeutischen Interventionen, rezeptive und aktive musiktherapeutische Interventionen und Ergebnisse beschrieben. Um die Güte zu beurteilen, wird für jede Studie das Verzerrungspotential in Bezug auf die Art der Randomisierung, Angemessenheit der musiktherapeutischen Methode und die Qualität der Ausbildung aufgeführt und beurteilt.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die 18 Studien und deren zentrale Merkmale.

Die Dauer der Behandlung wird unterschieden in Kurz- (bis 12 Wochen), Mittel- (13–26 Wochen) und Langzeit-

Tabelle 1: Übersicht über die 18 Schizophrenie-Studien und deren zentrale Merkmale

Literatur	N	Sitzungsanzahl	Länge	MT Methode, Setting
[13]	67	16	4 Monate	Aktive MT, Gruppe
[14]	60	X	1 Monat	Rezeptive MT, Gruppe
[15]	72	40	2 Monate	Aktive, Rezeptive MT, Gruppe
[18]	40	12	1 Monat	Aktive MT, Gruppe
[22]	61	18–26	3 Monate	Aktive MT, Einzel
[27]	60	30	6 Wochen	Rezeptive MT, Gruppe
[32]	60	30	6 Wochen	Rezeptive MT, Gruppe
[33]	30	32	16 Wochen	Aktive, Rezeptive MT, Gruppe
[34]	80	10	10 Wochen	Aktive MT, Gruppe
[36]	90	240	6 Monate	Aktive, Rezeptive MT, Gruppe
[39]	96	12	1 Monat	Aktive, Rezeptive MT, Gruppe
[43]	58	160	16 Wochen	Aktive MT, Gruppe
[48]	81	12	3 Monate	Aktive MT, Einzel
[49]	76	19	1 Monat	Aktive, Rezeptive MT, Gruppe
[50]	37	7	5 Wochen	Aktive MT, Gruppe
[52]	62	36	3 Monate	Aktive, Rezeptive MT, Gruppe, Einzel
[53]	30	30	6 Wochen	Rezeptive MT, Gruppe
[57]	72	78	3 Monate	Aktive, Rezeptive MT, Gruppe

MT=Musiktherapie

therapien (mehr als 26 Wochen/6 Monate). Die Behandlungsdauer betrug jeweils 1 bis längstens 4 Monate, die Zahl der Behandlung variierte zwischen 7 bis 240 Sitzungen. Die einzelne Studie umfasste zwischen 30 bis 96 Patienten. Das Setting der 18 Studien lässt sich unterteilen in 14 Gruppentherapiestudien, 2 Einzeltherapiestudien und 2 Kombinationen aus Einzel- und Gruppentherapien. 16 Studien beziehen sich auf stationäre Patienten, 2 Studien beziehen sich auf die Kombination von stationären und ambulanten Patienten. Ganz allgemein muss ergänzt werden, dass viele Informationen von Studien stammen, die bezüglich des Verzerrungsrisikos als gering oder unklar eingeordnet wurden.

Die Auswirkungen der Musiktherapie werden in Bezug auf die kurz-, mittel- und langfristige Wirkung vorgestellt und diskutiert.

Die Hauptergebnisse zeigen sich in drei Bereichen:

1. Der Allgemeinzustand (*global state*) zeigte einen positiven Effekt im Vergleich zur Standardversorgung bei einer mittleren Behandlungsdauer von 13–26 Wochen bei zwei RCT Studien ($N=133$). Die globale Gesamtverbesserung wird bewertet von unabhängigen Gutachtern und wurde als klinisch wichtige Verbesserung eingestuft gegenüber keiner solchen Verbesserung [22]. Der Risk Ratio (RR) wird mit 0,38 95% und das Konfidenzintervall (*confidence interval*, CI) mit den Werten 0,24 bis 0,59 beschrieben. Dies Ergebnis wird nach dem GRADE-System (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) als niedrige Evidenz beurteilt (<http://gradeworkinggroup.org/>).

2. Die Befindlichkeit (*mental state*) zeigte gute Effekte bei drei RCT Studien ($N=177$) vor allem in Bezug auf die Negativsymptomatik (SANS, *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* [4]) bei einer mittleren Behandlungsdauer. Standardisierte Mittelwertdifferenz (*standardised mean difference*), SMD: $-0,55$ 95% und das Konfidenzintervall ist mit den Werten 0,87 bis 0,24 angegeben. Die Ergebnisse werden als niedrige Evidenz beurteilt.
3. In der Funktionsfähigkeit (*functioning*) zeigte sich kein Einfluss der Musiktherapie bei zwei RCTs ($N=118$) in der Verwendung des GAF (*Global Assessment of Functioning* [47]) mit SMD: $-0,19$, CI: 0,56 bis 0,18. Die Evidenz wird mit mittlerer Qualität beschrieben. Positive Effekte konnten bei der sozialen Fähigkeit (SDSS, *Social Disability Screening Schedule* [56]) bei zwei RCTs ($N=160$, SMD: $-0,72$ 95% CI: 1,04–0,40) und *quality of life* (*Generell Well-Being Schedule Scores* [45]) bei einer RCT ($N=72$, SMD: 1,82 95% CI: 1,27–2,38) nachgewiesen werden. Die Evidenz wird mit mittlerer Qualität beschrieben.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Musiktherapie den psychischen Allgemeinzustand (*global state*), die Befindlichkeit in Bezug auf die Negativsymptomatik (*mental state*) und die soziale Fähigkeit und Lebensqualität (QoL) verbessern kann. Entscheidend hierfür ist die ausreichende Anzahl von Musiktherapie-Sitzungen. Kritisch ist anzumerken, dass die Effekte widersprüchlich innerhalb der Studien und stark abhängig von der Länge der Behandlung und der Qualität der angebotenen Musiktherapie-Sitzungen waren. Musiktherapie scheint Menschen mit Schizophrenie zu helfen, allerdings wurden

nahezu alle Studien in Bezug auf das Verzerrungspotential den Kategorien geringer oder moderater Qualität zugeordnet. Hier wird weitere Forschung benötigt, um die positiven Ergebnisse der Cochrane Studie weiter zu überprüfen. Zukünftige Forschung sollte vor allem Langzeiteffekte und die Qualität der angebotenen Musiktherapie berücksichtigen.

Cochrane Studie zur Musiktherapie bei Depression

Das Ziel der Cochrane Studie war die Wirksamkeit von Musiktherapie bei Depressionen bei Menschen jeden Alters im Vergleich zur Regelbehandlung (*treatment as usual*=TAU) und bei psychologischen, pharmakologischen und/oder anderen Therapien zu bewerten. Außerdem sollten die Wirkungen verschiedener Formen der Musiktherapie für Menschen jeden Alters mit der Diagnose Depression verglichen werden [2]. Die Recherche erfolgte u.a. im CCMD-CTR (*Cochrane Common Mental Disorder-Controlled Trials Register*), im *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, MEDLINE, Ebsco/PsychInfo, Embase/PubMed und wurde ergänzt durch Handrecherche. Insgesamt konnten neun Studien eruiert werden, an denen 411 Patienten teilnahmen. Im Unterschied zu der ersten Depressions-Cochrane Studie mit fünf Studien [37] konnte die Aktualisierung von 2017 um vier Studien ergänzt werden. Die Studien wurden in den USA (4), in Asien (2), in Europa (2) und Südafrika (1) durchgeführt. Untersucht wurde mit Fragebögen zur Fremd- und Selbstbeurteilung, wie z.B. *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale*, MADRS [40], *Hamilton Depression Scale*, HAM-D [25] und *Beck-Depressions-Inventar*, BDI [7].

In Tabelle 2 erfolgt eine Übersicht zu den neun Studien: Acht Studien bezogen sich auf einen kurzen Behandlungszeitraum von bis zu 3 Monaten, eine Studie bezog sich auf den Zeitraum von bis zu 6 Monaten. Keine Studie untersuchte einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten. Die Anzahl der Sitzungen variierte zwischen 8 und 48, in der überwiegenden Dauer von 6–12 Wochen. Die Länge der Sitzungen variierte zwischen 20 und 120 Minuten. Sieben Studien untersuchten Gruppentherapien, während zwei Studien Einzeltherapien untersuchten. Das musiktherapeutische Angebot lässt sich differenzieren in drei Studien zur aktiven Musiktherapie, drei Studien zur rezeptiven Musiktherapie und zwei Studien boten eine Kombination von aktiver und rezeptiver Musiktherapie an.

Alle neun Studien wurden in Bezug auf die oben dargestellten sieben Kategorien des Verzerrungsrisikos (*risk of bias*) untersucht und in geringes, unklares und hohes Verzerrungsrisiko eingeteilt, wodurch letztendlich ein Qualitätsbeweis errechnet wurde. In der Cochrane Depressions-Studie wurden in Bezug auf die sieben Kategorien bei ca. einem Viertel der Studien geringes Verzerrungspotential festgestellt, die Kategorien Auswahl der Stichprobe und Nicht-Vollständigkeit der Ergebnisdaten wurden zum Teil als hohes Risiko beurteilt. Die häufigste Einordnung

war die Beurteilung in unklares Risiko. Es fehlten Angaben, die nicht erwähnt waren, oder gar nicht erhoben worden sind. Nur eine Studie von den eingeschlossenen neun Studien [17] erfüllt alle sieben Kategorien mit der Beurteilung von geringem Verzerrungsrisiko.

Im Hauptergebnis der Cochrane Depressions-Studie werden große Effekte bei der Musiktherapie als Ergänzung zur Regelversorgung im Unterschied zur reinen Regelversorgung vorgefunden. Allerdings wird die Evidenz mit mittlerer Qualität beschrieben. Diese großen Effekte ergaben sich an Hand der klinischen Fremdbeurteilung (HAM-D) (standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD): $-0,98$, Chancenverhältnis (OR): 95%, Konfidenzintervall (CI): $-1,37$ bis $-0,34$, 3 RCTs, 1 CCT, $N=219$) und der Selbsteinschätzung von Patienten (BDI) (SMD: $-0,85$, OR: 95%, CI: $-1,37$ bis $-0,34$, 3 RCTs, 1 CCT, $N=142$). Die Musiktherapie war im Vergleich zur Regelbehandlung nicht mit mehr oder weniger Nebenwirkungen verbunden. In Bezug auf die Untersuchung zur Lebensqualität (QoL) konnte kein Unterschied zur Regelversorgung gemessen werden.

Unsicher waren die Effekte bei der Wirksamkeit im Vergleich von Musiktherapie mit psychologischen Therapien. Dies Ergebnis wird mit sehr niedriger Evidenz beurteilt. In der Depressions-Cochrane Studie wurden rezeptive (hören von Musik) und aktive (selbst musizieren/improvisieren) musiktherapeutische Interventionen miteinander verglichen. Es konnten keine Unterschiede in der Wirksamkeit von rezeptiver zu aktiver Musiktherapie gemessen werden.

Insgesamt enthalten die Ergebnisse Hinweise darauf, dass Musiktherapie in Ergänzung zur Regelversorgung kurzfristige positive Effekte bei Menschen mit Depressionen erzielt. Es ist wahrscheinlich, dass durch Musiktherapie depressive Symptome verbessert werden. Die Musiktherapie war in Bezug auf die Reduktion von Ängsten und der Verbesserung der Funktionsfähigkeit (*functioning*) der Regelbehandlung überlegen. Unter Funktionsfähigkeit wird die Arbeitsfähigkeit, die Aktivierung und Beziehungsfähigkeit eingeordnet.

Für weitere Forschungen werden folgende Forderungen formuliert: Erstens sollte eine größere Stichprobe mit Einschluss von Kindern und Adoleszenten berücksichtigt werden, zweitens sollte der Zusammenhang von Musiktherapie und Depression erkundet werden und drittens sollte die Qualität des Forschungsdesigns verbessert werden bezüglich der klaren Beschreibung der Interventionen und der Ausbildung.

Vergleich der Musiktherapie Cochrane Studien

Im Vergleich dieser beiden Cochrane Studien fällt auf, dass die Studie zur Schizophrenie mit ihren 18 Studien auf eine viel größere Datenmenge zurückgreifen kann, als die Studie der Depression mit neun Studien. Es wurden in der Studie zur Schizophrenie dreimal so viel (1215) Patienten ausgewertet als bei der Studie zur Depression

Tabelle 2: Übersicht über die 9 Depressions-Studien und deren zentrale Merkmale

Literatur	N	Sitzungsanzahl	Länge	MT Methode, Setting
[3]	24	12	3 Monate	Aktive MT, Gruppe
[5]	14	12	3 Monate	Aktive MT, Gruppe
[16]	68	12	2 Monate	Aktive MT, Gruppe
[17]	79	20	6 Monate	Aktive MT, Einzel
[26]	32	Keine Angabe	2 Monate	Rezeptive MT, Einzel
[29]	20	Keine Angabe	2 Monate	Aktive, Rezeptive MT, Gruppe
[28]	63	Keine Angabe	3 Monate	Rezeptive MT, Gruppe
[44]	60	Keine Angabe	6 Wochen	Rezeptive MT, Gruppe
[58]	60	Keine Angabe	10 Wochen	Rezeptive MT, Gruppe

MT=Musiktherapie

(411). Es handelt sich bei der Depressions-Studie allerdings um die erste Aktualisierung, im Unterschied zur vierten Version bei der Schizophrenie-Studie. Die Depressions-Studie ist in ihrem Vergleich komplexer als die Schizophrenie-Studie, da die Musiktherapie nicht nur gegenüber der Regelbehandlung verglichen wird, sondern auch einen Vergleich zu psychologischen Therapien geführt wurde.

In der Depressions-Studie wurden vor allem kurzfristige Behandlungen untersucht, im Unterschied zu den mittleren und langfristigen Behandlungsdauern, die in der Schizophrenie Studie untersucht werden.

Mit Blick auf die Forschungsaktivität im Feld der psychiatrischen Musiktherapie konnte aufgezeigt werden, dass in den letzten zwanzig Jahren die Wirksamkeitsforschung stark zugenommen hat, so dass zumindest für zwei wesentliche psychiatrische Diagnosen ausreichend Material vorlag, die in einer Metastudie beurteilt werden konnten. Quantitative Studien zu anderen psychiatrischen Diagnosegruppe, wie zum Beispiel der Persönlichkeitsstörungen stehen innerhalb der Musiktherapie noch aus. Kritik an der Evidenzbasierung, mit den Aspekten des Fehlens von Replikationsstudien, sowie Publikationen, die eine Falsifikation der intendierten Hypothese nahelegen und das Problem der Allegiance wurden von Hillecke et al. [30] in Bezug auf die Musiktherapie diskutiert. Unter Allegiance wird das Ausmaß verstanden, in dem der Therapeut von der Wirksamkeit der von ihm durchgeführten Therapie überzeugt ist.

Zusammenfassend enthalten beide Studien Hinweise auf die positive Auswirkung von Musiktherapie bei den Störungsbildern Depression und Schizophrenie, vor allem im Vergleich gegenüber der Regelbehandlung. Die Cochrane Schizophrenie-Studie bestätigt die Ergebnisse der oben erwähnten Dosis-Wirkungsrelations Studie [23], die die Beziehung von Anzahl der Sitzungen und Effektstärke in der Musiktherapie aufzeigt. Die Dauer der Behandlung ist damit ein wesentlicher Baustein für den Therapieerfolg.

Dies sind insgesamt wichtige Daten für die weitere Etablierung der Musiktherapie im psychiatrischen Kontext. Die Bewertung des Verzerrungspotentials beeinflusst entscheidend die Qualität einer Studie. Für zukünftige Forschung ist es unerlässlich, dass das Studiendesign

den Aspekt des Verzerrungspotentials bei der Durchführung und der Publikation einer Studie deutlich stärker berücksichtigt. Besonders die Auswahl der Stichprobe und die Vollständigkeit der Angaben, gerade auch bezüglich einer zuverlässigen Verblindung, sind entscheidend für die Reduzierung des Verzerrungsrisikos. Größere Stichproben und vor allem Studien, die den langfristigen Therapieerfolg untersuchen, stehen noch aus. Ziele der Therapie sind eine andauernde Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität, daher können letztendlich erst Langzeitstudien entscheiden, inwieweit sich die hier beschriebenen Ergebnisse bestätigen lassen.

Anmerkungen

Interessenkonflikte

Die Autorin erklärt, dass sie keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel hat.

Über die Autorin

Dr. sc. mus. Gitta Strehlow, Dipl. Musiktherapeutin, Musiktherapeutin in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Bethesda Krankenhaus Hamburg-Bergedorf (Glindersweg 80, 21029 Hamburg) und bei Dunkelziffer e.V. (Hilfe für sexuell missbrauchte Kinder).

Nationale und internationale Vortrags- und Lehrtätigkeit. Veröffentlichungen zu den Themen Musiktherapie und Psychotraumatologie, Borderline-Persönlichkeitsstörung und Mentalisierung.

Literatur

1. Musikther Umsch. 2004;25(3).
2. Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, Spreen M, Ket JC, Vink AC, Maratos A, Crawford M, Chen XJ, Gold C. Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 11;11:CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub3
3. Albornoz Y. The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomised controlled trial. *Nord J Music Ther.* 2011;20(3):208-24. DOI: 10.1080/08098131.2010.522717
4. Andreasen NC. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1982 Jul;39(7):784-8. DOI: 10.1001/archpsyc.1982.04290070020005
5. Atiwannapat P, Thaipisuttikul P, Poopityastaporn P, Katekaew W. Active versus receptive group music therapy for major depressive disorder-A pilot study. *Complement Ther Med.* 2016 Jun;26:141-5. DOI: 10.1016/j.ctim.2016.03.015
6. Baker F, Young L. The Relationship Between Research and Practice. In: Wheeler BL, Murphy K, editors. *Music Therapy Research.* Dallas: Barcelona Publishers; 2016. p. 26-36.
7. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961 Jun;4:561-71. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
8. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Aug;(8):CD006911. DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub3
9. Bradt J, Dileo C, Potvin N. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Dec;(12):CD006577. DOI: 10.1002/14651858.CD006577.pub3
10. Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG; CONSORT Group. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ.* 2012 Sep;345:e5661. DOI: 10.1136/bmj.e5661
11. Carr C, Odell-Miller H, Priebe S. A systematic review of music therapy practice and outcomes with acute adult psychiatric in-patients. *PLoS ONE.* 2013;8(8):e70252. DOI: 10.1371/journal.pone.0070252
12. Ceccato E, Caneva P, Lamonaca D. Music Therapy and cognitive rehabilitation in schizophrenic patients. *Nord J Music Ther.* 2006;15(2):111-20. DOI: 10.1080/08098130609478158
13. Ceccato E, Lamonaca D, Caneva PA, Gamba L, Poli R, Agrimi E. A multicentre study to test the effectiveness of the STAM (Sound Training Attention and Memory) protocol in the rehabilitation of patients with schizophrenia: a single blind, randomized control trial. *G Ital Psicopaologia.* 2009;15:395-400.
14. Cha ZQ, Li D, Wu QF, Zhang Y, Lu JB, M ZQ. The effect of receptive music therapy on cognitive function of schizophrenia patients in remission. *China Health Psychol.* 2012;20(7):1039-40.
15. Chang, CH, Liu FF, Xu TH, Jiao TL. A research of music therapy on subjective well-being and social support for patients with schizophrenia. *Natl Med.* 2013;25(11):25-7.
16. Chen X. [Active music therapy for senile depression]. *Zhonghua Shen Jing Jing Shen Ke Za Zhi.* 1992 Aug;25(4):208-10, 252-3.
17. Erkkilä J, Punkanen M, Fachner J, Ala-Ruona E, Pöntiö I, Tervaniemi M, Vanhala M, Gold C. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2011 Aug;199(2):132-9. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.085431
18. Fu WJ, Zhang LF. The rehabilitation effect of improvisational music therapy on the treatment of social disability in patients with schizophrenia in recovery period. *Sichuan Ment Health.* 2013;26(3):215-8.
19. Geretsegger M, Elefant C, Mössler KA, Gold C. Music therapy for people with autism spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Jun;(6):CD004381. DOI: 10.1002/14651858.CD004381.pub3
20. Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik L, Chen XJ, Haldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 05;5:CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub4
21. Ghetti C, Chen XJ, Fachner J, Gold C. Music therapy for people with substance use disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3:CD012576. DOI: 10.1002/14651858
22. Gold C, Mössler K, Grocke D, Haldal TO, Tjemsland L, Aarre T, Aarø LE, Rittmannsberger H, Stige B, Assmus J, Rolvsjord R. Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: multicentre randomised controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2013;82(5):319-31. DOI: 10.1159/000348452
23. Gold C, Solli HP, Krüger V, Lie SA. Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2009 Apr;29(3):193-207. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.01.001
24. Gold C, Wigram T, Elefant C. Music therapy for autistic spectrum disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Apr;(2):CD004381. DOI: 10.1002/14651858.CD004381.pub2
25. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960 Feb;23:56-62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56
26. Hanser SB, Thompson LW. Effects of a music therapy strategy on depressed older adults. *J Gerontol.* 1994 Nov;49(6):P265-9.
27. He FR, Liu RK, Ma L. Influence of music therapy on serum PRL of patients with schizophrenia, type II. *Shandong Arch Psychiatry.* 2005;18(2):78-9.
28. Hendricks CB. A study of the use of music therapy techniques in a group for treatment of adolescents depression. *Diss Abstr Int.* 2001;62(2):472.
29. Hendricks CB, Robinson B, Bradley B, Davis K. Using music therapy techniques to treat adolescents depression. *J Humanist Couns Educ Dev.* 1999;38:39-46. DOI: 10.1002/j.2164-490X.1999.tb00160.x
30. Hillecke T, Warth M, Wormit AF. Forschungskrise in der Musiktherapie?! Auf der Suche nach dem heiligen Gral der Evidenzbasierung. *Musiktherapeutische Umschau.* 2017;38(3):242-55. DOI: 10.13109/muum.2017.38.1.3
31. Kamioka H, Tsutani K, Yamada M, Park H, Okuizumi H, Tsuruoka K, Honda T, Okada S, Park SJ, Kitayuguchi J, Abe T, Handa S, Oshio T, Mutoh Y. Effectiveness of music therapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions. *Patient Prefer Adherence.* 2014;8:727-54. DOI: 10.2147/PPA.S61340
32. Li YM, Ren X, Li CP, Li ZQ. The correct effect of language guided music therapy on patients with schizophrenia. *Int Nurs J.* 2007;26(9):917-8.
33. Liu SJ, Wu HL, Shi L. The impact of music therapy on cognitive function for patients with chronic schizophrenia in recession. *China Rehabil.* 2013;28(3):230-1.
34. Lu SF, Lo CH, Sung HC, Hsieh TC, Yu SC, Chang SC. Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complement Ther Med.* 2013 Dec;21(6):682-8. DOI: 10.1016/j.ctim.2013.09.002
35. Magee WL, Clark I, Tamplin J, Bradt J. Music interventions for acquired brain injury. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 01;1:CD006787. DOI: 10.1002/14651858.CD006787.pub3
36. Mao ZQ, Li D, Zhang GF, Cha ZQ, Rong JK. The effects of music therapy on the rehabilitation of patients with chronic schizophrenia. *China J Health Psychol.* 2013;21(1):56-7.

37. Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ. Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan;(1):CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub2
38. Merrill TR. Music Therapy Research: A Historical Portrait. In: Wheeler BL, Murphy K, editors. *Music Therapy Research*. Dallas: Barcelona Publishers; 2016. p.10-25.
39. Mohammadi AZ, Minhas LS, Haidari M, Panah FM. A study of the effects of music therapy on negative and positive symptoms in schizophrenia patients. *Ger J Psychiatry.* 2012;15(2):56-62.
40. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry.* 1979 Apr;134:382-9. DOI: 10.1192/bjp.134.4.382
41. Mössler K, Chen X, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec;(12):CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub3
42. Pesek U. Musiktherapie Wirkung- eine Meta-Analyse. *Musiktherapeutische Umschau.* 2007;28(2):110-35. DOI: 10.13109/muum.2007.28.2.110
43. Qu YN, Huang YF, Zhou ZX, Li LH. The rehabilitation care for elderly patients with chronic schizophrenia in long-term hospitalization. *Guide of Chin Med.* 2012;10(9):552-4.
44. Radulovic R. The using of music therapy in treatment of depressive disorders. Summary [Master Thesis]. Belgrade: Faculty of Medicine University of Belgrade; 1996.
45. Sarason IG, Levine HM, Basham RB. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1983;44:127-39. DOI: 10.1037/0022-3514.44.1.127
46. Schmidt HU, Stegemann T, Spitzer C, editors. *Musiktherapie bei psychiatrischen und psychosomatischen Störungen*. München: Elsevier Urban & Fischer; in Druck 2019.
47. Spitzer RL, Gibbon M, Endicott J. Global assessment scale (GAS), global assessment of functioning (GAF) scale, social and occupational functioning assessment scale (SOFAS). In: American Psychiatric Association, editors. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
48. Talwar N, Crawford MJ, Maratos A, Nur U, McDermott O, Procter S. Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2006 Nov;189:405-9. DOI: 10.1192/bjp.bp.105.015073
49. Tang W, Yao X, Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *Br J Psychiatry Suppl.* 1994 Aug;(24):38-44.
50. Ulrich G, Houtmans T, Gold C. The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Nov;116(5):362-70. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x
51. van der Steen JT, Smaling HJ, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJ, Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 07;7:CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub4
52. Wang S. The effects of music therapy on improvising social function in patients with chronic schizophrenia. *Natl Med.* 2013;25(13):51-2.
53. Wen SR, Cao GY, Zhou HS. The effect of music therapy on the depressive position of patients with schizophrenia. *Chin J Clin Rehabil.* 2005;9(8):195.
54. Wheeler B, Murphy K. *Music Therapy Research*. Third Edition. Dallas: Barcelona Publishers; 2016.
55. Wigram T, De Backer J. *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers; 1999.
56. Wu WY. Social Disability Screening Schedule-Chinese version. In: Zhang MY, editor. *Handbook of Rating Scales in Psychiatry*. Changsha: Hunan Science and Technology Press; 1998. p.163-6.
57. Yang WY, Li Z, Weng YZ, Zhang HY, Ma B. Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. *Hong Kong J Psychiatry.* 1998;8(1):38-40.
58. Zerhusen JD, Boyle K, Wilson W. Out of the darkness: group cognitive therapy for depressed elderly. *J Mil Nurs Res.* 1995;1:28-32.

Korrespondenzadresse:

Dr. Gitta Strehlow
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Bethesda
Krankenhaus Hamburg-Bergedorf, Glindersweg 80,
21029 Hamburg

Bitte zitieren als

Strehlow G. *Wirksamkeit von Musiktherapie im Bereich der Psychiatrie. Eine Zusammenfassung zweier kürzlich publizierter Cochrane Reviews.* *GMS J Art Ther.* 2019;1:Doc04.
DOI: 10.3205/jat000004, URN: urn:nbn:de:0183-jat0000043

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/jat/2019-1/jat000004.shtml>

Veröffentlicht: 13.09.2019**Copyright**

©2019 Strehlow. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.