

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Ludwigs-Maximilians-Universität München

Direktor: Prof. Dr. H.J. Möller

Gesang als therapeutisches Medium bei depressiv verstimmtten Patienten

- Eine empirische Untersuchung -

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwigs-Maximilians-Universitätsklinik zu München

vorgelegt von
Ulrike Boisson

aus
München
Jahr
2005

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Dr. P. Hoff

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. E. M. Meisenzahl - Lechner

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 17.03.05

„Hab einsam auch mich gehärmet
in bangem düsteren Mut.
Und habe wieder gesungen,
und habe wieder gesungen.
Und alles, alles war wieder gut.“

Adalbert von Chamisso (1781-1838)

Gesang als therapeutisches Medium bei depressiv verstimmtten Patienten

- Eine empirische Untersuchung -

Inhalt

	Seite
1. Einführung zur Bedeutung des Singens	7
1.1. Kulturgeschichtliche Anmerkungen	7
1.2. Die Stimme als menschliches Medium	7
1.3. Gesangsforschung	8
1.4. Musiktherapeutische Relevanz der Stimme / des Gesanges	11
1.4.1. Verbreitung und Anwendung	11
1.4.1.1. Vokalimprovisation	13
1.4.1.2. Liedersingen	13
1.4.2. Kinder und Jugendliche	14
1.4.3. Neurologie	16
1.4.4. Geriatrie	16
1.4.5. Psychiatrie	18
1.5. Entstehung, Fragestellung und Ziel dieser Arbeit	21
1.5.1. Fragen	23
1.5.2. Arbeitshypothesen	23
1.5.3. Vorgehensweise	24

2.	Methodik und Material	25
2.1.	Voruntersuchung	25
2.2.	Beschreibung der Untersuchungsbedingungen	25
2.2.1.	Dauer und Häufigkeit der Gesangsstunden bzw. Spielstunden	25
2.2.2.	Beschreibung der Gesangsstunden	26
2.2.3.	Beschreibung der unspezifischen Zuwendung	26
2.2.4.	Rekrutierung der Patienten	27
2.3.	Testinstrumente	27
2.3.1.	Fremdbeurteilungsskalen - Psychopathometrischer Befund	27
2.3.1.1.	HAMS - Hamilton Depression Rating Scale	28
2.3.1.2.	MADRS - Montgomery Asperg Depression Rating Scale	28
2.3.2.	Selbstbeurteilungsskalen - Subjektive Befindlichkeit	29
2.3.2.1.	Bf-S \ Bf-S' - Skala nach Zerssen	29
2.3.2.2.	Frage: Stimmung nach Therapie?	29
2.3.3.	Zusätzlich vorgenommene Untersuchungen	30
2.4.	Die Extremgruppen	30
2.4.1.	Bildung der Extremgruppen anhand eines Auswahlverfahrens	31
2.4.2.	Beschreibung der einzelnen Teilnehmer: Basisdokumentation und Interviews	33
2.5.	Statistische Auswertung	33
2.6.	Patientenkollektiv	34
2.6.1.	Diagnosen	34
2.6.2.	Soziodemographische Daten	35
2.6.3.	Therapieübersicht	35

3.	Ergebnisse	38
3.1.	Das Gesamtkollektiv – Fragebogenanalyse	38
3.1.1.	Fremdratings: HAMS und MADRS	38
3.1.2.	Selbstratings	40
3.1.2.1.	Bf-S / Bf-S`	40
3.1.2.2.	Frage: Stimmung nach Therapie?	43
3.2.	Die Extremgruppen: Vergleich der soziodemographischen und Krankheitsspezifischen Daten	44
3.2.1.	Soziodemodemographische Daten	44
3.2.2.	Diagnosen	49
3.2.3.	Psychiatrische Kurzanamnese	50
3.3.	Einzelfalldarstellungen	54
3.3.1.	Die Patienten der Gesang-Positiv-Gruppe	54
3.3.2.	Die Patienten der Gesang-Negativ-Gruppe	75
4.	Diskussion	96
5.	Zusammenfassung	101
6.	Literaturverzeichnis	103

1. Einführung zur Bedeutung des Singens

1.1. Kulturgeschichtliche Anmerkungen

„Am Anfang war das Wort (Altes Testament)“.

In vielen Schöpfungsmythen erklingt am Anfang das Wort, der Schrei oder der Schöpfungsgesang, aus dessen Klang die Welt in Erscheinung tritt (Timmermann 1987).

Die zentrale initiale Bedeutung der Stimme kann nicht deutlicher ausgedrückt werden.

In Kulturkreisen, wie z. B. der indischen, chinesischen, tibetischen oder indianischen Kultur kommt dem Singen, und vor allem der Heilkraft des Singens immer noch ein hoher praktischer Stellenwert zu. Ebenso wird der Gesang häufig zur Erleichterung schwerster Arbeit genutzt, da sich im Rhythmus die Bewegungskoordination verbessert und der Atem intensiviert (Rittner 1996a). Früher war dies auch in unserer Kultur üblich (Adamek 1996b). Auf dem Feld und im Haushalt sangen besonders Frauen gerne für sich und ihre Kinder. Heute läuft statt dessen eher das Radio oder der Fernseher (Bauer 1991).

Adamek belegt durch zahlreiche Beispiele aus der Ethnologie, aus verschiedenen Religionen, Mythen und Bräuchen die Kraft, die im Singen zu finden ist (Adamek 1996b).

In traditionellen Gemeinschaften findet Singen häufig in Verbindung mit Körperbewegungen und Tanz statt. Diese Riten führen die Beteiligten in einen Trancezustand. Überreste dieser Rituale können im Fußballstadion, durch Kirchenchöre, beim Schunkeln oder durch den Gesang von Schlaf- und Wiegenlieder beobachtet werden (Rittner 1996a). Im therapeutischen Bereich nutzt die „Klangtrance“ als musiktherapeutisches Medium ebenfalls die menschliche Stimme zur Tranceinduktion (Rittner, Hess 1996).

1.2. Die Stimme als menschliches Ausdrucksmittel

Im Lexikon der Musiktherapie beschreibt Ritter die Stimme als „primäre Expressivform des Menschen“. Sie bildet die Basis für zwischenmenschliche Kommunikation und ist reflektorisch untrennbar verknüpft mit den Grundfunktionen von Atmung und Bewegung. Als Trägerin des tieferen Gehaltes der Sprache koppelt sie mit Hilfe der sog. prosodischen¹ Merkmale den logisch-rationalen Sprachinhalt an die emotionale Bedeutung. Jede Stimme besitzt ihre eigene, unverwechselbare Klangfarbe, die auf den Persönlichkeitsmerkmalen und

¹ Prosodic = extralinguale Bestandteile des sprachlichen Ablaufes wie Intonation, Artikulation, Akzentuierung, Pausenwahl, etc.

anatomisch-physiologischen Gegebenheiten jedes Menschen beruhen. Diese komponieren auf vielschichtige Weise das individuelle Obertonspektrum. Auch wenn sich unsere Stimme wechselnden Situationen und Rollen anpaßt, so tönt der individuelle Stimmklang als direktester Ausdruck unserer Persönlichkeit und unseres Lebens- und Reifungsprozesses doch durch alle angenommenen „sozialen Masken“ hindurch (Rittner 1996a).

Für Gundermann ist die menschliche Stimme „lauthafte Biographie“ (Gundermann 1977).

Adamek spricht sogar von einem „klingendes Hologramm der Persönlichkeit“ in seiner aktuellen psychischen Befindlichkeit (Adamek 1996b).

Breiter sieht die eigene Stimme als „intensivstes und ausdruckstärkstes Instrument“. Sprachliche Wendungen drücken den Zusammenhang der Stimme mit Macht und Handlungsfähigkeit aus: z. B. Stimmrecht, die Stimme erheben, die Stimme des Gesetzes, bestimmen, abstimmen... Die Befreiung der Stimme zu vielfältigen Ausdrucksmöglichkeiten bedeutet gleichzeitig die Freisetzung unterdrückter Gefühle und Energien. Dies kann ein wichtiger Schritt zur Selbstheilung und zur Selbstbestimmung sein (Breiter 1991).

Ebenso wird die Stimme als „persönlichstes und intimstes Instrument“ (Jochims 1990c) gesehen. In ihrer Nutzung liegt folglich auch ein Konfliktpotential. Meist bestehen bei den Klienten anfangs Hemmungen oder sogar Abwehr. Für viele impliziert der stimmliche Ausdruck, die Maske fallen zu lassen, sein eigenes Sein zu offenbaren, verletzlich werden, etc. (Jochims 1990c, Adamek 1996b).

Daher ergeben sich häufig folgende Probleme innerhalb der Therapie:

- brüchige, nicht makellose Stimme (Leistungsproblematik, Selbstwertproblematik, Maske oder Wahrhaftigkeit, das Leben mit dem eigenen Schatten)
- die Stimme gehorcht nicht. (Kontrollproblematik, Vertrauensproblematik)
- gegen den Willen kommen ekelhafte oder wollüstige Laute (Über-Ich-Problematik „das tut man doch nicht; Verhältnis zur Erdhaftigkeit, Vitalität und Sexualität)
- gegen den Willen entstehen „alberne“ Klangspielereien (Kontrollproblematik; Über-Ich-Problematik; Trauer um die verlorene Welt kindlichen Spiels) (Jochims 1990c).

Da der stimmliche Ausdruck sowohl mit dem Körpergefühl, der Atmung und Haltung der Person in engem Zusammenhang stehen, wird die Arbeit mit der Stimme als besonders wertvoll für Psychosomatiker betrachtet, da diese die lebendige und positive Beziehung zu ihrem Körper verloren haben (Jochims 1990c).

1.3. Gesangsforschung

Nach Ritter ist die psychische Funktion des Singens als menschliches Verhalten erst in den allerersten Ansätzen erforscht (Ritter 1996b). Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Entwicklung des Singens als Kunstform wurde vergleichsweise intensiv betrieben, allerdings mehr unter den funktionalen Gesichtspunkten der Stimmentwicklung und der Phoniatrie (Husler 1965, Seidner 1982). Selbst in der Stimmheilkunde werden fehlende wissenschaftliche

Erkenntnisse über den Zusammenhang von Stimme und Psyche beklagt, obwohl die Psyche als ein Hauptfaktor hervorgehoben wird, der die Stimmqualität beeinflusst (Tinge 1987).

Einer der ersten, die sich mit der Untersuchung des Zusammenhanges von Stimmklang und psychischen Störungsbildern befaßt hat, war Moses (1965). In seinem Werk „Die Stimme der Neurose“ legt er sowohl seine Technik und Theorie der Stimm-Analyse dar, als auch ihre Anwendung bei der Erforschung der normalen und der emotional gestörten Persönlichkeit. Er kritisiert die Detailanalysen der menschlichen Stimme (graphische Stimmaufzeichnungsanalysen, apparative Diagnostik wie Stroboskopie u.v.a.), die heutzutage überwiegend angewendet werden. „Der Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und ihrem Ausdruck geht im Irrgarten der Details verloren (Moses 1965)“.

In jüngster Zeit befaßte Adamek (1996c) befaßte sich in einer umfangreichen Studie mit mehr als 500 Teilnehmern ob und in welchen Ausprägungsformen das Phänomen des Singens als *psychische Bewältigungsstrategie* gesehen werden kann. Anhand eines Pretests mit 88 Lehramtsstudierenden, der überwiegend freie Antwortmöglichkeiten zuließ, wurde ein möglichst erlebnis- und verhaltensnaher standardisierter Fragebogen konzipiert. Dieser erfaßt die Einstellung zum Singen allgemein, das Singverhalten hinsichtlich von Belastungssituationen, die Häufigkeit des Singens und anamnestische Variablen wie frühkindliches Singen mit der Mutter, Erfahrungen in der Schule, Erlebnisse, sich zum Singen gezwungen gefühlt zu haben, Bewertungen kindlicher Lautäußerungen im Elternhaus, Modellwirkungen anderer, etc. Darüber hinaus enthält der Fragebogen allgemeine soziographische Variablen. Diesen Fragebogen beantworteten 358 Lehr- amtsstudierende (Hauptstichprobe), 43 Gymnasialschüler, 33 Lehrer im Alter zw. 30-45, 19 Lehrer im Alter über 65, 24 Industriearbeiter und 29 Chorsänger (Kontrollgruppen).

Weiter führte er einen Konzentrations-Leistungstest (nach Düker), einen selbst entwickelten physischen Leistungstest und einen Persönlichkeitstest (Freiburger Persönlichkeitsinventar) durch.

Anhand der Ergebnisse kann Adamek nachweisen, daß Singen, und zwar das alltägliche, das für sich alleine stattfindet, eine effektive Strategie zur Alltagsbewältigung des Einzelnen im Sinne der Regulation von Emotionen darstellt. Daher fördert Singen die psychische und physische Gesundheit. Dies entspricht nach Adamek den Ergebnissen der Psychoneuroimmunologie und Copingforschung, nach denen sich die Fähigkeit zur Bewältigung von Emotionen positiv auf die Gesundheit auswirkt. (Schüßler u. Leibing 1994). Der Autor gibt zu bedenken, daß man nicht gleichzeitig singen und grübeln kann. Daher erreicht auch ein relativ Ungeübter durch Singen Ebenen der Selbstwahrnehmung, Selbstbegegnung und Selbstversenkung, die er mit anderen Mitteln erst nach jahrelanger Übung erreichen würde. Adamek kommt zur Überzeugung, die Qualität der Selbstwahrnehmung eines Menschen bestimme die Qualität seines Lebens und seiner Gesundheit (Adamek 1990c).

Die Daten seiner Untersuchungen belegen: Nichtsinger hatten in der Regel in der Kindheit keine oder zu wenig Erfahrungen mit dem Singen im Elternhaus und erlebten häufig traumatische Situationen in Bezug auf Singen in der Schule, so daß für sie Singen seither Streß bedeutet. Knapp die Hälfte der Untersuchungsteilnehmer hätte derartige Erfahrungen. Kindergärtnerinnen berichten, daß die Kinder heutzutage zum Teil nicht mehr in der Lage sind zu Singen, da die Eltern es auch nicht täten. Für die Gruppe der Traumatisierten bedarf es vor der therapeutischen Nutzung des Singens einer zuvor erfolgten erfolgreichen Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen. Experimente erbrachten, daß auch im Erwachsenenalter diese Fähigkeit zum Singen durch kurzfristige pädagogische Interventionen meßbar weiterentwickelt werden können.

Singen als Bewältigungsstrategie kann unabhängig vom Geschlecht von früher Kindheit an bis ins hohe Alter genutzt werden. Im Zuge des Erwachsenwerdens verlieren Männer häufiger als Frauen den unbeschwerten Zugang zu dieser Bewältigungsstrategie. Die Selbstbegegnung im seelischen Schmerz und seine Bewältigung durch Singen ist offensichtlich bei Frauen stärker ausgeprägt, die Verarbeitung von Streß und negativem Gefühlsstau wie Wut, Ärger etc. stärker bei Männern.

Singen als Bewältigungsstrategie wird offensichtlich gelernt und ist nicht automatisch dadurch gegeben, daß jemand gerne singt. Das „Gerne-Singen“ ist dafür zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung. Offensichtlich kommt Singen als Bewältigungsstrategie aus grundlegenden Schichten der Person, wirkt wieder auf diese zurück und hängt vom Grad der Bereitschaft sowie der Fähigkeit der betreffenden Person zur Selbstwahrnehmung ab.

Seine statistischen Berechnungen legen nahe, daß die Fähigkeit, der „Lebensenergie spendenden Kraft des Singens“ im späteren Leben spontan nutzen zu können, in jedem Alter gelernt werden kann. Durch das frühkindliche gemeinsame Singen mit der Mutter oder einer anderen Bezugsperson wird der Zugang allerdings am einfachsten erworben.

Adamek folgert aus seinen Untersuchungsergebnissen:

Singen als **Energieintegrator** bedeutet Entspannung für Psyche und Physis, hilft dem Singenden, überschüssige, ansonsten „vagabundierende“ physische wie psychische Energie zu kanalisieren und zu integrieren. Dies gilt für positive und negative Gefühle.

Singen kann (...) als **Energiegenerator** zur Freisetzung physischer und/oder psychischer Energieresourcen genutzt werden. Singen als Energiegenerator bedeutet gleichzeitig Entspannung und Erzeugung eines höheren energetischen Zustandes von Physis und Psyche. Dies gilt bei positiver und negativer Gefühlslage.

Singen als **Energietransformator** kann auch Prozesse der Selbstreflexibilität fördern ...und bedeutet eine Bewußtwerdung und konstruktive Umformung bezüglich des eigenen augenblicklichen psychophysischen Zustandes. Auch dies gilt bei positiver und negativer Gefühlslage. (Adamek 1996c)

Adamek betrachtet es als naheliegend, daß die hier erläuterten Ergebnisse, die sich auf das Singen als Alltagsverhalten beziehen, in der therapeutischen Gruppensituation noch deutlicher aktiviert und genutzt werden können.

Weiter stellt der Autor fest, liegt die Fähigkeit des Singens in Industriestaaten nur noch rudimentär vor oder ist ganz verkümmert. Vor hundert Jahren war noch eine ganz andere Alltagskultur des Singens vorhanden. Die Singfähigkeit bildet sich vor dem Hintergrund der Alltagskultur des Singens, die der einzelne in seinem Lebensumfeld vorfindet, und ist nicht das Ergebnis einer automatischen Entwicklung. Aufgrund seiner Ergebnisse, die Singen als Gesundheit - förderndes Verhalten belegen, spricht er sich für die Wiederbelebung der Singkultur aus. Singen als Alltagsverhalten ist nach Adamek als lernbares Gesundheitsverhalten interessant in unserem Gesundheitswesen, es dient der Prävention und erhält als *Hilfe zur Selbsthilfe* Bedeutung für die Zukunftsgestaltung (Adamek 1996b).

1.4. Musiktherapeutische Relevanz der Stimme / des Gesanges

1.4.1. Verbreitung und Anwendung

Musiktherapie als psychotherapeutische Behandlungsmethode erhält einen wichtigen Stellenwert in der Behandlung somatischer und psychischer Erkrankungen (Smeijsters 1994). Obwohl die Stimme das ureigenste Instrument des Menschen ist, nimmt ihre Verwendung zum Gesang bisher im musiktherapeutischen Alltag nur eine untergeordnete Rolle ein (Rittner 1996a). Zumeist mangelt es den Therapeuten an eigenen Erfahrungen im Umgang mit dem Gesang. Die angehenden Musiktherapeuten haben in der heutigen Ausbildungsrealität viel zu wenig Möglichkeiten, ihre Fähigkeiten zum Einsatz der Stimme als therapeutisches Agens im Wechselspiel von Theorie und Selbsterfahrung zu trainieren (Rittner 1996b). Die Wissenschaft befindet sich noch ganz am Anfang. In Osteuropa wird dem Gesang sowohl in Ausbildung als auch Praxis deutlich mehr Bedeutung beigemessen (Adamek 1996b). Auch in andere Kulturen (vgl. Kap. 1.1.) kommt der Heilkraft des Singens sogar ein hoher praktischer Stellenwert zu.

Eine Untersuchung von Boller stellt 1985 fest, daß nur 4,8% der befragten Musiktherapeuten „auf die Stimme als Instrument“ verweisen. Er drückt in diesem Zusammenhang seine Hoffnung aus, „...daß die spärlichen Hinweise auf den Einsatz der Stimme als Instrument in der gewissermaßen als selbstverständlich angesehenen Aufnahme des Instrumentes in den Instrumentenkatalog begründet liegen“ (Boller 1985).

Eine Fragebogenuntersuchung von Muthesius D. (1990b), an der 67 Musiktherapeuten aus der ehemaligen BRD einschließlich Westberlin teilnahmen, befaßt sich neben gegebenen Arbeitsbedingungen und angewendeten Methodiken

mit den verwendeten Arbeitsmaterialien. Es stehen zur Auswahl folgende Medien: Musikinstrumente, Stimme, Sprache, Körper/Bewegung, bildnerisches Material, sonstiges Spielmaterial, Tonträger (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Gesamtüberblick: Material. Nach Muthesius D. (1990b), Musiktherapie im klinischen Bereich.

<i>Material</i>	<i>geistig Behin- derte</i>	<i>Geronto- psychiatr. Patienten</i>	<i>Ab- hängig- keits- kranke</i>	<i>Neurotisch erkrankte Kinder und Jugendl.</i>	<i>Verhaltens- gestörte Kinder und Jugendl.</i>	<i>Psych. kranke Pat.</i>	<i>Neurot. kranke Pat.</i>
Musik- Instrumente	28	7	32	29	24	28	31
Stimme	22	29	28	13	16	19	20
Sprache	12	23	25	11	10	18	27
Körper/ Bewegung	19	19	2	17	22	11	6
Bildnerisch	5	5	4	15	11	8	3
sonst.Spiel- material	7	4	0	8	12	2	2
Tonträger	7	13	9	7	5	14	11

Bei den meisten Patienten steht die Beschäftigung mit Musikinstrumenten an erster Stelle, gefolgt von Stimme und Sprache. Eine Ausnahme bildet die Arbeit mit gerontopsychiatrischen Patienten. Hier wird vorrangig mit Stimme und Sprache gearbeitet. Dieser Sachverhalt spiegelt sich auch in der unten näher erläuterten Literatur wieder.

1995 ergab eine Umfrage von Engelmann in allen psychiatrischen Abteilungen Deutschlands, daß Gesang innerhalb der musiktherapeutischen Behandlung mit 18% nach wie vor eine eher untergeordnete Rolle spielt (Engelmann 1995).

Hierzulande findet die Stimme in der musiktherapeutischen Praxis in zwei recht unterschiedlichen Formen Anwendung. Die Improvisation mit der Stimme (Vokalimprovisation) und das Liedersingen. Da die vorliegende Arbeit sich nicht mit erstgenannter Therapieform beschäftigt, soll sie hier nur kurz vorgestellt werden.

1.4.1.1. Vokalimprovisation

„Vokalimprovisation ist der Einsatz des gesamten Ausdrucksspektrum stimmhafter wie stimmloser Äußerungen, meist im Schutz einer Gruppe mit oder ohne Themenvorgabe unter Gebundenheit an persönliche, situative, musikalische oder symbolische Inhalte mit musikalisch-künstlerischer, pädagogischer oder therapeutischer Zielsetzung. Die vokalen Äußerungen lassen sich aufgliedern in Körpergeräusche, stimmlose Konsonanten, stimmhafte Konsonanten, Vokale in Form von Einzeltönen, kurzen Tonfolgen oder Melodien sowie sprachliche Elemente“ (Rittner 1996a).

1.4.1.2. Liedersingen

Im musiktherapeutischen Alltag findet überwiegend das Singen von Liedern Verwendung. Es sind nicht zwingendermaßen nur Musiktherapeuten, die Gesang als therapeutisches Medium im Krankenhaus anbieten können. Auf mancher Station ist es seit langem üblich, daß Krankenschwestern gemeinsam mit den Patienten singen. Aber auch beim Liedersingen können zwei verschiedene, oft ineinander fließende Formen beobachtet werden.

Liedersingen impliziert

1. das Singen bekannter Volkslieder, Kanons, Kirchenlieder etc.
2. das Singen selbst komponierter Melodien und/oder Texte, die der jeweiligen Therapiesituation entsprechen.

Aus der Literatur wird ersichtlich, Singen findet überwiegend bei jungen und alten Menschen, geistig Behinderten, neurologisch und psychisch Erkrankten Einsatz. Daher sollen diese Bereiche im Folgenden exemplarisch vorgestellt werden. Das verwendete Material stützt sich vor allem auf Erfahrungsberichte von Musiktherapeuten, da - wie oben bereits erwähnt - in diesem Sektor nur wenig wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen. Es kann davon ausgegangen werden, daß Singen ebenso in anderen, hier nicht erwähnten Fachrichtungen erfolgreich praktiziert wird.

1.4.2. Kinder und Jugendliche

Ein großer Teil der Musiktherapie wurde in der Arbeit mit Kindern entwickelt, sowohl in der Heil- und Sonderpädagogik, als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Nordoff-Robbins 1983, Alvin 1988, Orff 1990). Stern betont die wichtige Stellung der kreativen Künste in der allgemeinen Kinderentwicklung, da diese die natürliche Wißbegierde erwecken. Seiner Auffassung nach sind es insbesondere Lieder, die die Bindung zwischen Patient und Therapeut fördern (Stern).

Eine musiktherapeutische Maßnahme, die die Mutterstimme zur Krisenintervention nach Frühgeburt nutzt, ist die von Nöcker-Ribaupierre (1995) entwickelte „Auditive Stimulation“. Anhand der Forschungsergebnisse konnte gezeigt werden, daß die frühgeborenen Kinder, die eine von der Mutter besprochene oder besungene Tonbandaufnahme täglich 5-6 mal hörten, in ihrer Entwicklung gefördert wurden. In ihren Untersuchungen stützt sich die Autorin auf neueste Forschungsergebnisse unterschiedlicher Disziplinen: Entwicklungsneurologisch auf der Ontogenese des Hörsystems (Rubel 1984), der Fähigkeit des Wiedererkennens pränatal gehörter Stimmen (DeCasper 1980, Tomatis 1986, Stern 1992), entwicklungsphysiologisch auf die Annahme, dem Kind über eine auditive Stimulation sensorische Reize zur Entwicklung des noch unreifen Zentralnervensystems zu geben und damit vitale Funktionen anzuregen, entwicklungspsychologisch auf dem Wissen um die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung und deren Bedeutung für die psychische Entwicklung des Kindes, sowie den Ergebnissen der Säuglingsforschung (Stern 1992). Weiter geht sie aus von der Annahme, es bestünde ein direkter, vom Cortex unabhängiger Weg der akustischen Beeinflussung. Dieser leite nicht nur vegetative, sondern auch emotionale und motivationale Verhaltensweisen. Auch bei schwerster Beeinträchtigung des Cortex bleibe dieser Weg erhalten und sei - ebenso in der Phylogenese, auch in der Ontogenese - dann schon funktionsfähig, wenn der Cortex noch nicht voll entwickelt sei (Nöcker-Ribaupierre 1995).

Sie sieht hier die Basis für therapeutische Arbeitsbereiche, die der Verbalisierung nicht zugänglich sind, z.B. in der Rehabilitation von komatösen und sog. apallischen Patienten, in der Arbeit mit Patienten mit schwerer sensorischer Behinderung oder auch autistischen Patienten (Nöcker-Ribaupierre 1995).

Bei den zuletzt genannten autistischen Kindern bzw. Erwachsenen, die vor allem durch tiefgreifende Kontaktstörungen zu sich selbst, zu anderen Menschen und zu Gegenständen gekennzeichnet sind (Schumacher 1994), wirke Musiktherapie als non-verbale Interaktionsmöglichkeit (Weber 1991). Besonders für die z.T. stark verzögerte Sprachentwicklung hat sich das Singen von Liedern als bewährte Methode heraus-kristallisiert. Es dient der Sprachschulung und dem Abbau von Hemmungen. Das Lied ist als Brücke zwischen non-verbaler und verbaler Therapiephase zu sehen (Weber 1991).

Alvin beurteilt die Arbeit mit der eigenen Stimme: „Sie kann dazu beitragen, das Hörbewußtsein des Kindes zu entfalten, ein Bewußtsein für die Atemvorgänge und

die Stimme zu entwickeln und schließlich zur Entwicklung von Selbstvertrauen und Persönlichkeit des Kindes beizutragen (Alvin 1988)“.

In der Nordoff/Robbins-Musiktherapie werden Lieder entsprechend der gewählten Intentionen ausgewählt, z.B. zur Entwicklung von Spielfertigkeiten, Erweiterung und Bereicherung des Erlebens, Festigung der wechselseitigen Beziehung, Entwicklung verbaler/vokaler Ausdrucksfähigkeit und des Selbstvertrauens (Nordoff u. Robbins 1983).

Rett et al. (1981) arbeiten musiktherapeutisch mit cerebralorganisch behinderten Kindern. Ihre Beobachtungen zeigen, daß vor allem bei geistig Behinderten die rasche und fast automatische Aufnahme bestimmter Melodien möglich ist. Sie ziehen hier die Parallele zum großen Erfolg der Schlager und kommen zu folgender Hypothese: „Es sind offenbar ganz bestimmte, wahrscheinlich sogar gesetzmäßige Tonfolgen, Rhythmen und Melodien, die ohne Filterung durch ein intaktes oder auch ein geschädigtes Großhirn auf dem Wege Außen-Mittel-Innenohr ins Stammhirn vordringen und von dort aus die Fülle der vegetativ gebundenen und gesteuerten Funktionskreise des Organismus beeinflussen. Schaltet der Hirngesunde die intellektuell gesteuerte Kontroll-Instanz der Großhirnrinde bewußt aus, oder wird sie durch die vor allem im Pop-Geschäft übliche exzessive Lautstärke „erschlagen“, bzw. durch forcierte rhythmische Aktivität des Körpers der Großhirn-Kontrolle entzogen, so geht diese Art von Musik auf kurzgeschlossenem Weg ins Vegetativum ein. Beim zerebralgestörten Kind bleibt häufig kein anderer Weg offen, und das Kind kann nur in dieser Form, d.h. über diese Bahn perzipieren und reagieren. Klassik überfordert das geistig behinderte Kind. Musik und Musikalität diene als Führungsfunktion und Verstärker für andere Bereiche wie Sprache, Motorik, Antrieb, Konzentration und Verhalten. Als Liedmaterial seien Kinderlieder, später Volkslieder geeignet, sie seien allerdings der Entwicklungsstufe des Kindes anzupassen, damit das behinderte Kind sich ernst genommen fühlt (Rett et al. 1981).

1.4.3. Neurologie

In vielen Fällen werden neurologische Erkrankungen wegen ihrer plötzlichen Erscheinung mit resultierenden physischen und/oder mentalen Beeinträchtigungen als traumatisierend erlebt (Jochims 1990a). Im Hinblick auf das, was zunächst als hoffnungslose neurologische Zerstörung aussieht, scheint Musik eine Schlüsselfunktion in der Wiederherstellung früherer Fähigkeiten zu haben (Aldrige 1994). Besonders in der Aphasier Rehabilitation (Keith 1975, Lucia 1987, Jochims 1990a, Lehmann u. Kirchner 1986,) wurden anhand der Arbeit mit Gesang erstaunliche Erfolge berichtet. Auch bei komatösen Patienten konnte durch Gesang, der sich nach den Atmungsmustern der Patienten richtete, ein verändertes Bewußtsein beobachtet und auf einer Koma-Meßskala gemessen werden (Gustoff 1990).

1.4.4. Geriatrie

Das Liedersingen mit alten Menschen wird von allen Autoren befürwortet. Hier wird überwiegend mit vertrautem, aus der Jugend bekanntem Liedgut gearbeitet. Therapeutische Ziele sind emotionale Aktivierung, Erinnerungsaktivierung (Schwabe 1984, Bright 1984, Muthesius 1990a, Scheu 1990, Hansen 1997) und die damit verbundene Trauerarbeit (Jochims 1990b, Muthesius 1990a, Hansen 1997).

Das Singen altvertrauter Lieder regt Erinnerungen an. Die Tätigkeit des Erinnerns wiederum birgt potentiell die Möglichkeit der Vergangenheitsbewältigung. Viele Lieder beschäftigen sich mit dem Abschied nehmen, Verlassen werden, Sterben und Tod. Sie spiegeln auch ein Stück Lebenserfahrung der Patienten wieder. Schlaf- und Wiegenlieder sind den meisten Menschen aus ihrer Kindheit vertraut. Sie vermitteln Schutz, Geborgenheit und Trost, gleichzeitig beinhalten sie auch Ängste und Sorgen (Hansen 1997). Zum Erinnern gehört aber auch die Möglichkeit zur Mitteilung, um Erinnertes einzuordnen, neu auszulösen, eventuell richtigzustellen, zu bewerten, es als wertvoll anerkannte Erfahrungen nützlich zu machen, Mitleid zu spüren, etc. Diese Aufarbeitung ist sehr bedeutsam zur Vorbereitung auf den Tod. Ist diese Möglichkeit nicht gegeben, werden die Gedanken stereotyp, drehen sich im Kreise und sind oftmals Auslöser für paranoide oder depressive Entwicklungen, wahrscheinlich sogar für Abbauprozesse. Die Erinnerung mittels altbekanntem Liedgut läßt das Altgedächtniß aufleben und stellt somit eine Möglichkeit dar, intellektuelle Fähigkeiten wieder zu erlangen“ (Muthesius 1990a). Die Senioren fühlen sich im Altenheim oft einsam und resignieren. In der Wahrnehmung noch vorhandener Fähigkeiten wie das Singen liegt für sie die Chance, im jetzigen Leben noch etwas Lebenswertes zu finden (Hansen 1997). Neu zu erlernende Lieder tragen dazu bei, das Leben im „Hier und Jetzt“ konstruktiv zu gestalten (Scheu 1990) und fördern die Realitätsorientierung alter Menschen (Bright 1984). Die beim Singen

vermittelten Erfolgserlebnisse steigern das Selbstwertgefühl. Singen bedeutet ebenso körperliche Aktivität und unterstützt die Entwicklung eines Sinns für Freude (Bright 1984). Insbesondere das Singen in der Gruppe fördert soziale Kontakte und den interpersonellen Austausch von Erfahrungen, Gefühlen und Gedanken (Bright 1984, Schwabe 1984, Scheu 1990). Es ist daher wichtig, alterierend mit dem gemeinsamen Singen Raum für Gespräche und Nachdenken zu lassen, um Gemeinschaftserleben und emotionales Mitschwingen zu ermöglichen (Hansen 1997).

Singen wird als guter Einstieg in der Arbeit mit alten Menschen betrachtet. Durch das Lied erleben sie oft ihre Stimme wieder und dann erst wird ein therapeutisch geführter Dialog ermöglicht (Loose-Blohm, 1990).

Von einigen Autoren wird betont, daß Liedersingen die musikalische Sozialisation der heute alten Menschen ist, die Stimme damals häufig das einzige Instrument, der einzige aktive Umgang mit Musik war (Muthesius 1990a, Scheu 1990, Hansen 1997, Adamek 1996c).

Muthesius schreibt in diesem Zusammenhang: „Das Singen von Liedern, also das Anerkennen und Miterleben früherer Werte, hilft Erinnerungen zu bewerten, zu verarbeiten, hervorzulocken; hier ein musikalisches Verfahren anzuwenden, das Neues fordert (wie z.B. Improvisation), also Experimentier- und Spielbereitschaft, völlig neue Ausdrucksformen etc., wäre kontraindiziert, denn es geht um Besinnung, Rückbesinnung. Der Patient soll seine eigenen Ausdrucksformen besser nutzen lernen und der Therapeut muß dazu um diese wissen und sie fördern. Nicht umgekehrt: daß der Patient erst die Ausdrucksmöglichkeiten der Therapeuten lernen muß, ehe dieser ihm helfen kann (Muthesius 1990a)“. Die Musiktherapeutin gibt jedoch zu bedenken, daß das Arbeitsmittel „Lieder-Singen“ nicht mehr lange diese Wertigkeit haben wird, da die musikalische Sozialisation der nächsten Generation ganz anders aussehe. „Viele, die jetzt 30 Jahre alt sind, werden lange suchen müssen, um eine Musik zu finden, die nur annähernd den Erinnerungswert hat, den Lieder jetzt für die alten Menschen haben. Und wenn sie gefunden sind, BEATLES; PINK FLOYD oder ELVIS PRESLY; sind sie nicht einfach zu singen. Doch im Moment hat dieses Arbeitsmittel noch Gültigkeit und erweist sich als das Beste (Muthesius 1990a)“.

Anhand einer selbst durchgeführten explorativen Studie mit 10 Patienten zeigt Grümme (1995), daß die Singfähigkeit dementiell Erkrankter jedoch nicht immer gleichermaßen vorhanden ist. Ihren Untersuchungen zufolge, gibt es drei unterschiedliche Gruppen.

- 1.: Patienten, deren Singfähigkeit völlig versiegt zu sein scheint.
- 2.: Patienten die in der Lage sind, Text- und Melodiefragmente zu erinnern und zu reproduzieren
- 3.: Patienten, die über ihre Singfähigkeit verfügen.

Als Ursache sei es „nicht hinreichend, die unterschiedlich ausgeprägte bzw. nicht mehr vorhandene Singfähigkeit ausschließlich aufgrund der Heterogenität der

Krankheitsbilder und der unterschiedlichen Stadien im Krankheitsverlauf zu erklären.“ Einen wichtigen Zusammenhang sieht sie in dem „*Niveau entwickelter musikalischer Fähigkeiten über die gesamte Lebensspanne*“ und „*wie häufig*“ die Untersuchungsperson im Verlauf ihres Lebens gesungen hatte.“ Mit Ihrer Studie stellt Sie sich gegen die ihrer Meinung nach im deutschen Sprachraum verbreitete Auffassung der stets vorhandenen Singfähigkeit im Alter (Fuhrmann 1979, Schwabe 1984), und damit auch gegen die Bevorzugung des Gesanges gegenüber dem instrumentalen Spiel in der Gerontopsychiatrie.

Sie sieht sich bestätigt durch eine von Clair und Bernstein (1990) durchgeführte Studie mit drei Alzheimer-Patienten, die 15 Monate lang musiktherapiert wurden. In den letzten Wochen wurden Daten gesammelt über die Kommunikationsfähigkeit, das Singen und das instrumentale Gestalten. Die Autoren stellen fest, obgleich die Untersuchungspersonen im Verlauf der 15 Monate zunehmend in kognitiver, physischer und sozialer Hinsicht abbauten, beteiligten sie sich dennoch in den letzten 11 Wochen der Untersuchungsdurchführung an den musikalischen Aktivitäten. Insgesamt partizipierten die drei Patienten vergleichsweise aber mehr am instrumentalen Gestalten als an der Aktivität des Singens (Clair u. Bernstein 1990).

1.4.5. Psychiatrie

In der allgemeinen Psychiatrie (abgesehen von der Gerontopsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie) wird bisher überwiegend (vgl. Tab. 1) mit Instrumentalimprovisation gearbeitet.

Jedoch gibt es auch einzelne Berichte über die Anwendung des Gesanges. Jaedicke aus der ehemaligen DDR schilderte bereits 1954 seine Erfahrungen mit Gruppensingtherapie in einem klinischen Sanatorium. Er stellte fest, daß Singen die Regulierung psychogenen Fehlverhaltens bei psychophysischen und kommunikativen sozialen Störungen bewirkt. Gute Ergebnisse wurden erzielt bei älteren Menschen mit depressiven, angstgetönten und hypochondrischen Symptomen, bei Migränepatienten, bei Patienten mit Persönlichkeitsstruktur und bei jüngeren Asthmatikern, bei denen es zu einer Reduzierung der Angst, der Anfallshäufigkeit und der Verkrampfung gekommen sei (Jaedicke 1954).

Schwabe veröffentlichte bereits in den sechziger Jahren sein Konzept und Erfahrungen mit der Gruppensingtherapie bei der Behandlung von Neurosen. Sie fördere die Kommunikationsbereitschaft und -fähigkeit, das Geborgenheitserlebnis, die Fähigkeit zum ästhetischen Erleben und das bewußte Nachvollziehen organisch-funktioneller Vorgänge des Spannens und Lösens (Schwabe 1965, 1966).

Schmuttermayer (1983) untersuchte anhand einer Gruppe mit 25 schizophrenen Patienten die Auswirkungen vierer verschiedener musiktherapeutischer Techniken (Musikhören, Singen, Tänzerische Bewegung und Instrumentalspiel) auf die Befindlichkeitsmerkmale „Angst“ und „Aktiviertheit“. Zur Einschätzung wurde die Eigenschaftswörterliste von Janke und Debus (EWL-K) eingesetzt. Die Autorin kommt anhand ihrer Ergebnisse zu folgenden Schlußfolgerungen:

- „1. Eine Aktivitätszunahme wird am gesichertsten durch das Instrumentalspiel erreicht, im Bereich mittlerer Aktivitätszunahme durch das Singen und Musikhören.
2. Aktivitätsabnahme erfolgt durch die Tänzerische Bewegung, aber auch durch das Musikhören.
3. Ängstlichkeitszunahme kann durch das Instrumentalspiel und die Tänzerische Bewegung ausgelöst werden, ungesteuert durch das Musikhören.
4. Ängstlichkeitsabnahme erfolgt in erster Linie durch das Singen, die Tänzerische Bewegung und das Instrumentalspiel, ungesteuert durch das Musikhören.“

Schubert (1989) führte jahrelang Gruppenmusiktherapie mit depressiven Patienten durch. Sie gliederte die Sitzungen in drei Teile. Nach Entspannungsübungen folgten Spiele auf Orff'schen Instrumenten. Anschließend wurde gesungen. Die Autorin nennt das Singen in der Depressivgruppe den willkommensten und therapeutisch wohl wirkungsvollsten Programmteil. Die meist weiblichen Patienten singen ausgesprochen gern und meist gut. Da das durchschnittliche Alter bei etwa 55 Jahren liegt, sind vor allem Volkslieder, Wanderlieder und solche, die die Jahreszeiten besingen sehr gefragt. Die Texte sollen konstruktiv sein, nicht zu romantisch, rührselig oder gar depressiv stimmend. Die Begleitung am Klavier gibt Stütze, Sicherheit und Schwung. Sehr geeignet, weil kommunikativ, erfrischend und stimmungshebend sind auch Kanons. Zusammenfassend beurteilt die Musiktherapeutin die einzelnen Therapieteile:

1. Teil: Entspannungsübung: Passivität, Rezeptivität, Annehmen des Körpers, der Seele, der Krankheit, der Beschwerden
2. Teil: Spiele auf den Orff'schen Instrumenten: Aktivität, Flexibilität, Interaktion, Training der Konzentration, Gedächtnis, Ausdauer und Kontaktaufnahme
3. Teil: Singen: Befreiung, Stimmungsaufhellung (Schubert 1989)

Die häufigsten und besonders charakteristischen Symptome der Depression (vgl. Tab. 2) seien zum besseren Verständnis der besonderen Problematik kurz wiedergegeben.

Tab. 2. Symptome der Depression (nach Hippus 1979)

<i>Symptomatik</i>	<i>Depression</i>
Stimmung	schwermütig, gedrückt, traurig, gleichgültig, ängstlich, gereizt
Denken	formal: gehemmt, langsam, Einfallsarmut, zwanghaftes Grübeln inhaltlich: Selbstunterschätzung, Suizidgedanken
Wahnideen	hypochondrische, Versündigungs-, Verarmungsideen
Motorik	a) psychomotorische Hemmung bis zum Stupor oder b) agitiert und erregt
Körperliche Beschwerden	Vitalgefühle gedrückt, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Schmerzzustände verschiedener Art: Kopfdruck, Kloßgefühl im Hals, Herzbeschwerden, Druckgefühl auf der Brust ("leibnah erlebte Traurigkeit"); alle Körperorgane können betroffen sein (wenn nur körperliche Beschwerden beklagt werden: „lavierte Depression“) Beschwerden am Morgen häufig am stärksten ausgeprägt, Tagesschwankungen

Die von Fr. Schubert in ihrer jahrelangen Arbeit mit depressiven Patienten beobachtete Stimmungsaufhellung bzw. eine allgemein erzielte Befindlichkeitssteigerung durch Gesang ist Gegenstand der hier vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchung.

1.5. Entstehung, Fragestellung und Ziel dieser Arbeit

Die Initiative zu dieser Studie kam von Kammersänger Prof. Dr. Bernd Weikl im Kontakt zum Studienleiter Priv.-Doz. Dr. P. Hoff. Sowohl als Sänger wie auch als Gesangslehrer erlebt er selbst die positiven Auswirkungen des Gesanges auf Körper, Geist und Seele. So kam er zu der Annahme, auch depressiven Patienten könnte der Gesang in ihrem Leiden helfen und die Stimmung aufhellen.

Über Herrn Weikl entstand auch der Kontakt zur Gesangslehrerin Fr. Farinelli, die die Gesangsstunden im gesamten Studienablauf hielt.

In den letzten Jahren ist das Interesse an Kunst-Therapien vergleichsweise gewachsen. So wurde auch die Musiktherapie zunehmend in der klinischen Medizin, vor allem in der Psychiatrie, eingesetzt. Die Musiktherapeuten arbeiten bisher bevorzugt mit der Instrumentalimprovisation, die Stimme gilt als bisher kaum genutztes Potential. Diesem Medium Stimme respektive Gesang, welches jederzeit verwendbar und darüber hinaus kostengünstig ist, sollte jedoch vermehrt Beachtung geschenkt werden, u. U. schon im präventiven Bereich. Gleichwohl fehlt bisher eine gründliche wissenschaftliche Fundierung der Wirksamkeit. Um auch in Zukunft die Übernahme der anfallenden Kosten durch die Krankenkassen zu ermöglichen, verlangt unser Gesundheitssystem Erkenntnisse und Beweise. Es ist daher dringend erforderlich, auch die Wirksamkeit der Musik bzw. Musiktherapie durch wissenschaftliche Untersuchungen zu belegen.

Die vorliegende Studie möchte hier ihren Beitrag leisten. Sie fand im Herbst 1995 in der Psychiatrischen Universitätsklinik München statt, in welcher Musiktherapie bereits als gruppentherapeutische Maßnahme angeboten wurde. Die Dauer der Studie betrug insgesamt acht Wochen. Singen wurde mit unspezifischer Zuwendung (hier als Spiel bezeichnet) kontrolliert. Aufgrund der eher geringen Anzahl der zu dieser Zeit stationär behandelten depressiven Patienten, entschloß man sich zu einem Cross-over-Design (vgl. Abb. 1).

Die beteiligten Patienten nahmen jeweils insgesamt vier Wochen teil. Entweder die Teilnehmer sangen zuerst zwei Wochen lang werktäglich 30 Minuten und erhielten in den anschließenden zwei Wochen unspezifische Zuwendung, ebenfalls werktäglich 30 Minuten, oder andere Teilnehmer erhielten die therapeutischen Maßnahmen in umgekehrter Reihenfolge, d.h. zuerst unspezifische Zuwendung, dann Gesang. Somit konnten die Teilnehmer bzgl. Gesang und Spiel mit sich selbst verglichen werden und es war gleichzeitig optimale Strukturgleichheit gegeben. Unterschiedliche Ergebnisse infolge der Reihenfolge konnten nicht herausgefunden werden (Leopold 1999).

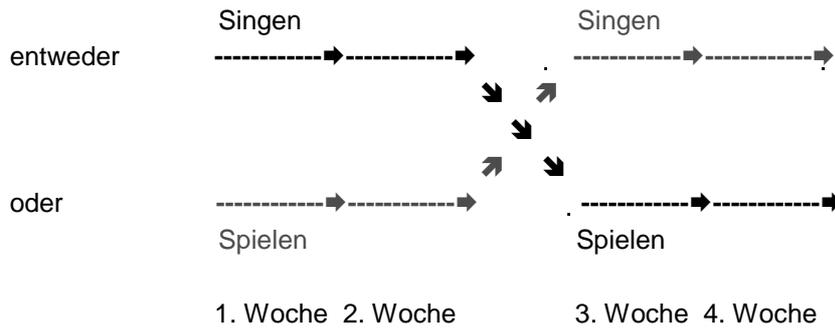


Abb. 1: Crossover-Design

Ziel der Studie war es festzustellen, ob durch Gesang eine positive Befindlichkeitsänderung bei depressiv Erkrankten erzielt werden könne.

Um nicht die gruppenspezifischen Aspekte des gemeinsamen Singens innerhalb einer Chorgemeinschaft mit der Wirkung des Singens per se zu vermengen, sangen die Teilnehmer solistisch. Die Gesangslehrerin wurde statt einer Musiktherapeutin gewählt, um die Wirkung des Gesanges möglichst unabhängig von der Patient-Therapeut-Wirkung zu erforschen. Im vorgegebenen Setting sollte daher Singen in den Mittelpunkt der Stunde gestellt werden, Gespräche, wenn überhaupt, allgemein gehalten und nicht im therapeutischen Sinne geführt werden. Die Patienten wurden zusätzlich psychopharmakologisch behandelt und nahmen weiterhin an anderen Therapieangeboten teil. Um möglichst isoliert den Effekt des Singens zu messen, wurden die Selbstbeurteilungsskalen in direktem zeitlichen Zusammenhang mit dem Singen bzw. Spielen erhoben.

Von Fr. Ch. Leopold wurde zu dieser Studie bereits eine Dissertation vorgelegt. Sie untersuchte in ihrer Arbeit die Effektivität von Einzelgesangstherapie auf depressive Patienten hinsichtlich Befindlichkeit, Depressivität, Konzentrationsvermögen, Antrieb, Erregungsgrad und Ängstlichkeit anhand der Ergebnisse des Crossover-Design's (Leopold 1999). Sie konnte in ihrer Arbeit u.a. belegen, daß sich die Pat. nach dem Singen signifikant besser fühlten als nach unspezifischer Zuwendung.

Ziel der hier vorliegenden Arbeit ist es, zunächst die Wirksamkeit der Gesangstherapie am Gesamtkollektiv darzustellen. Darüber hinaus wurden für diese Untersuchung speziell die Daten der Sänger ausgewertet und gegenübergestellt, die auffallend positiv bzw. negativ auf das Singen reagiert haben. Das besondere Interesse gilt zuletzt der Betrachtung der einzelnen Fälle, um ergänzende Informationen zu erhalten.

1.5.1. Fragen

Anhand der Ergebnisse der durchgeführten Studie und den archivierten Krankenunterlagen sollen folgende Fragen in der vorliegenden Arbeit beantwortet werden:

- 1.: Bewirkt Singen eine sowohl objektiv als auch subjektiv beurteilbare positive Befindlichkeitsänderung bei depressiven Patienten?
- 2.: Bei welchen Patienten wirkt Singen besser, bei welchen schlechter?
- 3.: Haben soziodemographische Daten einen Einfluß auf das Gelingen der Therapie ?
- 4.: Steht der Erfolg der Gesangstherapie in Zusammenhang mit der Diagnose, dem Verlauf und Ausprägung der Erkrankung?

1.5.2. Arbeitshypothesen

Folgende Hypothesen werden aufgestellt:

Hypothese 1:

Singen bewirkt bei depressiven Patienten eine positive Befindlichkeitsänderung, die objektiv beurteilt und gemessen werden kann.

Hypothese 2:

Singen bewirkt eine positive Befindlichkeitsänderung, die von den Patienten selbst empfunden und ebenfalls gemessen werden kann.

Hypothese 3:

Auf das Gelingen der Therapie haben Einfluß:

- a. Alter, Geschlecht, Familiäre Situation, Ausbildung und Beruf
- b. Ausprägung und Verlauf der Erkrankung

1.5.3. Vorgehensweise

Hypothese 1 und 2 werden durch die Auswertung der Fremd- und Selbstratings des Gesamtkollektives geprüft.

in Kap. 3.1. Das Gesamtkollektiv - Fragebogenanalyse

Zur Beurteilung der Hypothesen 3 a und b war es nötig, anhand eines Extremgruppenvergleiches einerseits Patienten aus dem Gesamtkollektiv auszuwählen, die besonders gute Ergebnisse erzielt hatten (Gesang-Positiv-Gruppe), andererseits Patienten mit eher schlechten Ergebnissen (Gesang-Negativ-Gruppe).

Der Vergleich der soziodemographische Daten sowie Ausprägung und Verlauf der Erkrankung dieser beiden Extremgruppen soll Hinweise geben, ob ein Einfluß auf das Gelingen der Therapie durch diese Variablen besteht.

in Kap. 3.2. Die Extremgruppen: Vergleich der soziodemographischen und krankheitsspezifischen Daten

Abschließend werden sämtliche Befunde, aber auch die Interviews jedes einzelnen Patienten beider Gruppen im Detail betrachtet um auf diesem Wege weitere Informationen zu den Studienergebnissen, Beobachtungen und Stellungnahmen der Patienten und der Gesangslehrerin zu erlangen, die für die weiterführende wissenschaftliche Tätigkeit und auch für die therapeutische Arbeit mit Gesang, von Interesse sein könnten.

in Kap. 3.3. Einzelfalldarstellungen

2. Methodik und Material

2.1. Voruntersuchung

Zur Evaluierung des Projektes fand im Herbst 1994 bereits eine Probephase mit 5 Patienten statt. Sowohl die Einschätzung der Patienten selbst, als auch die Ergebnisse der psychopathometrischen Fragebögen waren durchwegs positiv und ermunterten zu einer nachfolgenden Studie mit zahlreicheren Patienten.

2.2. Beschreibung der Untersuchungsbedingungen

Die Gesangsstunden wurden stets von dergleichen Person (Gesangslehrerin) gehalten, es bestand also durchgehende Behandlungsgleichheit. Die Spielstunden wurden aus organisatorischen Gründen von drei verschiedenen Mitarbeitern (Doktoranden) durchgeführt, wobei die einzelnen Patienten immer von derselben Person betreut wurden.

2.2.1. Dauer und Häufigkeit der Gesangsstunden bzw. Spielstunden.

Im ersten Monat sollten 16 Patienten an der Studie teilnehmen, wobei die Hälfte der Patienten die ersten zwei Wochen sang, die zweiten beiden Wochen spielte. Die andere Hälfte der Patienten spielte zuerst und sang anschließend. Im zweiten Monat wurde dasselbe Design mit weiteren 16 Patienten geplant. Aus unterschiedlichen individuellen Gründen (Krankheiten, frühzeitige Entlassung, Ende der Studie...) nahmen letztendlich nur 28 Patienten teil.

Jede Singstunde konnten nur 18 Patienten wahrnehmen. Drei Patienten kamen neunmal, fünf Patienten achtmal, eine Patientin sechsmal und eine weitere Teilnehmerin fünfmal. Trotz dieser großen Unterschiede in der Teilnahme an der Studie gehen aufgrund der ohnehin geringen Teilnehmerzahl die Daten aller Probanden in die Auswertung ein.

Die Gesangs- bzw. Spielstunden fanden als Einzeltherapien werktäglich nachmittags zur selben Zeit statt und dauerten jeweils eine halbe Stunde, insgesamt waren also jeweils 10 Termine vorgesehen.

2.2.2. Beschreibung der Gesangsstunden

Für beide Therapieformen stand je ein Zimmer außerhalb der Station zur Verfügung. Die Patienten gelangten dorthin selbständig, bzw. in Begleitung der Studienmitarbeiter oder anderer Patienten.

Das Inventar dieses Zimmers bestand aus einem Flügel und einigen Stühlen. Die Gesangslehrerin erwartete dort die Teilnehmer zur Einzelstunde. Auf dem Programm stand zur Einstimmung zehn Minuten Atemgymnastik. Sie diente sowohl zur Lockerung der Schultern, Erweiterung des Brustraumes und Entspannung des Kehlkopfes, als auch zum Abbau der meist bestehenden Hemmungen. Anschließend wählte der jeweilige Patient aus einem Volksliederbuch ein Stück und sang von Fr. Farinelli auf dem Klavier und, wenn nötig, auch stimmlich begleitet. Meist wurden aus der Vergangenheit noch in Erinnerung gebliebene Lieder gewählt. In der Regel bevorzugten die Teilnehmer fröhliche Lieder in Dur. Unschlüssige Sänger, die von sich behaupteten, sie könnten überhaupt nicht singen, wurden trotzdem dazu ermutigt. War kein Lied bekannt, was bei jüngeren Teilnehmern durchaus der Fall war, so wurde eines neu einstudiert. Die Anzahl der gesungen Lieder differierte stark. In mancher Sitzung wurde an 1-2 Liedern gearbeitet. Eine Teilnehmerin sang in derselben Zeit ca. 20 Lieder. Fr. Farinelli richtete sich ganz nach den Bedürfnissen der Sänger.

2.2.3. Beschreibung der unspezifischen Zuwendung

Für die Aktivitäten im Rahmen der unspezifischen Spielstunde stand ein Raum neben dem Gesangszimmer zur Verfügung. Es gab dort einige Tische und Stühle, Gesellschaftsspiele (hauptsächlich Brettspiele wie z.B. Mühle Halma Schach, „Mensch ärgere dich nicht“ ...) und Bücher. Für Spaziergänge eignete sich der Innenhof, bzw. die Umgebung des Krankenhauses. Auch die Tischtennisplatte konnte genutzt werden. Die Patienten kamen stets um die gleichen Zeit zur Einzelsitzung. Meist spielten Patient und Doktorand gemeinsam ein Brettspiel. Vorlesen, Spazierengehen oder Tischtennispielen wurde von den Patienten nur selten ausgewählt.

2.2.4. Rekrutierung der Patienten

Alle Patienten, die an der Studie teilnahmen, waren wegen depressiver Störung mittlerer Ausprägung (HAMS > 8) in vollstationärer Behandlung. Sehr schwer depressive und suizidale Patienten wurden nicht beteiligt.

Die Patienten wirkten freiwillig mit, nachdem sie über Fragestellung und Durchführung der Studie aufgeklärt waren. Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war lediglich das Interesse an musikalischer Arbeit, nicht jedoch musikalische Vorkenntnisse. Die Patienten konnten jederzeit auch ohne Angabe eines Grundes ihre Mitarbeit unterbrechen. Auch der behandelnde Arzt, der an der Studie nicht unmittelbar beteiligt war, konnte aus klinisch-therapeutischen Gründen die Studie abbrechen. Nach unseren Erfahrungen der Vorstudie war durch die Gesangstherapie jedoch keine Symptomprovokation zu erwarten.

Enge Zusammenarbeit zwischen Studienleiter, behandelnden Ärzten, Gesangslehrerin, und Doktoranden wurde angestrebt.

2.3. Testinstrumente

2.3.1. Fremdbeurteilungsskalen - Psychopathometrischer Befund

Der Psychopathometrische Befund wurde vom behandelnden Arzt ausgefüllt. Da Patienten aus unterschiedlichen Stationen teilnahmen, ergab es sich zwangsläufig, daß verschiedene Ärzte die Fragebögen ausarbeiteten. Zur Evaluierung der Angaben wurden daher zwei unterschiedliche, im folgenden kurz skizzierte Rating Scales ausgewählt (HAMS und MADRS). Beide Fragebögen wurden jeweils montags und freitags (insg. vier Ratings pro Patient) ausgefüllt. Die Angaben erfolgten nicht im direktem zeitlichen Zusammenhang mit der Gesangs-, bzw. Spieltherapie.

Ausgewertet konnten nur 27 Fragebögen, da die Unterlagen eines Patienten aus unbekanntem Gründen nicht mehr auffindbar sind.

2.3.1.1. HAMS - Hamilton Depression Rating Scale

Die Hamilton Depressionsskala (Hamilton 1986) besteht aus 21 Fragen zur Einschätzung des Schweregrades der Depressivität eines Patienten. In dieser Studie soll sie des weiteren dazu dienen, den Verlauf der Erkrankung zu beschreiben.

Die Fragen beziehen sich auf die depressive Stimmung, vorhandene Schuldgefühle, Suizidversuche, Schlafstörungen, die Arbeit oder sonstige Tätigkeiten, Depressive Hemmungen (z.B. Verlangsamung von Denken und Sprache, Konzentrationsstörungen, reduzierte Motorik), Erregung, Ängste und ihre somatischen Begleiterscheinungen, körperliche Symptome, Genitalsymptome, Hypochondrie, Gewichtsverlust, Krankheitseinsicht, Tagesschwankungen, Depersonalisation oder Derealisation, Paranoide Symptome und Zwangssymptome. Die unterschiedliche Ausprägung der einzelnen Merkmale wird mit den Ziffern 2-4 angegeben. Maßgeblich für die Ausprägung der Depression ist die errechnete Summe aller einzelnen Fragen, allgemein Summenscore bzw. Rohwert genannt. Je höher der Summenscore, desto depressiver der Patient. Der maximale Wert beträgt 71.

2.3.1.2. MADRS - Montgomery Asperg Depression Rating Scale.

Die Montgomery Asperg Depression Scale (Montgomery u. Asperg 1986) enthält im Gegensatz zu anderen Fremdbeurteilungsskalen keine Fragen, die sich auf körperliche Aspekte beziehen. Mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten sollen so möglichst nicht in die Beurteilung mit eingehen. Der Fragebogen besteht aus zehn Items. Diese enthalten jeweils 6 Abstufungen des gefragten Merkmals. Der Maximalwert (Summenscore bzw. Rohwert) von 60 bedeutet extrem starke Depressivität. Erfragt wird das Ausmaß der sichtbaren sowie der berichteten Traurigkeit, die innere Spannung, Schlaflosigkeit, Appetitverlust, Konzentrationsschwierigkeiten, Untätigkeit, Gefühllosigkeit, pessimistische Gedanken, Selbstmordgedanken.

Bei den im Ergebnisteil dargestellten Berechnungen wird sowohl bei HAMS als auch bei MADRS stets vom errechneten Summenscore ausgegangen.

2.3.2. Selbstbeurteilungsskalen - Subjektive Befindlichkeit

2.3.2.1. Bf-S \ Bf-S' Skala nach Zerssen

Die Zerssen-Skala (Zerssen 1984) besteht aus zwei Teilen. Teil 1, Bf-S genannt, wird unmittelbar vor der Therapie ausgefüllt, Teil 2, Bf-S' genannt, unmittelbar danach. Beide Teile wurden Montag, Mittwoch und Freitag verteilt, pro Patient ergab dies sechs Bf-S und sechs Bf-S' Ratings. Allerdings waren nur 16 Patienten bei allen 6 Untersuchungen anwesend, 9 Patienten fünfmal und 3 Patienten viermal.

Die Fragebögen dienen der Erfassung der momentanen subjektiven Gestimmtheit. Die beiden Skalen umfassen jeweils 28 Gegensatzpaare von Eigenschaftswörtern, die hauptsächlich die Stimmung (z.B. "ernst"- "heiter"), den Antrieb (z.B. "frisch"- "matt"), das Selbstwerterleben (z.B. "minderwertig"- "vollwertig") und auch das Vitalgefühl (z.B. "lebendig"- "leblo") des Beantworters widerspiegeln. Aufgrund klinischer Erfahrung eignet sich dieser Test besonders bei affektiven Psychosen sowohl in depressiven als auch (hypo)manen Phasen der Erkrankung zur verbalen Differenzierung der Befindlichkeit von Patienten. Die Skala eignet sich sowohl für Längsschnitt-, als auch Querschnittuntersuchungen, da sie krankheits- und therapiebedingte Veränderungen erkennbar macht. Der Teilnehmer soll jeweils die „eher“ zutreffende Eigenschaft ankreuzen. Falls er sich nicht entscheiden kann, steht die Rubrik „weder-noch“ zur Verfügung. Eigenschaftsworte mit positivem Charakter werden mit 0, Eigenschaftsworte mit negativem Charakter mit 2, „weder-noch“ mit 1 gewertet. Die errechnete Summe der 28 Items liegt zwischen 0 (optimales Wohlbefinden) und 56 (äußerst reduziertes Befinden). Die Patienten wurden stets darauf hingewiesen, den Test zügig und spontan zu beantworten, vor allem um „sozial erwünschte“ Antworten zu vermeiden. Die Skalen wurden unmittelbar vor, bzw. nach der Therapie ausgefüllt, um möglichst direkt eine durch die Gesang-, bzw. Spieltherapie bewirkte Veränderung der Stimmung zu erfassen.

2.3.2.2. Frage: Stimmung nach Therapie?

Unmittelbar nach jeder Therapie (insgesamt also 10 Ratings pro Patient) sollten die Teilnehmer folgende Frage zur Einschätzung des aktuellen Therapieeffektes beantworten:

Ist Ihre Stimmung

gleich
schlechter
besser

als vor der heutigen Therapie?

Die Antworten wurden entsprechend dem Bf-S-Fragebogen bewertet. „Besser“ mit null, „gleich“ mit einem und „schlechter“ mit zwei Punkten.

Diese Frage wurde gestellt, da die Patienten beim Ausfüllen der langen Fragebögen meist wenig Freude hatten und man folglich eine eher negative Antworttendenz fürchtete. Da die Beantwortung dieser sehr einfachen Frage nach Stimmungsänderung nur wenig Zeit beanspruchte, sollte sie eine Alternative bzw. Ergänzung zum deutlich langwierigeren und viel komplizierter aufgebauten Bf-S / Bf-S' Fragebogen darstellen.

2.3.3.: Zusätzlich vorgenommene Untersuchungen:

- A. SDS - Fragebogen
- B. VIS-A - Fragebogen
- C. Cortisolbestimmung im Speichel
- D. Messung verschiedener Sprachparameter zur Stadienbeurteilung bei Depression

In dieser Arbeit werden die Ergebnisse dieser Untersuchungen nicht ausgewertet.

2.4. Die Extremgruppen

Da nicht alle Patienten in gleicher Weise auf die Gesangstherapie reagierten, stellt sich die Frage, welche Einflüsse auf das Gelingen der Therapie bestehen.

Zur Untersuchung der Hypothese 3: Auf das Gelingen der Therapie haben Einfluß:

- a. Alter, Geschlecht, Familiäre Situation, Ausbildung und Beruf
- b. Ausprägung und Verlauf der Erkrankung,

wurden nach Beendigung des praktischen Teils der Studie aufgrund der ausgewerteten Daten zwei Teilnehmergruppen aus dem Gesamtkollektiv bestimmt. Durch ein von der Autorin definiertes Auswahlverfahren werden von allen Teilnehmern 10 Patienten ausgewählt, die laut Selbstratings besonders gute Werte hatten, in den folgenden Kapiteln *Gesang-Positiv-Gruppe* genannt. Weitere 10 Teilnehmer, die laut Selbstratings eher wenig vom Singen profitierten (*Gesang-Negativ-Gruppe*) wurde gleichermaßen ausgewählt. Um einen Hinweis auf eine mögliche Beeinflussung der oben genannten soziodemographischen und krankheitsspezifischen Variablen auf das Gelingen der Gesangstherapie zu erhalten, werden diese beiden sogenannten *Extremgruppen* in diesbezüglich verglichen.

Die einzelnen Teilnehmer dieser beiden Gruppen werden dann auch noch einzeln im Detail betrachtet.

2.4.1. Bildung der Extremgruppen anhand eines Auswahlverfahrens

Die Einteilung der Patienten zu einer der beiden Gruppen soll im folgenden näher erläutert werden. Sie wird an drei Bedingungen geknüpft. Bedingung 1 und 2 werden mit Hilfe der Bf-S\Bf-S'-Ratings aufgestellt, Bedingung 3 mittels Frage nach „Stimmung nach Therapie“.

- Bedingung 1:

Zuerst ist es nötig, die Summenscore von Bf-S und Bf-S' zu ermitteln. Anschließend wird die Differenz der Summenscore von Bf-S und Bf-S' für jeden Patient an jedem Testtag gebildet. Das Ergebnis dieses Rechenganges spiegelt den unmittelbaren subjektiven Therapieeffekt wieder. An wie vielen Tagen ging es den einzelnen Patienten nach der Therapie besser, bzw. schlechter als vor der Therapie?

.-An mindestens 4 Untersuchungen soll Bf-S' kleiner Bf-S sein, d.h. den Patienten sollte es an mindestens 4 Tagen nach der Therapie besser gehen als zuvor (~60%)

.-. Bedingung 2:

Wie oben werden zuerst der Summenscore und anschließend deren Differenzen gebildet.

Im folgenden Schritt werden die Differenzen aller Testtage jedes einzelnen Patienten gemittelt. Dieser Wert dient zur globalen Einschätzung einer Verbesserung bzw. Verschlechterung durch die Therapie insgesamt.

- Der Mittelwert der Differenzen soll größer als 0 sein und somit einen positiven Therapieeffekt demonstrieren.

- Bedingung 3:

Auch die Frage nach der „Stimmung nach Therapie?“ soll in das Auswahlverfahren mit eingehen. Wie oft antwortete jeder einzelne Patient nach der Therapie mit „besser“, „gleich“ oder „schlechter“. Das Ergebnis wurde hierzu prozentual ausgewertet.

- Die Patienten sollten zumindest in 60% der erfolgten Untersuchungen mit „besser“ geantwortet haben.

Bei Erfüllung einer Bedingung, erhalten die Patienten jeweils einen Punkt, es können also insgesamt drei Punkte erzielt werden.

Diesbezüglich werden folgende Annahmen postuliert:

Annahme 1:

Teilnehmer, die laut dieser Auswahl drei Punkte erhalten (vgl. Tab. 3), also die zur Auswahl stehenden Bedingungen alle erfüllten, d.h. durchwegs positive Ergebnisse hatten, sprechen auf die Gesangstherapie besonders gut an. Diese insgesamt 10 Patienten werden im folgenden als Gesang-Positiv-Gruppe definiert.

Annahme 2:

Gesangstherapie bewirkt bei Patienten mit einem bzw. keinem Punkt, die die zur Auswahl stehenden Bedingungen also nicht oder nur partiell erfüllten, eher wenig. Diese ebenfalls 10 Patienten werden im folgenden als Gesang-Negativ-Gruppe definiert.

Tab. 3: Auswahl der Teilnehmer der Extremgruppen

<i>Patient</i>	<i>Gruppe</i>	<i>Bedingung 1</i>	<i>Bedingung 2</i>	<i>Bedingung 3</i>	<i>Punkte</i>
1	Pos	+	+	+	3
2	Neg	0	+	0	1
3	Neg	0	0	0	0
4	Neg	0	+	0	1
5		+	+	0	2
6		+	+	0	2
7		0	+	0	1
8	Pos	+	+	+	3
9		+	+	0	2
10	Neg	0	0	0	0
11		0	+	+	2
12		0	+	+	2
13	Pos	+	+	+	3
14	Pos	+	+	+	3
15	Pos	+	+	+	3
16	Pos	+	+	+	3
17	Pos	+	+	+	3
18		+	+	0	2
19	Neg	0	0	0	0
20	Neg	0	+	0	1
21		+	+	0	2
22		+	+	0	2
23	Neg	0	0	0	0
24	Neg	0	+	0	1
25	Pos	+	+	+	3
26	Pos	+	+	+	3
27	Pos	+	+	+	3
28	Neg	0	0	+	1

2.4.2. Beschreibung der einzelnen Teilnehmer: Basisdokumentation und Interviews

Zur genauen Beschreibung dieser beiden Patientengruppen dient neben den ausgewerteten Fragebögen auch die im Krankenhaus archivierte Basisdokumentation (BADO) der Patienten. Es handelt sich hier um einen standardisierten Fragebogen, der Angaben zur Einweisung und Entlassung, zu soziodemographischen Daten, zu Therapie und zum Verlauf der jetzigen Krankheit, zur Vorgeschichte und eine Prognoseskala (Strauss und Carpenter) enthält. Hieraus rekrutieren die benötigten Informationen zu familiären Umständen, Ausbildung, Beruf und Krankheitsverlauf. Bei zwei Patienten war diese Basisdokumentation nicht angelegt. Die nötigen Informationen konnten jedoch den Krankenakten, soweit vorhanden, entnommen werden. In diesen Fällen fehlte die Prognoseskala.

Am Ende der Studie wurden die Teilnehmer zu ihren Eindrücken und Urteilen über die Therapie befragt. Da drei verschiedene Doktoranden das nicht standardisierte Interview ausführten und dokumentierten, sind die Angaben sehr unterschiedlich und z.T. leider sehr kurz.

Weiterhin gab die Gesangslehrerin nach Beendigung der Therapiephase ihren kurzgefaßten Eindruck der einzelnen Patienten wieder.

2.5. Statistische Auswertung

Statistische Auswertung: SPSS Programm.

Angewendete Statistik: Bildung von Summen, Differenzen und Mittelwerten, sowie Mittelwertvergleiche mit gepaarten Variablen (t-Test)

Festgelegtes Signifikanzniveau: $\alpha = 0,01$

Da einige Patienten teilweise fehlten, variiert die Anzahl der Paare bei den durchgeführten t-Tests.

2.6. Patientenkollektiv

2.6.1. Diagnosen

An der Studie nahmen 13 Patienten mit schwerer Depression, zehn Patienten mit leichter bzw. mittelgradiger Depression teil (genaue Diagnosen vgl. Tab. 4). Drei Teilnehmerinnen mit schizoaffektiven Störungen, gegenwärtig depressiv und wurden auch an der Studie beteiligt, ebenso eine Patientin mit Emotional Instabiler Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus, ein Teilnehmer mit akuter Belastungsreaktion, eine Teilnehmerin mit generalisierter Angststörung. Alle Patienten litten während der Studie unter depressiver Symptomatik.

Tab. 4: Diagnosen der Studienteilnehmer laut ICD-10

<i>ICD-10</i>	<i>Diagnosen</i>	<i>Anzahl der Patienten</i>
F. 25.1	schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	2
F. 25.2	gemischte schizoaffektive Störung	1
F. 31.3	bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	1
F. 31.31	bipolare, affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom	1
F. 31.4	bipolare, affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	2
F. 32.1	mittelgradige depressive Episode	1
F. 32.11	mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom	1
F. 32.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	6
F. 33.10	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatischem Syndrom	2
F. 33.11	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom	3
F. 33.2	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	4
F. 33.3	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	1
F. 41.1	generalisierte Angststörung	1
F. 43.23	akute Belastungsreaktion mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen	1
F. 60.31	Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus	1

2.6.2. Soziodemographische Daten:

Patienten aller Altersstufen (zwischen 27 und 85 Jahren), nahmen an der Gesangsstudie teil, wobei die Verteilung auf die jeweiligen Jahrgänge gleichmäßig war.

Frauen bildeten den überwiegenden Anteil des Kollektives. Nur fünf der 28 Teilnehmer waren männlichen Geschlechtes (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Alter und Geschlecht der Teilnehmer

Alter	27	28	29	31	32	33	36	41	45	46	47	50	52	55	56	57	64	68	70	71	75	81	83	85
Männl.	1													1	1		1	1						
Weibl.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		2	1		1	2	1	1	1	1	1

2.6.3. Therapieübersicht

Da die Patienten unter großem Leidensdruck standen, konnte auf medikamentöse Behandlung nicht verzichtet werden (vgl. Tab. 6). Fast alle Teilnehmer wurden mit Antidepressiva behandelt, etwa die Hälfte erhielten Tranquilizers. Mit phaseprophylaktischen Mitteln wurde ca. ein Drittel der Patienten mediziert, ein Siebtel erhielt Neuroleptika.

Zusätzlich nahmen die Patienten weiterhin an anderen Begleittherapien teil. Frühsport war täglich für alle Patienten des Hauses vorgesehen. Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie, Entspannungstraining, Bewegungstherapie, Tanztherapie, Haushaltstraining sind Beispiele des Therapieangebotes im Haus, die die Patienten je nach persönlichem Therapieplan wahrnehmen konnten. Ebenfalls wirkten die Patienten natürlich an den üblichen Aktivitäten der Station (z.B. Ausflüge, Küchendienst...) mit. Einige Teilnehmer erhielten Schlafentzüge als somatisches Heilmittel.

Die Gesangstherapie war Teil der durchgeführten Behandlung.

In wieweit die Psychopharmakotherapie bzw. die anderen zusätzlichen Therapien die Studie möglicherweise beeinflussen, wird in diesem Zusammenhang nicht weiter untersucht. Um Vermengungen möglichst gering zu halten, wurden die Ratings in direktem zeitlichen Zusammenhang mit dem Gesang erhoben.

Tab. 6: Therapieübersicht aller Teilnehmer im Studienzeitraum

Pat.	Medikamentöse Therapie				zusätzliche Therapien
	Anti-depressiva	Neuroleptika	Phase-prophylaxe	Tranquilizer	
1	Doxepin				Frühsport, Schlafentzüge
2	Doxepin				Bewegungstherapie, Frühsport
3	Amitriptylin			Diazepam	Beschäftigungstherapie Frühsport
4	Tranyl-cypromin		Lithium	Diazepam	Frühsport, Arbeitstherapie, Bewegungstherapie
5	Amitriptylin, Moclobemid		Lithium		Morgengruppe, Frühsport
6	Amitriptylin		Carbamacepin	Loracepam	Frühsport
7	Paroxetin	Prothi- pendyl			Haushaltstraining, Seniorensport, Beschäftigungstherapie
8	Clomipramin		Carbamacepin		Frühsport, Bewegungstherapie, Tanztherapie, Beschäftigungstherapie Schlafentzüge
9	Amitriptylin, Sertralin				Frühsport, Haushaltstraining
10	Doxepin				Beschäftigungstherapie Frühsport
11	Maprolitin, Fluoxetin		Lithium		Arbeitstherapie, Bewegungstherapie, Seniorensport
12	Paroxetin			Chloral- hydrat	Frühsport, viel Eigeninitiative
13	Moclobemid, Trimipramin			Loracepam	Beschäftigungstherapie Frühsport, Entspannungstherapie
14	Imipramin, Trimipramin		Lithium	Chloracetat	Arbeitstherapie, Tanztherapie, Bewegungstherapie, Frühsport
15	Doxepin			Loracepam	Beschäftigungstherapie Frühsport
16		Prothi- pendyl	Lithium, Carbamacepin	Loracepam	Frühsport
17	Doxepin		Carbamacepin		Bewegungstherapie, Tanztherapie, Frühsport

<i>Pat.</i>	<i>Medikamentöse Therapie</i>				<i>zusätzliche Therapien</i>
	<i>Anti-depressiva</i>	<i>Neuroleptika</i>	<i>Phase-prophylaxe</i>	<i>Tranquillizer</i>	
18	Amitriptylin			Loracepam	Frühsport
19	Maprolitin				Frühsport
20	Trimipramin	Ris-peridon		Chloralhydrat	Seniorensport
21	Paroxetin			Chloralhydrat	Beschäftigungstherapie Tanztherapie, Bewegungstherapie, Frühsport
22	Doxepin				Bewegungstherapie, Frühsport
23	Paroxetin				Seniorensport
24	Doxepin, Paroxetin				Beschäftigungstherapie Bewegungstherapie, Frühsport
25	Paroxetin				Beschäftigungstherapie Bewegungstherapie, Frühsport
26	Clomipramin		Lithium	Chloralhydrat	Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie Bewegungstherapie, Relaxation nach Jacobson, Frühsport
27	Doxepin	Ris-peridon		Loracepam	Frühsport
28	Paroxetin		Lithium		Schlafentzüge, Frühsport

3. Ergebnisse

3.1. Das Gesamtkollektiv - Fragebogenanalyse

Im ersten Teil der Untersuchung soll die Frage beantwortet werden: Führt Singen bei depressiven Patienten zu einer positiven Befindlichkeitsänderung, die sowohl objektiv als auch subjektiv gemessen werden kann? Zur Überprüfung der Hypothesen 1 und 2 werden die Befunde des gesamten Kollektives ausgewertet und beurteilt. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, daß man bei der Planung der Studie durchaus darum bemüht war, durch das Cross-over-Design der Studie (Vergleich mit unspezifischer Zuwendung) möglichst andere Faktoren auszuschließen, die neben dem Singen zur Befindlichkeitssteigerung führen könnten. Als Beispiele seien hier genannt: die persönliche Zuwendung im Einzelkontakt, die Ausstrahlung der Gesangslehrerin, das Aktivsein per se, die medikamentöse Behandlung, die anderen im stationären Setting ausgeübten zusätzlichen Therapien, u.a. (siehe auch Kap. 1.5.). Völlig ausschließen lassen sich dergleichen Einflußfaktoren wohl kaum, allerdings suchen wir keinesfalls Singen als Monotherapie zu etablieren, sondern als eine im gesamten Behandlungsplan integrierte, also zusätzliche Therapieform.

3.1.1. Fremdratings - HAMS und MADRS

Hypothese 1: Singen bewirkt bei depressiven Patienten eine positive Befindlichkeitsänderung, die auch objektiv gemessen werden kann.

Als Grundlage zur Überprüfung der 1. Hypothese dienen die Fremdratings HAMS und MADRS.

Als Ergebnis beider psychopathometrischer Untersuchungen am Gesamtkollektiv, ist eine eindeutige Befindlichkeitssteigerung im Untersuchungszeitraum zu verzeichnen (vgl. Abb. 2). Im MADRS fällt der Rohwert im Untersuchungszeitraum kontinuierlich um 6,3 Punkte ab. Die Werte der HAMS - Untersuchung liegen ähnlich. Sie bleiben in der 1. Woche zwar noch konstant, fallen dann aber in der 2. Woche um 6,3 Punkte ab. Der Rohwert der Abschlußuntersuchung U4 ist in beiden Fremdratings hoch signifikant geringer als der Anfangswert U1 (vgl. Tab. 7).

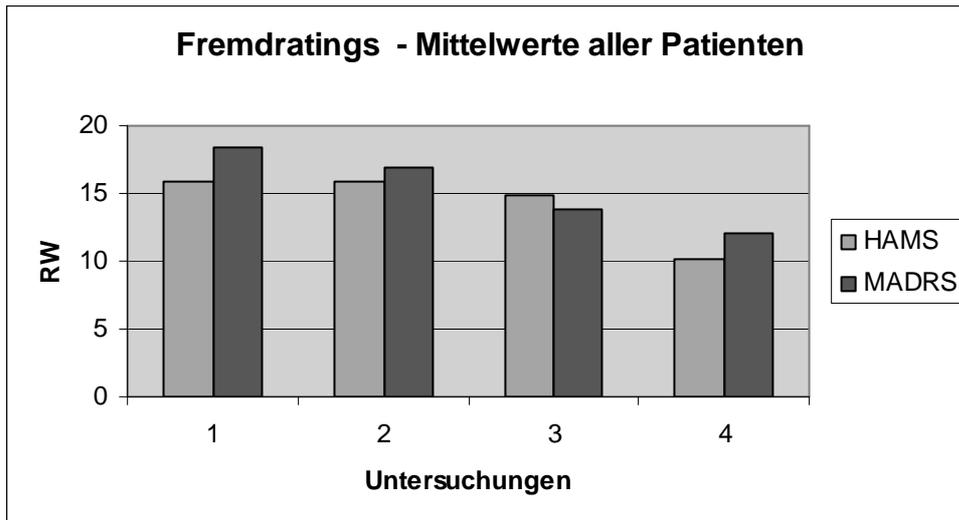


Abb. 2: Die Psychopathometrischen Befunde HAMS und MADRS des Gesamtkollektives im Untersuchungszeitraum. RW= durchschnittliche Rowerte aller Patienten

Tab. 7: Vergleich der Psychopathometrischen Befunde am Anfang und Ende der Studie

	<i>n</i>	<i>U1</i>		<i>U4'</i>		<i>t-Test</i>		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>t</i>	<i>P</i>	
HAMS	27	15,85	7,7	27	10,11	5,3	4,99	0,000
MADRS	27	18,41	8,9	27	12,11	6,1	3,99	0,000

n =Anzahl der Patienten, *M*=Mittelwert, *SD*=Standarddifferenz, *t*=t-Wert, *p*=Signifikanz

Einzelbetrachtung:

Die oben dargestellte Befindlichkeitssteigerung des Gesamtkollektives soll nun auch noch individuell betrachtet werden. Dazu wird die Differenz der Rohwerte von U1 und U4 bei jedem einzelnen Teilnehmer ermittelt (vgl. Abb. 3) und so das individuelle Ausmaß der Befindlichkeitsänderung im Verlauf der Studie demonstriert. Als Ergebnis dieser Berechnung erweist sich sich bei 23 von 27 Teilnehmern eine Befindlichkeitssteigerung bzw. Konstanz (Differenz positiv), lediglich vier Patienten ging es am Ende der Untersuchung schlechter (Differenz negativ). Das Ausmaß der Befindlichkeitssteigerung reichte bei Patient 7 bis zu durchschnittlich 20 Punkten, der Befindlichkeitsabfall reicht bei Patient 4 bis zu durchschnittlich 10 Punkten.

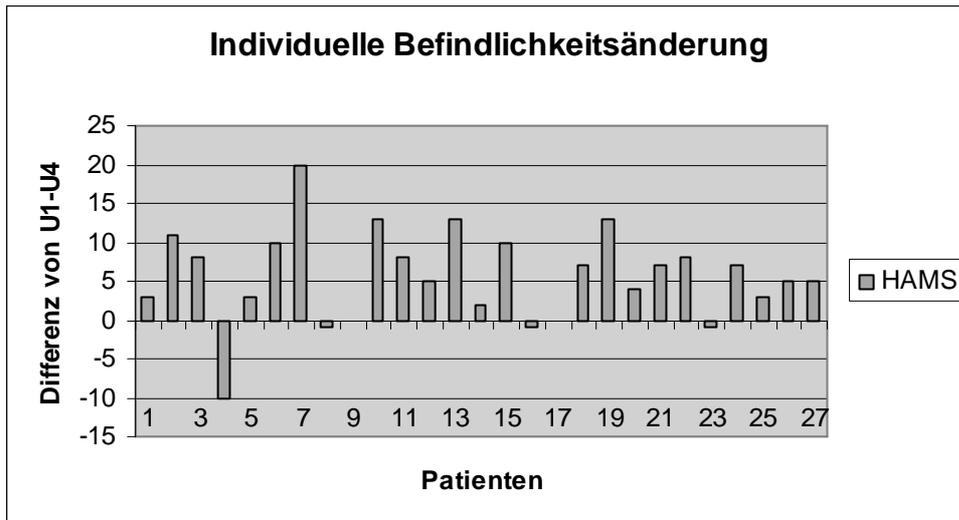


Abb. 3: Befindlichkeitsänderungen der einzelnen Patienten. Positive Werte entsprechen einer Befindlichkeitssteigerung, negative Werte einem Befindlichkeitsabfall.

3.1.2. Selbstratings

Hypothese 2: Singen bewirkt eine positive Befindlichkeitsänderung, die von den Patienten selbst empfunden wird.

Als Grundlage zur Überprüfung der 2. Hypothese dienen die Ergebnisse der Selbstratings der Patienten.

3.1.2.1. Bf-S / Bf-S'

Bei der Betrachtung des Gesamtkollektives zeigt sich, daß bei allen 6 Untersuchungen der Mittelwert von Bf-S' kleiner ist als der Mittelwert von Bf-S, d.h. das subjektive Wohlbefinden der Teilnehmer war nach dem Gesang durchschnittlich besser als davor (vgl. Tab. 8, Abb. 4). Bei U2, U3, U5 und U6 sind die Unterschiede signifikant, bei U1 sogar hoch signifikant. Der Bf-S'-Wert ist nach der 1. Gesangsstunde insgesamt am niedrigsten. In den folgenden Messungen ist die Befindlichkeitssteigerung nicht mehr so auffallend, aber dennoch eindeutig positiv.

Im gesamten Untersuchungszeitraum zeigen beide Befunde (Bf-S und Bf-S') eine Tendenz zur Verbesserung. Der Bf-S'-Wert ist einer gewissen Schwankung unterworfen, der Endwert liegt aber besser als der Ausgangswert.

Man kann also feststellen, daß sich die Befindlichkeit der Patienten im Untersuchungszeitraum allgemein verbesserte (Bf-S), und nach der Therapie nochmals steigerte (Bf-S').

Tab. 8: Vergleich der Summenscore Bf-S und Bf-S' aller 6 Untersuchungen mittels t-Test.

	N	Bf-S		n	Bf-S'		t-Test	
		M	SD		M	SD	t	p
U1	27	30,70	12,41	27	21,37	13,15	4,36	0,000**
U2	24	30,38	12,27	24	24,50	13,83	2,54	0,018*
U3	27	28,51	13,06	27	23,15	13,89	3,04	0,005*
U4	27	29,33	13,09	27	24,48	13,78	2,45	0,021
U5	26	26,92	14,54	26	21,96	15,83	2,91	0,007*
U6	23	25,52	11,87	23	19,56	11,23	3,07	0,006*

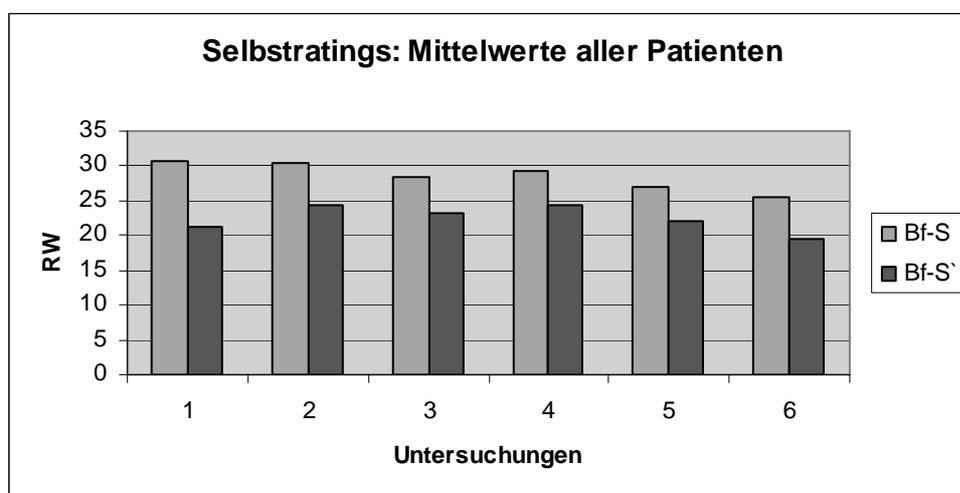


Abb. 4: Die Selbstratingbefunde Bf-S und Bf-S' aller Patienten im Vergleich im Untersuchungszeitraum. RW=durchschnittliche Rohwerte aller Patienten.

Einzelbetrachtung:

Zur Übersicht der Ergebnisse der einzelnen Patienten wurde der Mittelwert der Differenzen aller 6 Untersuchungen jedes Teilnehmers dargestellt (vgl. Abb. 5).

Die Differenz von Bf-S und Bf-S' gibt das Ausmaß der Stimmungsänderung zwischen vor und nach der Therapie wieder. Ein positives Ergebnis der Differenz ist Ausdruck einer Stimmungsverbesserung, ein negativer Wert kommt einer Stimmungsverschlechterung nach der Therapie gleich.

Als Resultat dieser Berechnung erweist sich bei dem Großteil (23 von 27 Patienten) der Versuchspersonen eine Befindlichkeitssteigerung nach dem Singen, nur bei fünf Patienten zeigte sich eine geringe Verschlechterung nach Therapie.

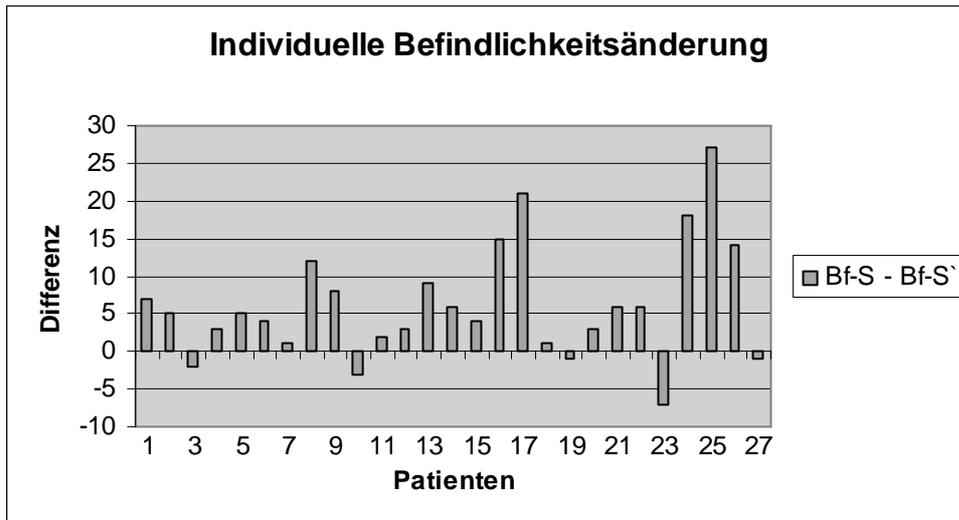


Abb. 5: Darstellung der durchschnittlichen Befindlichkeitsänderung bei jedem einzelnen Patienten.

Differenz = durchschnittliche Differenz (Bf-S - Bf-S') aller Untersuchungen.

Positiver Wert entspricht Stimmungssteigerung

Negativer Wert entspricht Stimmungsabfall

3.1.2.2. Frage: Stimmung nach Therapie

Auf die täglich nach der Gesangsstunde gestellte Frage: „Ist Ihre Stimmung „gleich, besser oder schlechter als vor der heutigen Therapie?“ antworteten an neun Untersuchungstagen über 50% der Patienten, es ginge ihnen „besser“. Besonders in der zweiten Therapiewoche überwiegt der Anteil der „besser“ - Antworten (bis ca. 70%) gegenüber „gleich“. Die Antwort „schlechter“ wurde dagegen nur selten angegeben (vgl. Abb. 6).

Die Anzahl der „besser“-Antworten erweist sich als signifikant höher als die der „gleich“-Antworten (vgl. Tab. 9).

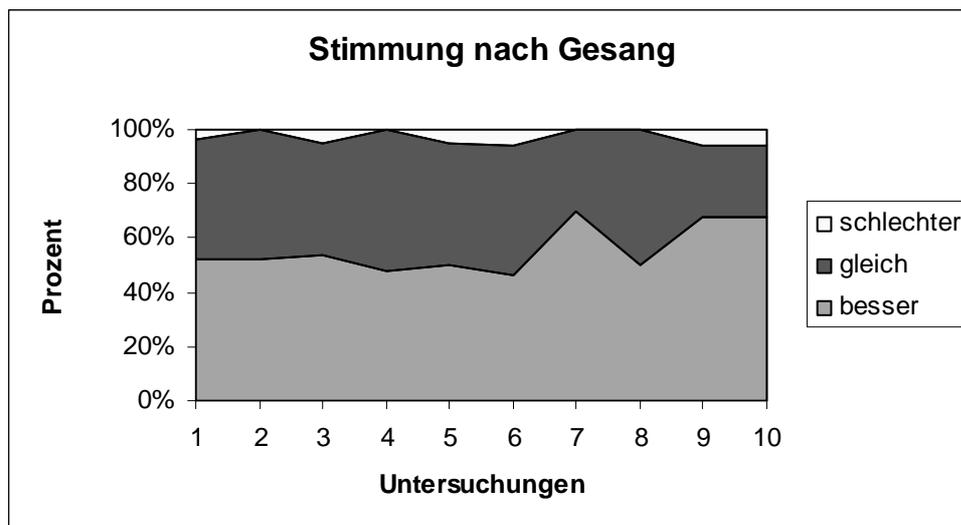


Abb. 6: Prozentuale Darstellung der Antworten „schlechter, gleich, besser“ des Gesamtkollektives im Untersuchungszeitraum.

Tab. 9: Vergleich der „besser“ und „gleich“ Antworten im Durchschnitt aller 10 Untersuchungen.

<i>Besser</i>			<i>gleich</i>			<i>t-Test</i>	
U	M	SD	U	M	SD	T	p
10	56,48	7,71	10	41,19	8,13	3,08	0,013*

U=Untersuchungen, M=Mittelwert, SD=Standarddifferenz, t=t-Wert, p=Signifikanz

Als Ergebnis beider Fremdratingbefunde am Gesamtkollektiv, ist eine eindeutig positive Befindlichkeitsänderung im Untersuchungszeitraum bei 85% der Teilnehmer zu verzeichnen. Hypothese 1 „Singen bewirkt bei depressiven Patienten eine positive Befindlichkeitsänderung, die auch objektiv gemessen werden kann“, kann folglich als bestätigt betrachtet werden

Die Auswertung der Selbstratingbefunde (Bf-S/Bf-S') demonstrieren, daß sich die Befindlichkeit der Patienten im Untersuchungszeitraum allgemein verbesserte (Bf-S), und bei 85% der Teilnehmer nach der Therapie nochmals steigerte (Bf-S'). Überwiegend antworteten die Patienten nach der Therapie, es ginge ihnen „besser“. Hypothese 2: „Singen bewirkt eine positive Befindlichkeitsänderung, die von den Patienten selbst empfunden wird“ kann somit ebenfalls als bestätigt gelten.

3.2. Die Extremgruppen: Vergleich der soziodemographischen und krankheitsspezifischen Daten

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Hypothesen 3 a und b.

Am Gelingen der Therapie haben Einfluß:

1. Alter, Geschlecht, Familiäre Situation, Ausbildung und Beruf
2. Ausprägung und Verlauf der Erkrankung

Um diese Hypothesen überprüfen zu können, werden, wie in Kap. 2.4. und 2.4.1. im Einzelnen beschrieben, zunächst zwei Gruppen anhand der Selbstratings der Teilnehmer aus dem Gesamtkollektiv gebildet. Die eine Gruppe repräsentiert diejenigen Teilnehmer, die subjektiv vom Singen mehr profitierte (Gesang-Positiv-Gruppe), die andere Gruppe stellt die Patienten dar, die eher weniger profitierten (Gesang-Negativ-Gruppe).

Zur Untersuchung des Einflusses der oben genannten Variablen bzgl. eines positiven oder negativen Verlaufes wurden die Extremgruppen hinsichtlich Alter, Geschlecht, familiärer Situation, Ausbildung, Beruf, Ausprägung und Verlauf der Erkrankung verglichen.

3.2.1. Soziodemographische Daten

Alter:

„Gesang-Positiv-Gruppe“: Im Alter von ca. 30 Jahren nahmen zwei Patienten teil. Im mittleren Lebensalter (40 bis 60 Jahre) waren sechs Patienten, im hohen Lebensalter (ab 60 Jahre) zwei.

„Gesang-Negativ-Gruppe“: Auch hier befinden sich zwei jüngere Patienten im Alter von 27 und 29 Jahren. Im mittleren und im hohen Lebensalter sind je vier Patienten. Der Altersdurchschnitt der „Gesang-Negativ-Gruppe“ ist insgesamt um 4,1 höher.

Geschlecht:

Beide Gruppen bestehen jeweils aus acht Frauen und zwei Männern.

Familienstand und Wohnsituation:

In dieser Hinsicht sind beide Gruppen ähnlich strukturiert.

„Gesang-Positiv-Gruppe“: Sechs Teilnehmer dieser Gruppe sind verheiratet, fünf davon leben mit ihrem Partner zusammen, eine Patientin ist geschieden und lebt nun wieder bei den Eltern, die übrigen drei sind verwitwet bzw. ledig und leben allein.

„Gesang-Negativ-Gruppe“: In dieser Gruppe sind fünf Teilnehmer verheiratet und leben mit ihrem Partner, bzw. in einer Partnerschaft, zwei Patientinnen sind ledig, zwei verwitwet und leben allein, eine Patientin lebt bei ihren Eltern.

Kinder:

In der „Gesang-Positiv-Gruppe“ sind es vier Teilnehmer, die keine Kinder haben, in der „Gesang-Negativ-Gruppe“ sind es fünf Teilnehmer. Alle anderen sind Mütter bzw. Väter von ein bis drei Kindern. Auch hier ist kein bedeutender Unterschied auszumachen.

Geschwister:

In beiden Gruppen wuchsen je zwei Teilnehmer als Einzelkinder auf. Die Anzahl der Geschwister ist bei der Gesang-Negativ-Gruppe allerdings höher (durchschnittlich drei Geschwister) als bei der Gesang-Positiv-Gruppe (durchschnittlich ca. zwei Geschwister)

Zusammenfassend kann man hinsichtlich der Kriterien Geschlecht, Familienstand und Wohnsituation, Kinder und Geschwister keine nennenswerten Unterschiede erkennen. Auch Altersdurchschnitt und -verteilung sind in beiden Gruppen ähnlich(vgl. Tab. 10).

Tab. 10: Soziodemographische Daten

„Gesang-Positiv-Gruppe“:

<i>Pat.</i>	<i>Alter</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>Familienstand und Wohnsituation</i>	<i>Kinder</i>	<i>Geschwister</i>
1p	56	2	verheirat zusammenlebend	2	4
2p	32	1	verheirat zusammenlebend	1	1
3p	75	1	verheirat zusammenlebend	3	1
4p	46	1	verheirat, getrennt lebend	1	2
5p	57	1	verwitwet, allein lebend	0	1
6p	81	1	verwitwet, allein lebend	0	3
7p	55	1	verheirat zusammenlebend	1	5
8p	45	2	geschieden, lebt bei den Eltern	0	0
9p	28	1	ledig, allein lebend	0	1
10p	57	1	verheirat zusammenlebend	2	1
MW	52,7				1,9

„Gesang-Negativ-Gruppe“:

<i>Pat.</i>	<i>Alter</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>Familienstand und Wohnsituation</i>	<i>Kinder</i>	<i>Geschwister</i>
1n	70	1	verheirat zusammenlebend	1	2
2n	27	2	ledig, lebt alleine	0	4
3n	55	2	verheirat zusammenlebend	2	2
4n	50	1	in einer Partnerschaft zusammenlebend	0	7
5n	29	1	ledig, lebt alleine	0	2
6n		1	verheirat zusammenlebend	2	0
7n	83	1	verwitwet, lebt allein	0	0
8n	47	1	ledig, lebt mit ihren Eltern zusammen	0	3
9n	71	1	verheirat zusammenlebend	1	3
10n	71	1	verwitwet, lebt allein	1	7
MW	57,1				3,2

1=weiblich

2=männlich

MW=Mittelwert

Ausbildung und Beruf (vgl. Tab. 11)

„Gesang-Positiv-Gruppe“: Die Schullaufbahn beendeten fünf Teilnehmer mit dem Abitur, zwei mit der mittleren Reife, vier mit dem Hauptschulabschluß. Alle erlernten einen Beruf. Drei der Teilnehmer sind oder waren als höher qualifizierte Angestellte bzw. Beamte tätig, weitere drei als mittlere Angestellte, vier als einfache Angestellte. Derzeit berufstätig sind sechs Patienten.

„Gesang-Negativ-Gruppe“: In dieser Gruppe beendeten zwei Teilnehmer die Schule mit dem Abitur, zwei mit der mittleren Reife, sechs mit einem Hauptschulabschluß. Fünf Teilnehmer erhielten keine Berufsausbildung, drei von ihnen waren nie berufstätig. Ein Patient studiert derzeit, drei sind oder waren als leitende oder höher qualifizierte Angestellte tätig, drei als einfache Angestellte oder Facharbeiterin. Derzeit berufstätig sind drei Patienten.

Sowohl Schulabschluß als auch Berufsausbildung sind nach diesen Angaben bei den Patienten der „Gesang-Positiv-Gruppe“ durchschnittlich besser. Auch ist die Anzahl derer, die derzeit im Berufsleben steht, ist größer.

Tab. 11: Ausbildung und Beruf

„Gesang-Positiv-Gruppe“:

<i>P</i>	<i>Schulabschluß</i>	<i>Berufsausbildung</i>	<i>zuletzt oder derzeit ausgeübter Beruf</i>	<i>jetzige berufliche Situation</i>
1p	Hauptschulabschluß mit Qualifikation	Lehre als Raumausstatter	mittlerer Angestellter	Vollzeit berufstätig
2p	Abitur	Fachschule als Sekretärin	mittlere Angestellte	jetzt Hausfrau
3p	Abitur	Fachschule als Textildesignerin	einfache Angestellte	Rentnerin
4p	Abitur	Studium der Philosophie und Psychologie	hochqualifizierte Angestellte	Teilzeit berufstätig
5p	Abitur	Fachhochschule, Metallographin	höher qualifizierte Angestellte	Vollzeit berufstätig
6p	Hauptschulabschluß ohne Qualifikation	Lehre als kaufmännische Angestellte	einfache Angestellte	Rentnerin
7p	Hauptschulabschluß ohne Qualifikation	Lehre als Kauffrau	einfache Angestellte	jetzt Hausfrau
8p	Abitur	Mathematikstudium	Beamter im gehobenen Dienst	Vollzeit berufstätig
9p	Hauptschulabschluß mit Qualifikation	Lehre als Vertriebsassistentin	einfache Angestellte	Vollzeit berufstätig
10p	Mittlere Reife	Lehre, Verwaltungs- angestellte	mittlerer Angestellte	Vollzeit berufstätig

„Gesang-Negativ-Gruppe“:

<i>P</i>	<i>Schulabschluß</i>	<i>Berufsausbildung</i>	<i>zuletzt oder derzeit ausgeübter Beruf</i>	<i>jetzige berufliche Situation</i>
1n	Hauptschulabschluß ohne Qualifikation	keine Berufsausbildung	nie berufstätig	Hausfrau
2n	Abitur	studiert derzeit	nie berufstätig	
3n	Abitur	Lehre als Versicherungs- kaufmann	höher qualifizierter Angestellter	Vollzeit berufstätig
4n	Hauptschulabschluß ohne Qualifikation	keine Berufsausbildung, arbeitete als Kellnerin	leitende Angestellte	Rentnerin
5n	Mittlere Reife	keine Berufsausbildung arbeitet in Bücherei	einfache Angestellte	Vollzeit berufstätig
6n	Hauptschulabschluß ohne Qualifikation	Lehre als Näherin	Facharbeiterin	gelegentlich berufstätig
7n	Hauptschulabschluß ohne Qualifikation	keine Berufsausbildung	nie berufstätig	Rentnerin
8n	Hauptschulabschluß mit Qualifikation	Lehre als Sekretätin	leitende Angestellte	arbeitslos gemeldet
9n	Hauptschulabschluß ohne Qualifikation,	keine Berufsausbildung,	nie berufstätig	Rentnerin
10n	Mittlere Reife	führte die Buchhaltung im Tierzuchtamt	einfache Angestellte	Rentnerin

3.2.2. Diagnosen:

In der „Gesang-Positiv-Gruppe“ sind fünf Patienten mit schwerer Depression, davon verläuft ein Fall rezidivierend. drei Patienten mit mittelgradiger Depression, davon ebenso ein rezidivierender Verlauf. Zwei weitere Teilnehmer leiden an einer schizoaffektiven depressiven Störung.

In der „Gesang-Negativ-Gruppe“ leiden sechs Patienten an einer schweren Depression, bei dreien von ihnen mit rezidivierendem Verlauf. Zwei Patienten sind an einer mittelgradigen Depression erkrankt, davon ist ein Fall rezidivierend. Eine Patientin mit Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus und eine Teilnehmerin mit akuter Belastungsreaktion wirken ebenfalls mit (vgl. Tab. 12).

Tab. 12: Diagnosen

„Gesang-Positiv-Gruppe“

<i>P</i>	<i>ICD 10</i>	<i>Haupt- und Nebendiagnosen</i>
1p	32.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
2p	31.4	bipolare, affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
3p	33.2, 10.1	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, Störung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch
4p	25.2	gemischte schizoaffektive Störung
5p	33.11, 13.24	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, Störung durch Sedativa und Hypnotika mit gegenwärtigem Substanzgebrauch
6p	31.3	bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
7p	31.4	bipolare, affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
8p	32.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
9p	25.1	schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
10p	32.1	mittelgradige depressive Episode

„Gesang-Negativ-Gruppe“

<i>P</i>	<i>ICD 10</i>	<i>Haupt- und Nebendiagnosen</i>
1n	33.11	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom
2n	32.11	mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom
3n	32.2, 60.5	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome Anankastische Persönlichkeitsstörung
4n	33.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
5n	60.31	emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus
6n	32.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
7n	32.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
8n	43.23	akute Belastungsreaktion mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen
9n	33.3,13.2	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, Störung durch Sedativa und Hypnotika mit Abhängigkeitssyndrom
10n	33.2	rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

3.2.3. Psychiatrische Kurzanamnese

HAMS U1: Nach den Daten des Psychopathometrischen Befundes zum Studienbeginn waren die Patienten der „Gesang-Negativ-Gruppe“ depressiver. Ebenso ist der Rohwert der Prognoseskala bei dieser Gruppe höher, welcher einer schlechteren Prognose entspricht. Das durchschnittliche Alter des ersten Auftretens einer psychischen Auffälligkeit ist bei beiden Gruppen gleich. Die Anzahl stationärer Behandlungen ist nur aufgrund eines Ausreißerwertes (Patient 7) bei der „Gesang-Positiv-Gruppe“ höher. Bei dieser Gruppe handelt es sich bei der jetzigen psychischen Störung in fast allen Fällen um das Wiederauftreten eines „ähnlichen früheren Zustandes“, nur in einem Fall um die „erste psychiatrische Auffälligkeit“. Überwiegend begann die Erkrankung plötzlich vor ca. ein bis drei Monaten (genauere Angaben vgl. Tab.13). Ein Patient begann einen Suizidversuch, eine Patientin war zu Beginn der Erkrankung suizidal.

Bei der „Gesang-Negativ-Gruppe“ begann die jetzige Erkrankung in den meisten Fällen allmählich. Der Verlauf erstreckt sich bereits über Monate bzw. Jahre hin und wird in zwei Fällen als „Verschlechterung eines chronischen Zustandes“, in zwei weiteren Fällen als „Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes“ gesehen. Bei dieser Gruppe bestand im Krankheitsverlauf bei fünf Patienten Suizidalität.

Insgesamt kann man aus diesen Daten durchaus feststellen, daß die Patienten der Gesang-Negativ-Gruppe sowohl im Vorfeld der Studie, als auch noch zu Studienbeginn schwerwiegender erkrankt waren (vgl. Tab. 13).

Tab. 13: Psychiatrische Kurzanamnese
„Gesang-Positiv-Gruppe“:

<i>P</i>	<i>HAMS</i> <i>U1</i>	<i>Verlauf</i> <i>(Jahre)</i>	<i>Stat.</i> <i>Beh.</i>	<i>PS</i>	<i>Jetzige psychische</i> <i>Störung ist</i>	<i>Beginn</i>	<i>Suizid-</i> <i>versuch</i>
1p	14	6	1	35	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes.	plötzlich, vor weniger als einem Monat	Z.n. Suizidversuch.
2p	5	1	1	55	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	allmählich, vor weniger als drei Monaten.	Nein
3p	20	24	6	36	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	plötzlich, vor weniger als einem Monat	Suizidalität
4p	12	10	3	-	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	plötzlich, vor weniger als zwei Monaten	Nein
5p	23	33	2	41	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	plötzlich, vor weniger als zwei Monaten	Nein
6p	12	12	6	51	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	plötzlich, vor weniger als drei Monaten	Nein
7p	12	21	15	32	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	allmählich, vor weniger als drei Monaten	Nein
8p	-	-	0	41	Erstmaliges Auftreten einer psychischen Störung	Plötzlicher Beginn, vor weniger als einem Monat	Nein
9p	9	4	3	43	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	plötzlich, vor weniger als drei Monaten	Nein
10p	14	12	1	41	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	plötzlich, vor weniger als einem Jahr	Nein
MW	13,44	42,6	3,4	41,67			

„Gesang-Negativ-Gruppe“:

<i>P</i>	<i>HAMS</i> <i>U1</i>	<i>Verlauf</i> <i>(Jahre)</i>	<i>stat.</i> <i>Beh.</i>	<i>PS</i>	<i>Jetzige psychische</i> <i>Störung ist</i>	<i>Beginn</i>	<i>Suizid-</i> <i>versuch</i>
1n	30	9	1	52	Verschlechterung eines chronischen Zustandes	allmählich, vor weniger als einem Jahr	Suizidalität
2n	13	-	0	33	Erstmaliges Auftreten einer psychischen Störung	allmählich, vor weniger als ein Jahr	Nein
3n	5	20	1	37	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	plötzlich, vor weniger als einem Jahr	Nein
4n	31	5	6	66	Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes	allmählich, vor weniger als einem Monat	Nein
5n	36	13	7	47	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes		Suizidalität
6n	20	2	0	36	Erstmaliges Auftreten einer psychischen Störung	plötzlich, vor weniger als drei Monaten	Suizidalität
7n	19	53	4	61	Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes	allmählich, vor weniger als einem Jahr	Suizidalität
8n	17	5	0	56	Erstmaliges Auftreten einer psychischen Störung	allmählich, vor fünf Jahren	Suizidalität
9n	22	2	4	66	Verschlechterung eines chronischen Zustandes	allmählich, vor ca. zwei Jahren	Nein
10n	9	34	1	-	Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes	allmählich	Nein
MW	20	40,8	2,4	50,44			

Bei der Überprüfung der Hypothese 4 anhand der soziodemographischen und krankheitsspezifische Daten der Vergleichsgruppen, konnte festgestellt werden:

Geschlecht, Familienstand und Wohnsituation, Kinder und Geschwister und Alter waren bei beiden Gruppen ähnlich, d.h. hinsichtlich dieser Kriterien ist laut der erhobenen Daten kein positiver bzw. negativer Einfluß auf das Gelingen der Gesangstherapie zu erwarten.

Unterschiede zwischen den Extremgruppen konnten in Bezug auf den Schulabschluß und die Berufsausbildung, der Ausprägung und den Verlauf der Erkrankung beobachtet werden. Hier kann ein Einfluß auf das Gelingen der Gesangstherapie vermutet werden.

Das Ergebnis der Untersuchung zeigt günstigere Therapieverläufe bei Teilnehmern mit qualifizierterer Schul- und Berufsausbildung, sowie anhaltender beruflicher Integration. Darüber hinaus wurde anhand der Diagnosen und psychiatrischen Kurzanamnesen ersichtlich, daß v.a. Patienten von der Gesangstherapie profitierten, die sowohl im Vorfeld der Studie, als auch noch zu Studienbeginn nicht so schwerwiegend erkrankt waren.

3.3. Einzelfalldarstellungen

3.3.1. Die Patienten der Gesang-Positiv-Gruppe

Patient 1 Pos:

Alter: 52, männlich

Diagnose: F. 32.3 : schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Familiäre Situation: verheiratet zusammenlebend, zwei Kinder, vier Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Hauptschulabschluß mit Qualifikation, Lehre als Raumausstatter, zuletzt als mittlerer Angestellter tätig, Vollzeit berufstätig

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 50, seither einmal stationär in Behandlung.

Jetzige psychische Störung ist das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit plötzlichem Beginn vor weniger als einem Monat (Zustand bei Aufnahme). Er begann einen sicher gefährlichen Suizidversuch.

Prognoseskala: 35

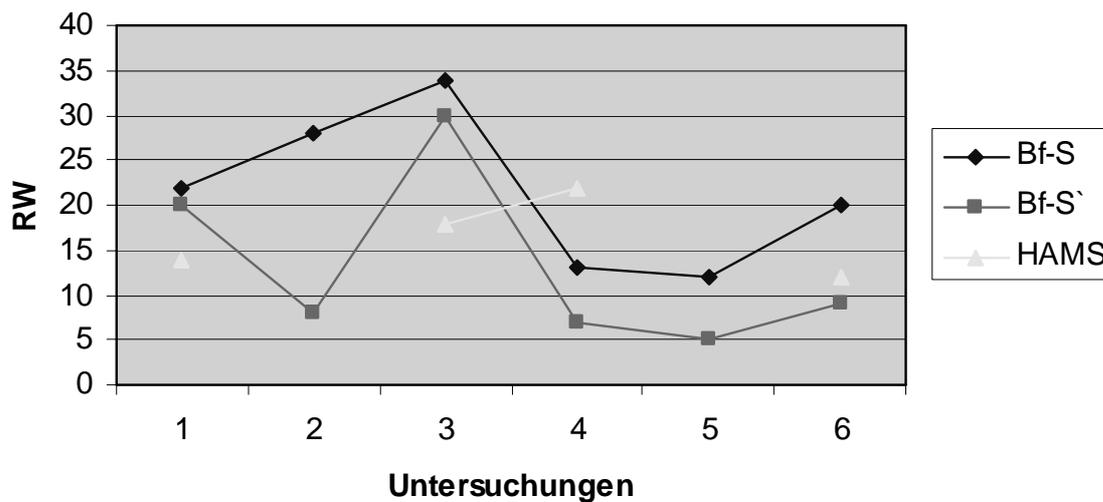


Abb. 7: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 1 Pos

Befunde (vgl. Abb. 7):

HAMS: Die Werte des psychopathologischen Befundes steigen zwar während der ersten Untersuchungswoche leicht an, bessern sich aber innerhalb der zweiten Woche wieder und liegen am Ende positiver als in der Ausgangssituation.

Bf-S/Bf-S': Auch subjektiv schwankt das Wohlbefinden, jedoch liegen die Werte nach Therapie stets günstiger als vor Therapie.

Der Patient war täglich anwesend und antwortete nach der Therapie auf die Frage nach seiner Stimmung stets „besser“ (vgl. Tab. 14), was durchaus mit den Bf-S/Bf-S'-Befund korreliert.

Tab. 14: Stimmung nach Therapie ? Befund im Untersuchungsintervall bei Pat 1 Pos

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patient: Das Singen hat mir sehr gut gefallen, ich hätte gerne noch länger gesungen. Auch die Atemgymnastik war gut. Vor der Therapie hatte ich gemischte Gefühle.

Gesangslehrerin: Der Patient war sehr offen und kooperativ. Er hat gern, kräftig, mit Spaß viel und gut gesungen. Auch profitierte er von der Atemgymnastik.

Einschätzung der Therapie: Sowohl die Befunde der Fremd- und Selbstratings, als auch die Interviews belegen eine sehr erfolgreich verlaufene Therapie, die dem Patienten Freude und gesteigertes Wohlbefinden erbrachte.

Patient 2 Pos:

Alter: 32, weiblich

Diagnose: F. 31.4: bipolare, affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Familiäre Situation: verheiratet zusammenlebend, ein Kind, ein Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Abitur, Fachschule als Sekretärin, zuletzt als mittlere Angestellte tätig, jetzt Hausfrau.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 31, seither einmal stationär in Behandlung.

Jetzige psychische Störung ist Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit allmählichem Beginn vor weniger als drei Monaten.

Prognoseskala: 55

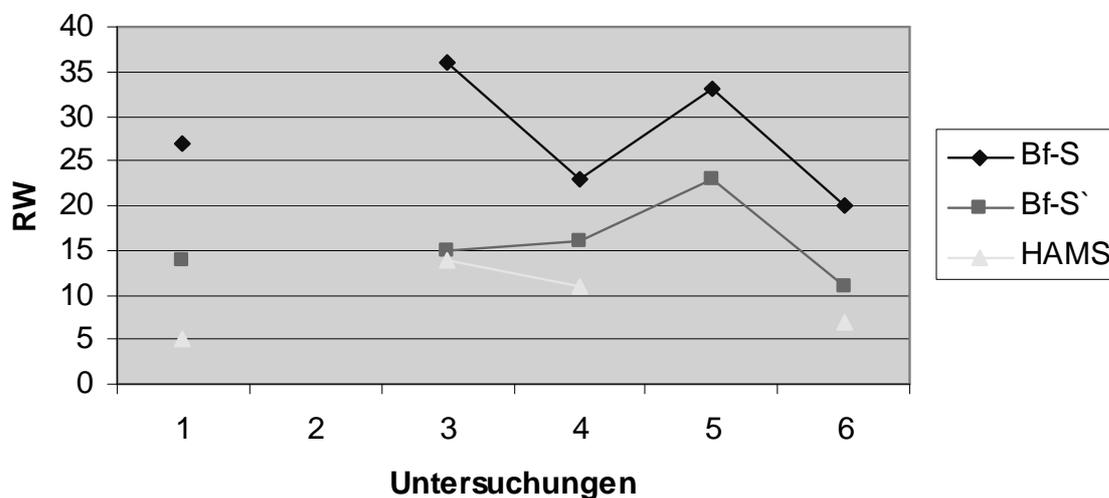


Abb. 8: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 2 Pos

Befunde (vgl. Abb. 8):

HAMS: Bei dieser Teilnehmerin verminderte sich objektiv beurteilt das Befinden, das zu Studienbeginn bereits überdurchschnittlich gut war, steigerte sich aber zum Ende der Untersuchungen hin wieder.

Bf-S/Bf-S': Auch die subjektive Befindlichkeit ist großen Schwankungen unterworfen. Vor Therapie verdeutlichen die Werte teils stark vermindertes Wohlbefinden, nach dem Singen ging es der Studienteilnehmerin aber immer wesentlich besser.

Die Patientin war insgesamt acht mal anwesend und antwortet überwiegend es ginge ihr „besser“ nach der Therapie (vgl. Tab. 15).

Tab. 15: Stimmung nach Therapie ? Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 2 Pos

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	0	f	0	0	1	0	1	0	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Das Singen hat mir gut gefallen.

Gesangslehrerin: Die musikalische Patientin war stets freundlich und hat alles mitgemacht, wirkte aber unbeteiligt, fast hypnotisiert. Sie hat nichts ernst genommen, sich aber zusammengenommen.

Einschätzung der Therapie:

Erfolgreich, obwohl die Gesangslehrerin bei der Patientin keine auffallenden Regungen ausmachen konnte, fühlte sich die Teilnehmerin ihren eigenen Angaben zufolge nach dem Singen stets besser.

Patient 3 Pos:

Alter: 75, weiblich

Diagnose: F. 33.2, F. 10.1: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, Störung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch

Familiäre Situation: verheiratet zusammenlebend, drei Kinder, ein Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Abitur, Fachschule als Textildesignerin, zuletzt als einfache Angestellte tätig, lebt jetzt von der Altersrente.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 51, seither sechs mal stationär in Behandlung

Jetzige psychische Störung ist Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit plötzlichem Beginn vor weniger als einem Monat. Es bestand Suizidalität.

Prognoseskala: 36

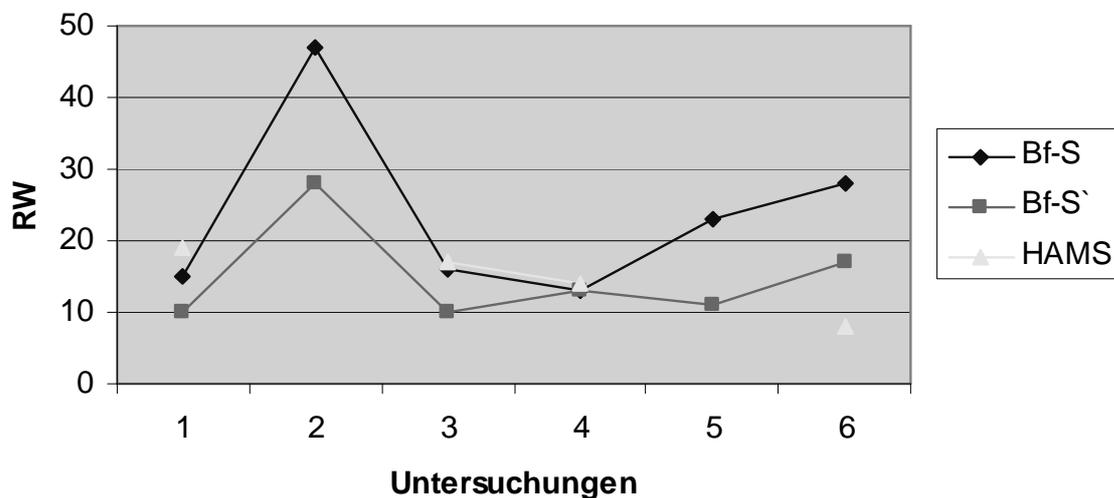


Abb. 9: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 3 Pos

Befunde (vgl. Abb. 9)

HAMS: Der psychopathometrische Befund drückt eine kontinuierliche Steigerung der Befindlichkeit aus.

Bf-S/Bf-S': Beide Kurven schwanken stark, jedoch ist die Befindlichkeit nach dem Singen stets besser. Die Endwerte liegen allerdings höher als die Ausgangswerte.

Die Frage nach Stimmungsänderung wird zum überwiegenden Teil mit „besser“ beantwortet. Die Teilnehmerin ist täglich anwesend (vgl. Tab. 16).

Tab. 16: Stimmung nach Therapie ? Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 3 Pos

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	1	0	1	0	0	0	0	1	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Ich habe gerne gesungen und hätte die Therapie gerne weiter fortgeführt.

Gesangslehrerin: Die Patientin konnte viele Lieder singen, nannte Lieder, die sie singen wollte. Sie sang leise und es hat ihr spürbar Spaß gemacht. Sie war angestrengt und weinte manchmal, wollte gerne weitersingen.

Einschätzung der Therapie:

Erfolgreich. Das Singen löste offensichtlich bei dieser Patientin Gefühle aus. Da sie sich nach der Gesangsstunde meist besser fühlte, kann vermutet werden, daß die Teilnehmerin singend ganz gut damit zurecht kam.

Patient 4 Pos:

Alter: 46, weiblich

Diagnose: F 25.2: gemischte schizoaffektive Störung

Familiäre Situation: verheiratet, lebt getrennt vom Ehemann, ein Kind, zwei Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Abitur, Studium der Philosophie und Psychologie, zuletzt hochqualifizierte Angestellte tätig, arbeitet Teilzeit

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 36, seither drei stationäre Aufnahmen.

Jetzige psychische Störung ist Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit plötzlichem Beginn vor weniger als zwei Monaten. Es bestand keine Suizidalität.

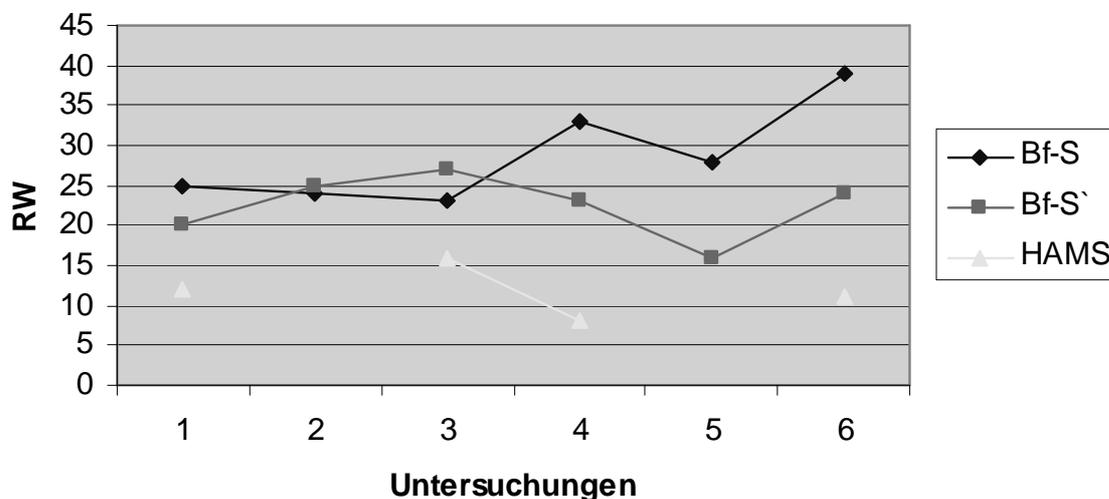


Abb. 10: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 4 Pos

Befunde (vgl. Abb. 10):

HAMS/Bf-S': Die objektive Einschätzung ihres Befindens entspricht dem Verlauf der Bf-S'-Kurve. Beide zeigen eine gewisse Schwankung, der Endwert liegt ähnlich dem Anfangswert.

Bf-S/Bf-S': In der ersten Woche ist eine eher geringe z.T. sogar negative Tendenz des Bf-S'-Befundes ersichtlich. In der zweiten Woche ist das subjektive Wohlbefinden vor Therapie zwar vermindert, nach der Therapie dann aber deutlich gesteigert.

Die Patientin, täglich anwesend, antwortete überwiegend nach ihrer Stimmung nach dem Gesang gefragt mit „besser“ (vgl. Tab. 17).

Tab. 17: Stimmung nach Therapie ? Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 4 Pos

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Ich freute mir schon vor der Stunde auf das Singen und vermißte es danach. Es hat mir sehr gefallen.

Gesangslehrerin: Patientin war anfangs reserviert, weinerlich, wünschte sich aber Lieder, sang gerne und ging immer erleichtert aus der Stunde. Die Stimmung wechselte stark

Einschätzung der Therapie:

Erfolgreich. Die von der Gesangslehrerin erwähnte anfängliche Reserviertheit der Teilnehmerin spiegelt sich durchaus in dem Bf-S/Bf-S'-Verlauf der ersten Woche wieder. Anschließend verläuft die Therapie sehr positiv.

Patient 5 Pos:

Alter: 56, weiblich

Diagnose: F. 33.11, F. 13.24: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, Störung durch Sedativa und Hypnotika mit gegenwärtigem Substanzgebrauch

Familiäre Situation: verwitwet, allein, kein Kind, ein Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Abitur, Fachhochschule, Metallographin, zuletzt als höher qualifizierte Angestellte tätig, Vollzeit berufstätig.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 24, seither zwei mal stationär in Behandlung.

Jetzige psychische Störung ist das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit plötzlichem Beginn vor weniger als zwei Monaten.

Prognoseskala: 41

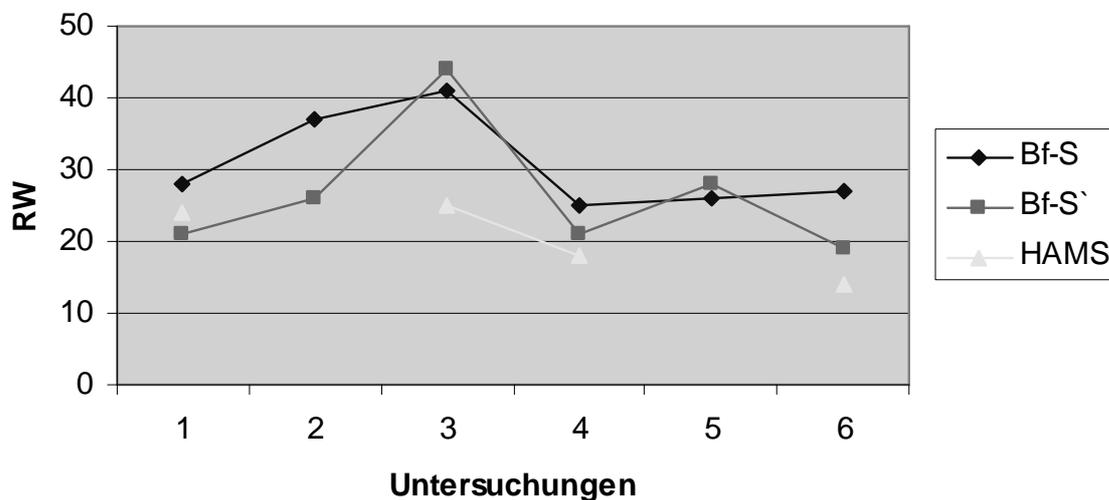


Abb. 11: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 5 Pos

Befunde (vgl. Abb.11):

HAMS: Der psychopathologische Befund bessert sich nach der ersten Therapiewoche sichtbar.

Bf-S/Bf-S': Die Patientin selbst fühlt sich laut Selbstrating-Befund in der ersten Woche zusehends schlechter. Nach dem Wochenende ist ein deutlicher Einschnitt zu erkennen, ihr Wohlbefinden verbesserte sich deutlich. Die Befunde nach Therapie sind alterierend. Nach vier Singstunden liegen die BfS'-Werte unter den Bf-S-Werten, zweimal darüber.

Täglich anwesend antwortet sie es ginge ihr nach dem Singen „besser“ (vgl. Tab.18).

Tab. 18: Stimmung nach Therapie ? Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 5 Pos

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Ich liebe Musik. Singen ist etwas besonderes, es hat etwas angestoßen, besonders die Lieder aus der Schulzeit. Vor der Stunde hatte ich etwas Angst, die aber bald verschwand.

Gesangslehrerin: Der sensiblen Patientin ging es sehr schlecht, sie wirkte leer und distanziert, sehr wechselhaft und wollte viel Zuwendung. Sie höre gerne Klassik und könne eigentlich nicht singen. Sie nannte keine eigenen Wunschlieder, konnte aber durchaus singen.

Einschätzung der Therapie: Erfolgreich. Die Befunde drücken den reduzierten anfänglichen Zustand der Patientin mit deutlicher Besserung in der zweiten Woche aus, die großen Schwankungen im subjektiven Befinden können durchaus mit der Aussage der Patientin „es hat etwas angestoßen“ interpretiert werden.

Patient 6 Pos:

Alter: 81, weiblich

Diagnose: F. 31.3: bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode

Familiäre Situation: Witwe, allein, kein Kind, drei Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Hauptschulabschluß ohne Qualifikation, Lehre als kaufmännische Angestellte, zuletzt als einfache Angestellte tätig, lebt nun von Witwenrente.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 69, seither sechs mal stationär in Behandlung

Jetzige psychische Störung ist Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit plötzlichem Beginn vor weniger als drei Monaten.

Prognoseskala: 51

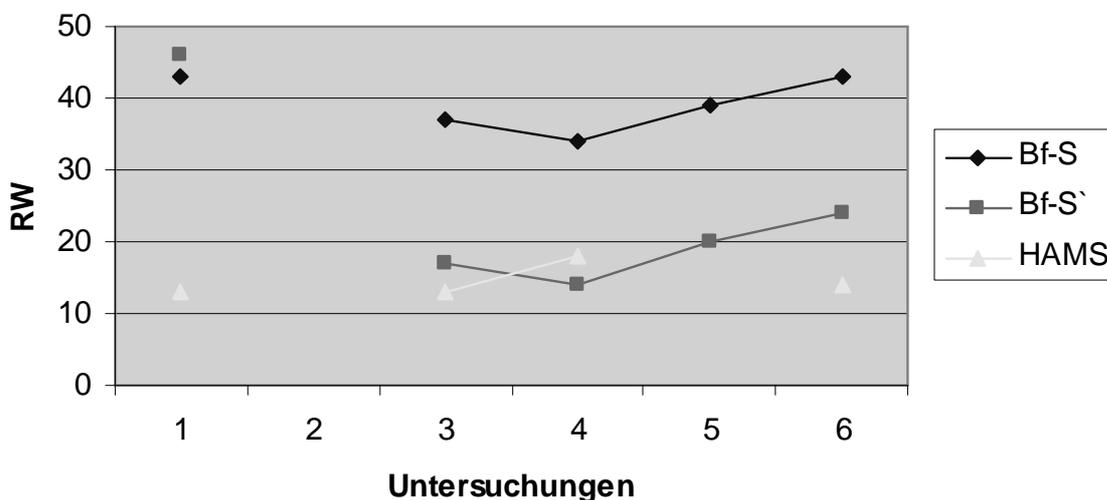


Abb. 12: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 6 Pos

Befunde (vgl.(Abb. 12):

HAMS: Nach der objektiven Skala ist das Befinden der Patientin zu Beginn der Studie bereits relativ gut, zu Anfang der zweiten Woche etwas reduziert, am Ende aber wieder verbessert.

Bf-S/Bf-S': Dazu im Gegensatz fühlt sich die Patientin selbst vor Therapie meist sehr schlecht, anfang der zweiten Woche etwas wohler. Die Bf-S'-Werte drücken ab der U3 eine auffallende Steigerung des subjektiven Befindens nach dem Singen aus, was in etwa mit der Aussage der Gesangslehrerin übereinstimmt.

Die Teilnehmerin war neun mal anwesend, und antwortete überwiegend es ginge ihr nach dem Singen „besser“ oder aber „gleich“ (vgl. Tab. 19).

Tab. 19: Stimmung nach Therapie ? Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 6 Pos

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
1	1	f	0	1	0	0	0	0	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Singen hat mir gut gefallen, es war aber anstrengend. Als Jugendliche habe ich im Chor gesungen.

Gesangslehrerin: Die Patientin war anfangs sehr widerwillig und wollte eigentlich nicht singen, sie hätte nie gesungen. Am 3. Tag kam die plötzliche Wendung, sie machte die Atemübungen gut, kannte und sang viele Lieder mit lauter Stimme, sehr bestimmend.

Einschätzung der Therapie: Erfolgreich. Trotz ihrem hohen Alter, der hohen Prognoseskala und ihrer anfänglicher Ablehnung nahm die Patientin schließlich das Therapieangebot an, „brachte sich ein“ und das Ausmaß der Befindlichkeitssteigerung war überdurchschnittlich gut.

Patient 7 Pos:

Alter: 55, weiblich

Diagnose: F. 31.4: bipolare, affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Familiäre Situation: verheiratet zusammenlebend, ein Kind, fünf Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Hauptschulabschluß ohne Qualifikation, Lehre als Kauffrau, zuletzt als einfache Angestellte tätig, jetzt Hausfrau.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 34, seither 15 mal stationär in Behandlung.

Jetzige psychische Störung ist das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit allmählichem Beginn vor weniger als drei Monaten.

Prognoseskala: 32

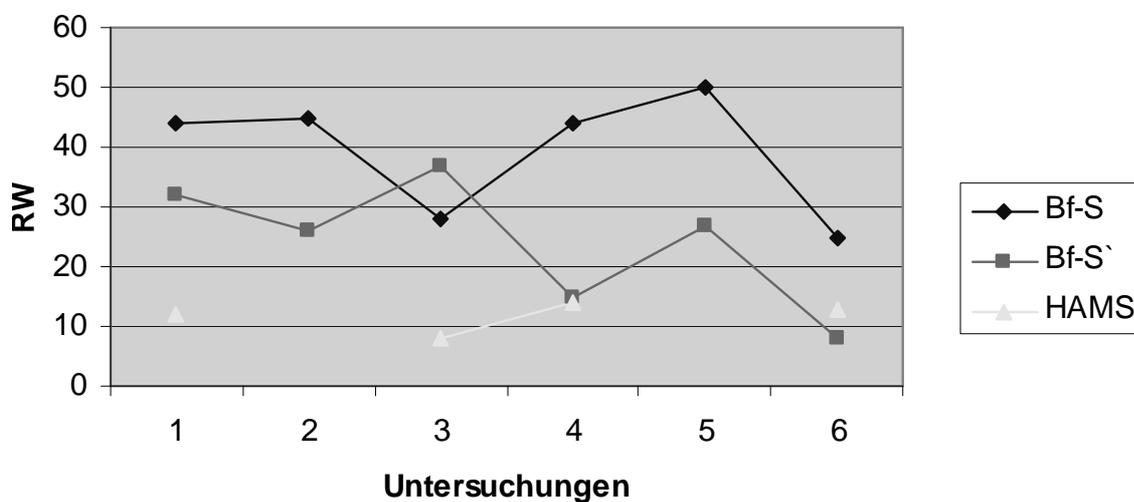


Abb. 13: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 7 Pos

Befunde (vgl. Abb. 13):

Der HAMS-Befund dieser Patientin zeigt im Untersuchungszeitraum eine leichte Schwankung, die parallel zur selbsteingeschätzten Befindlichkeit verläuft (vgl. Bf-S/Bf-S'). Die Kurven vor und nach Therapie verlaufen ebenso parallel schwankend, wobei die Bf-S'-Werte immer deutlich niedriger sind als die Bf-S-Werte.

Die Teilnehmerin war täglich anwesend, überwiegend antwortete sie es ginge ihr nach dem Singen „besser“ (vgl. Tab. 20).

Tab. 20: Stimmung nach Therapie ? Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 7 Pos

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
1	0	0	0	1	2	0	0	0	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Obwohl ich am Anfang gar nicht recht wollte, würde ich nun gerne weiter Singen. Auch die Atemübungen waren gut. Ich habe mich nach dem Singen freier gefühlt und das gute Gefühl hat ein paar Stunden angehalten. Nach jedem Singen hat sich etwas gelöst. Es wäre schön gewesen, das, was aufgebrochen ist, psychotherapeutisch zu begleiten. Früher spielte ich Akkordeon.

Gesangslehrerin: Die aufgeschlossene Patientin hat gut, viel, gern und laut gesungen, war sehr stabil bei der Atemgymnastik und hatte eigene Liedwünsche.

Einschätzung der Therapie: Erfolgreich. Auch diese Teilnehmerin hat sich sehr aktiv beteiligt und so von der Therapie profitiert.

Patient 8 Pos:

Alter: 45, männlich

Diagnose: F. 32.2: schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Familiäre Situation: geschieden, lebt bei den Eltern, kein Kinder, keine Geschwister,

Ausbildung und Arbeit: Abitur, Mathematikstudium, zuletzt als Beamter im gehobenen Dienst tätig, Vollzeit berufstätig

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 45, jetzt das erste mal stationär in Behandlung.

Plötzlicher Beginn der jetzigen Symptomatik vor weniger als einem Monat.

Prognoseskala: 41

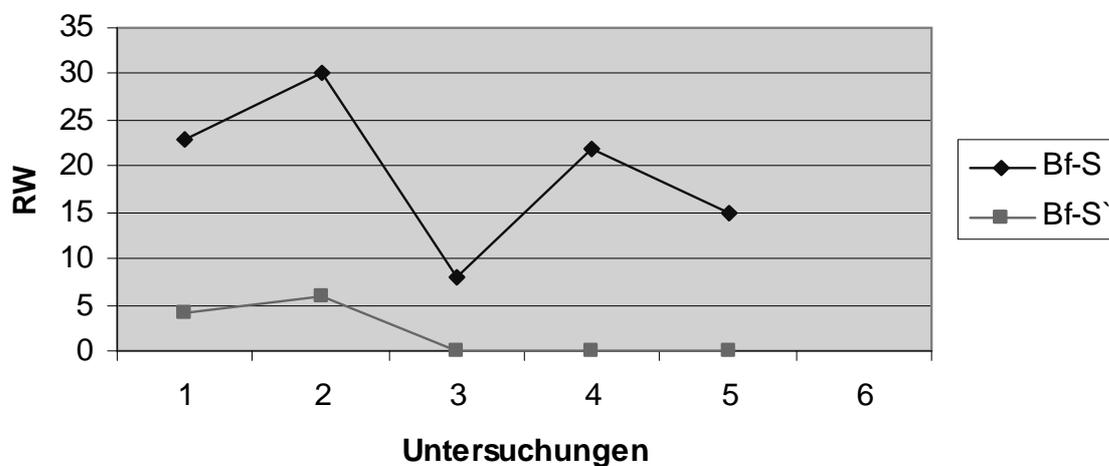


Abb.14: Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 8 Pos

Befunde (vgl. Abb.14):

HAMS: fehlt. Der Patient konnte jedoch kurz nach der Therapie in deutlich verbessertem Zustand entlassen werden.

Bf-S / Bf-S': Der Bf-S-Befund ist Schwankungen unterworfen, die Bf-S'-Werte sind nahezu optimal. Der Patient fühlt sich nach dem Singen offensichtlich bestens.

Der Patient konnte die Therapie nur acht mal wahrnehmen, da die Studie anschließend zu Ende war. Täglich antwortete er auf die frage nach Stimmungsänderung mit „besser“ (vgl. Tab. 21).

Tab. 21: Stimmung nach Therapie ? Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 8 Pos

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	0	0	0	0	0	0	0	f	f

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patient: Das Singen hat mir gut gefallen, meine Stimmung war nachher besser. Früher spielte ich Geige und habe im Schulchor gesungen. Ich werde wohl in Zukunft auch wieder mehr Singen.

Gesangslehrerin: Der stets freundliche Patient wirkte schüchtern, gehemmt, recht unbeweglich und sehr korrekt. Er hat sich durchaus aktiv an der Gesangsstunde beteiligt und verließ sichtbar gelockert den Raum.

Einschätzung der Therapie: Erfolgreich. Dem Patienten ging es nach der Studie deutlich besser.

Patient 9 Pos:

Alter: 28, weiblich

Diagnose: F. 25.1: schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv

Familiäre Situation: ledig, lebt allein, kein Kind, ein Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Hauptschulabschluß mit Qualifikation, Lehre als Vertriebsassistentin, zuletzt als einfache Angestellte tätig, Vollzeit berufstätig.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 24, seither dreimal stationär in Behandlung

Jetzige psychische Störung ist das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit plötzlichem Beginn vor weniger als drei Monaten.

Prognoseskala: 43

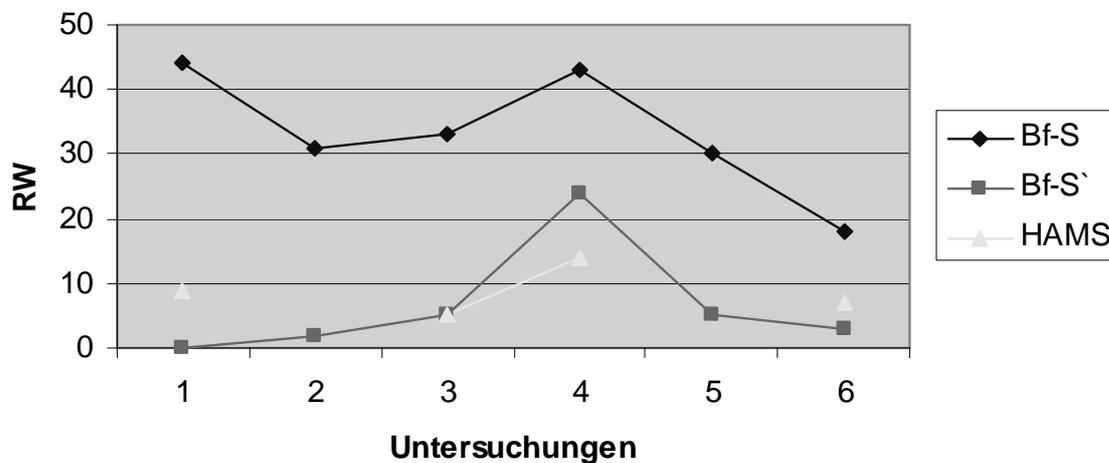


Abb. 15: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 9 Pos

Befunde (vgl. Abb. 15):

Fremd- und Selbstratingkurven verlaufen parallel schwankend, die HAMS-Werte sind eher positiv, die Bf-S-Werte anfangs eher reduziert, am Ende jedoch deutlich gesteigert. Betrachtet man die Werte nach Therapie, so fällt durchgehend eine enorme Steigerung des Wohlbefindens bei dieser Teilnehmerin auf.

Die Teilnehmerin war zehn mal anwesend und antwortete fast jeden Tag, es ginge ihr nach der Gesangsstunde „besser“ (vgl. Tab. 22).

Tab. 22: Stimmung nach Therapie ? Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 9 Pos

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	0	0	0	0	1	0	0	0	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Ich habe keine musikalische Vorbildung. Das Singen hat mir aber sehr gut gefallen

Gesangslehrerin: Die Patientin, anfangs mit unbeweglich starrem Blick, kannte kein Lied, konnte keinen Rhythmus halten, keinen Ton richtig nachsingen. Sie hat in der Schule nie gesungen, trotzdem hat es der Patientin jetzt gut gefallen, sie hat sich gut angepaßt. Musikalisch konnte wenig erreicht werden.

Einschätzung der Therapie: Erfolgreich. Sie ist die einzige in der Gesang-Positiv-Gruppe, die nach eigenen Angaben nie gesungen hat und anscheinend auch nicht besonders musikalisch ist (siehe Gesangslehrerin). Trotzdem bereitete ihr das Singen Freude und steigerte ihr Wohlbefinden erheblich.

Patient 10 Pos:

Alter: 57, weiblich

Diagnose: F. 32.1: mittelgradige depressive Episode

Familiäre Situation: verheiratet zusammenlebend, zwei Kinder, ein Geschwister.

Ausbildung und Arbeit: Mittlere Reife, Lehre, Verwaltungsangestellte, zuletzt als mittlerer Angestellte tätig, Vollzeit berufstätig

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 45, seither einmal stationär in Behandlung

Jetzige psychische Störung ist das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit plötzlichem Beginn vor weniger als einem Jahr.

Prognoseskala: 41

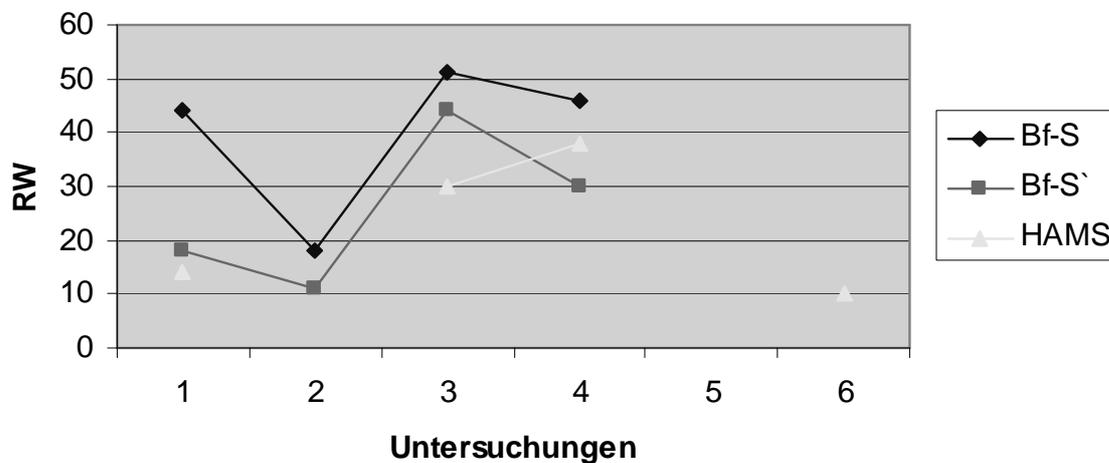


Abb. 16: HAMS . Bf-S/Bf-S - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 10 Pos

Befunde (vgl. Abb. 16): Laut psychopathologischem Befund ging es der Patientin zu Anfang recht gut, während der Studie verschlechterte sich ihr Zustand deutlich (Umstellung der Medikamente!) um sich zum Ende hin wieder zu verbessern. Die Selbstbefindlichkeitsskalen verlaufen parallel und drücken starke Schwankungen der Befindlichkeit aus. Jedoch fühlte sich die Teilnehmerin nach dem Gesang stets wohler.

Die Patientin konnte wegen starken Halsschmerzen nur sechs mal teilnehmen. Überwiegend fühlte sie sich „besser“ nach dem Singen (vgl. Tab. 23).

Tab. 23: Stimmung nach Therapie ? - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 10 Pos

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	0	0	1	0	0	f	F	f	f

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Nach dem Singen war ich immer etwas positiver gestimmt, Singen und Atemübungen haben entspannt. In einem besserem Zustand hätte mir das Singen noch viel mehr gebracht.

Gesangslehrerin: Patientin war sehr steif und überkorrekt, konnte kaum einatmen. Sie behauptete, sie könne nicht singen, konnte es aber sehr gut.

Einschätzung der Therapie: Erfolgreich. Obwohl im Untersuchungszeitraum eine medikamentöse Veränderung nötig wurde, die den Zustand der Patientin erheblich reduzierte, profitierte diese von jeder Gesangsstunde.

Ergebnis der Einzelbetrachtung der Gesang-Positiv-Gruppe:

Wie in der Anfangsthese bereits formuliert, verlief die Gesangstherapie bei der Gesang-Positiv-Gruppe sehr erfolgreich. Jedoch werden bei genauerer Betrachtung der Teilnehmer auch in dieser Gruppe wesentliche Unterschiede im Verlauf festgestellt. So fällt auf, daß auch Patienten mit hohem HAMS (z.B. Pat. 10 Pos: HAMS bei U3 > 30), hohem Lebensalter (Pat. 3 Pos, Pat. 6 pos) oder hoher Prognoseskala (Pat. 2 Pos, Pat. 6 Pos) gut mitwirkten und von der Therapie profitierten.

Auch in dieser Gruppe konnte, ähnlich wie in der Vergleichsgruppe, anfängliche Reserviertheit beobachtet werden. Es wurden ängstliche Gefühle, sich zu blamieren erwähnt, die die Patienten jedoch bald überwandten.

Die Mehrzahl der Patienten beteiligte sich intensiv und erlebte die Gesangsstunde mit viel Freude. Erinnerungen wurden wachgerufen: „Besonders die Lieder aus der Schulzeit haben etwas angestoßen“ (Pat. 5 Pos). Emotionen lösten Tränen aus. Ebenso wurde die Gesangstherapie als anstrengend empfunden. Die Patienten gingen jedoch meist erleichtert aus der Stunde. „Ich habe mich nach dem Singen freier gefühlt und das gute Gefühl hat ein paar Stunden angehalten“ (Pat. 7 Pos).

Eine Patientin konnte weder einen Rhythmus halten noch eine Melodie richtig nachsingen, trotzdem äußerte sie große Freude und gesteigertes Wohlbefinden nach der Gesangstherapie (Pat. 9 Pos). Auch wurde die Meinung geäußert, die Therapie hätte in einem besserem Zustand noch viel mehr bewirkt (Pat. 10 Pos). Die Einzelaussagen und -ergebnisse zusammenfassend kann man bestätigen, die Gesangstherapie wirkte sowohl „positiv“ und wurde von den Patienten der Gesang-Positiv-Gruppe äußerst „positiv“ angenommen und beurteilt.

3.3.2. Die Patienten der Gesang-Negativ-Gruppe

Patient 1 Neg:

Alter: 70, weiblich

Diagnose: F. 33.11: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom

Familiäre Situation: verheiratet zusammenlebend, ein Kind, zwei Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Hauptschulabschluß ohne Qualifikation, keine Berufsausbildung, als Hausfrau tätig.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 61, seither einmal stationär in Behandlung.

Jetzige psychische Störung ist die Verschlechterung eines chronischen Zustandes der weniger als ein Jahr besteht, es bestand Suizidalität im Verlauf der aktuellen Krankheit.

Prognoseskala: 52

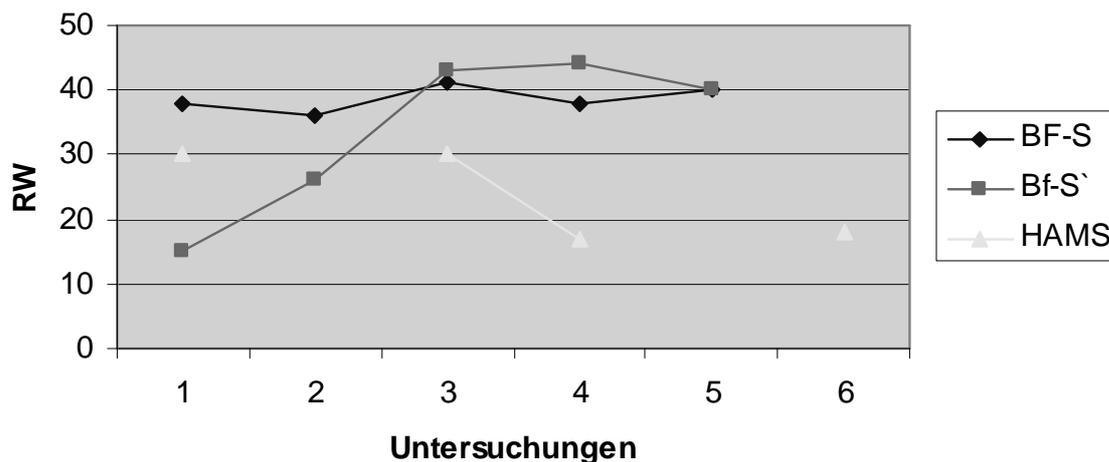


Abb. 17: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 1 Neg

Befunde (vgl. Abb. 17):

HAMS : Der psychopathologische Befund, zu Anfang sehr hoch, ist in der zweiten Woche deutlich besser als in der ersten.

Bf-S / Bf-S': Die Selbstbefindlichkeitseinschätzung vor Therapie bleibt im Untersuchungszeitraum relativ konstant (vgl. Bf-S). Nach den beiden ersten Stunden steigerte sich das Befinden der Patientin nach der Therapie auffallend. Im Anschluß an die folgenden Stunden geht es ihr eher schlechter, bzw. gleich (vgl. Bf-S').

Nach ihrer Stimmung nach dem Gesang gefragt, antwortete die Teilnehmerin überwiegend mit „gleich“. Neun Anwesenheiten (vgl. Tab. 24).

Tab. 24: Stimmung nach Therapie? - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 1 Neg

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
1	1	1	0	2	1	1	1	0	F

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Singen war anstrengend und hat nichts ausgelöst. Ich hatte eher Angst, es nicht zu bewältigen. Anschließend war ich immer müde.

Gesangslehrerin: Die Patientin war stets von ihrer inneren Unruhe getrieben und mußte zwischendurch immer wieder herumlaufen. Sie hatte vor allem Angst. Die Gesangsstunde erbrachte wenig Resultat.

Einschätzung der Therapie: Die sehr depressive (kürzlich noch suizidal), unruhige Patientin äußerte Angst. Sie war von der Gesangsstunde wohl eher überfordert. Obwohl es der Teilnehmerin laut behandelndem Arzt nach der ersten Woche entschieden besser ging und sie sich auch nach den ersten beiden Gesangsstunden laut Bf-S'-Befund wesentlich besser fühlte, scheint Gesang für sie keine geeignete Therapie zu sein.

Patient 2 Neg:

Alter: 27, männlich

Diagnose: F. 32.11: mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom

Familiäre Situation: ledig, lebt alleine, keine Kinder, vier Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Abitur, studiert derzeit.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 27, die Erkrankung besteht weniger als ein Jahr, begann allmählich und ist das erstmalige Auftreten einer psychischen Störung.

Prognoseskala: 33

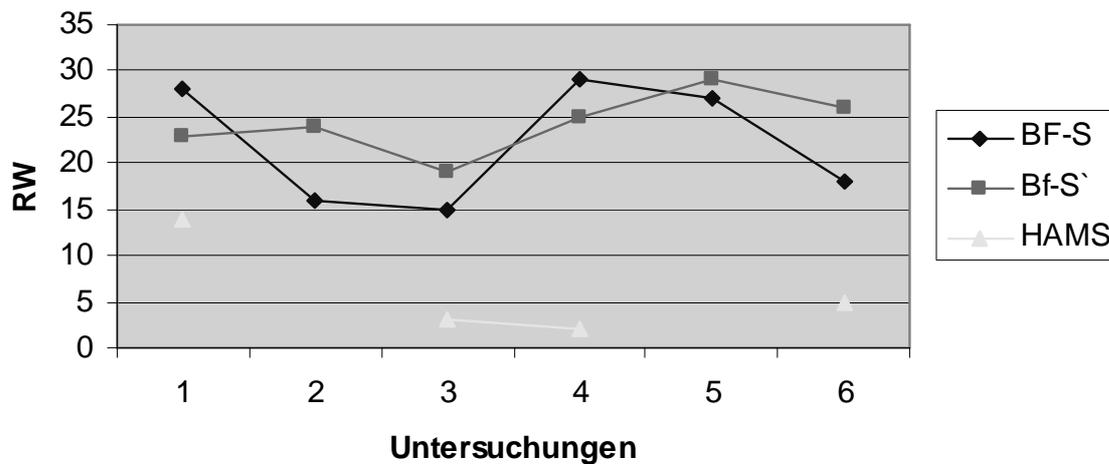


Abb. 18: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 2 Neg

Befunde (vgl. Abb. 18):

HAMS: Der HAMS-Befund ist zum Studienbeginn schon recht niedrig, Ende der ersten Woche fast optimal, steigt aber zum Studienende wieder leicht an.

Bf-S/Bf-S': Beide Befunde schwanken sehr, nach der ersten und vierten Gesangsstunde ging es dem Teilnehmer besser, nach den übrigen schlechter.

Auf die Frage nach Stimmungsänderung nach Therapie antwortet er überwiegend mit „gleich“, dreimal „besser“. Acht Anwesenheiten (vgl. Tab. 25).

Tab. 25: Stimmung nach Therapie ? - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 2 Neg

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	1	0	1	1	0	F	1	1	F

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patient: Das Singen hat mir etwas gebracht. Die Lieder waren zwar albern, trotzdem hatte ich Freude am Singen und werde es auch weiter in Anspruch nehmen. Musikalische Vorbildung habe ich keine.

Gesangslehrerin: Der Patient war sehr starr, bewegungslos, wie blockiert. Bei der Atemgymnastik war er freudlos, da er keine Lieder kannte, lernte er neue. Er sang falsche Texte, war eher widerwillig bei der Sache und man mußte ihm alles aus der Nase ziehen.

Einschätzung der Therapie:

Bei dem eher jugendlichen Patienten (Student, 27 Jahre) war das Singen von Volksliedern kein geeignetes Mittel (fand er albern), obwohl ihm das Singen an sich schon Freude bereitete. So erbrachte die Therapie nur einen mäßigen Erfolg. Geeigneter für ihn scheint anderes Liedgut (Pop, Rock o.ä.).

Patient 3 Neg:

Alter: 55, männlich

Diagnose: F. 32.2: schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Familiäre Situation: verheiratet zusammenlebend, zwei Kinder, zwei Geschwister.

Ausbildung und Arbeit: Abitur, Lehre als Versicherungskaufmann, zuletzt als höher qualifizierter Angestellter tätig, Vollzeit berufstätig.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 35, seither einmal stationär in Behandlung.

Jetziges psychische Störung ist Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit plötzlichem Beginn vor weniger als einem Jahr.

Prognoseskala: 37

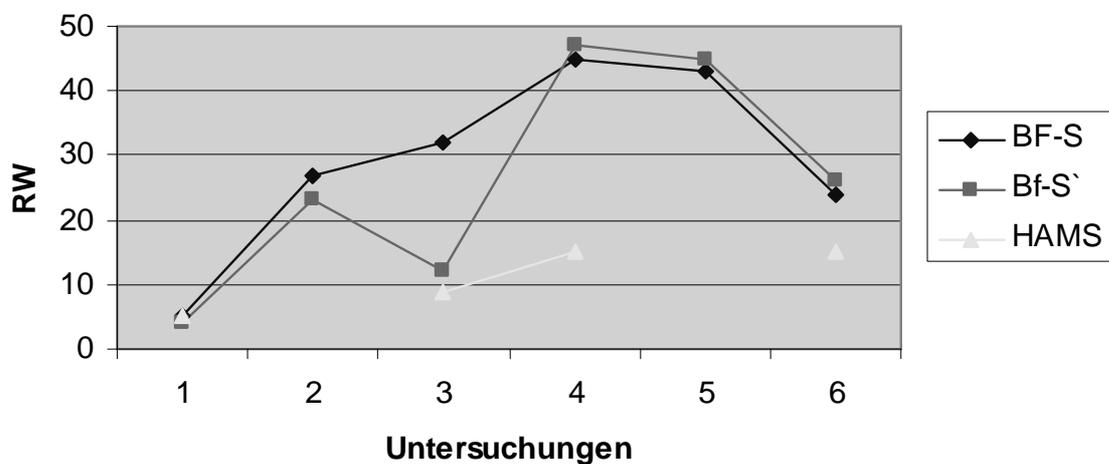


Abb. 19: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 3 Neg

Befunde (vgl. Abb. 19):

HAMS: Der psychopathologische Befund zu Beginn ist bereits sehr gut, verschlechtert sich im Untersuchungszeitraum, bleibt aber in der zweiten Woche stabil.

Bf-S/Bf-S': Auch die Selbstbefindlichkeitseinschätzung vor Therapie ist anfänglich sehr positiv, fällt stark ab, verbessert sich aber zum Ende hin wieder. In der ersten Woche fühlte sich der Patient nach der Therapie stets besser, in der zweiten Woche hingegen eher schlechter.

Der Teilnehmer war immer anwesend und antwortete täglich es ginge ihm nach der Therapie „gleich“ (vgl. Tab. 26).

Tab. 26: Stimmung nach Therapie ? - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 3 Neg

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patient: Das Singen hat mir gut gefallen, aber in der zweiten Woche hatte ich eine Grippe. Da strengte mich die Therapie sehr an.

Gesangslehrerin: Der Patient wirkte sehr verspannt. Die erste Woche ging gut, der Patient sang gerne. In der zweiten Woche war er krank. Vor Anstrengung schwitzte er stark.

Einschätzung der Therapie:

Geeignetes Mittel für den Patienten, da er gerne singt. Nur mäßiger Erfolg wegen grippalem Infekt, weshalb der Teilnehmer in der zweiten Woche von der Therapie überanstrengt war.

Patient 4 Neg:

Alter: 50, weiblich

Diagnose: F. 33.2: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

Familiäre Situation: in einer Partnerschaft zusammenlebend, keine Kinder, sieben Geschwister.

Ausbildung und Arbeit: Hauptschulabschluß ohne Qualifikation, keine Berufsausbildung, arbeitete als Biermädchen und Kellnerin, zuletzt war sie als leitende Angestellte tätig, lebt nun von einer Invalidenrente.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 45, seither sechs mal stationär in Behandlung.

Jetziges psychische Störung ist Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes, der allmählich vor ca. einem Monat begann.

Prognoseskala: 66

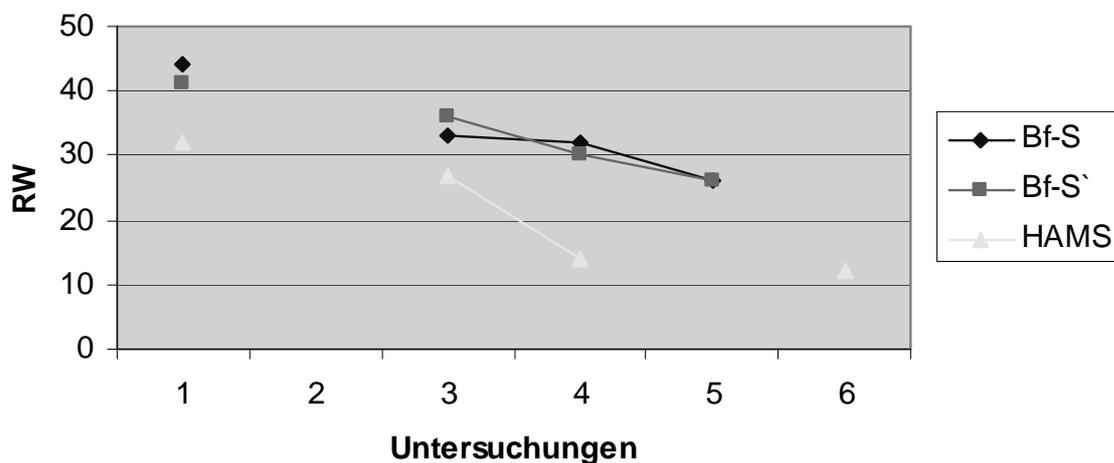


Abb. 20: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 4 Neg

Befunde (vgl. Abb. 20):

HAMS: Der HAMS-Verlauf drückt eine deutliche Befindlichkeitssteigerung nach der ersten Woche aus.

Bf-S/Bf-S': Das subjektive Empfinden entspricht dem Verlauf der objektiven Skala und drücken ebenso eine kontinuierliche Verbesserung aus. Die Werte nach Therapie unterscheiden sich allerdings nicht wesentlich von denen vor Therapie.

Die Patientin war acht mal anwesend, antwortete überwiegend mit „gleich“ (vgl. Tab. 27).

Tab. 27: Stimmung nach Therapie ? - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 4 Neg

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	1	F	1	1	0	1	1	1	F

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Das Singen war sehr schön, auch die Stimme auszuprobieren. Altes wurde wach. Vorher dachte ich: Oh Gott, das kann ich nicht ! Dann ging es doch gut.

Gesangslehrerin: Die Patientin hatte eine sehr verspannte, unbewegliche Haltung, nur eine Miene. Gegen Ende der Stunde kam dann aber einmal ein Lächeln. Sie sang sehr leise, hat aber alles mitgemacht. Sie trug sieben Tage dasselbe Kleid, dann erschien sie mit einem Anderen und es ging ihr besser.

Einschätzung der Therapie: Geeignete Therapie, die bei der Teilnehmerin Erinnerungen wachruft und Erfolgserlebnisse bewirkt. Die Patientin ist am Studienbeginn jedoch noch sehr depressiv, ängstlich und wenig auslenkbar. So ist direkt nach dem Gesang keine große Veränderung erkennbar, das subjektive Wohlbefinden steigt aber kontinuierlich im Studienverlauf an. Am Ende beobachtet die Gesangslehrerin eine auffallende Stimmungsaufhellung (neues Kleid).

Patient 5 Neg:

Alter: 29, weiblich

Diagnose: F. 60.31: emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus

Familiäre Situation: ledig, lebt alleine, keine Kinder, zwei Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Mittlere Reife, keine Berufsausbildung, arbeitet in einer Bücherei zuletzt als einfache Angestellte, Vollzeit berufstätig.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 16, seither sieben mal stationär in Behandlung.

Jetzige psychische Störung ist das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes. Es bestand Suizidalität im Verlauf der Erkrankung.

Prognoseskala: 47

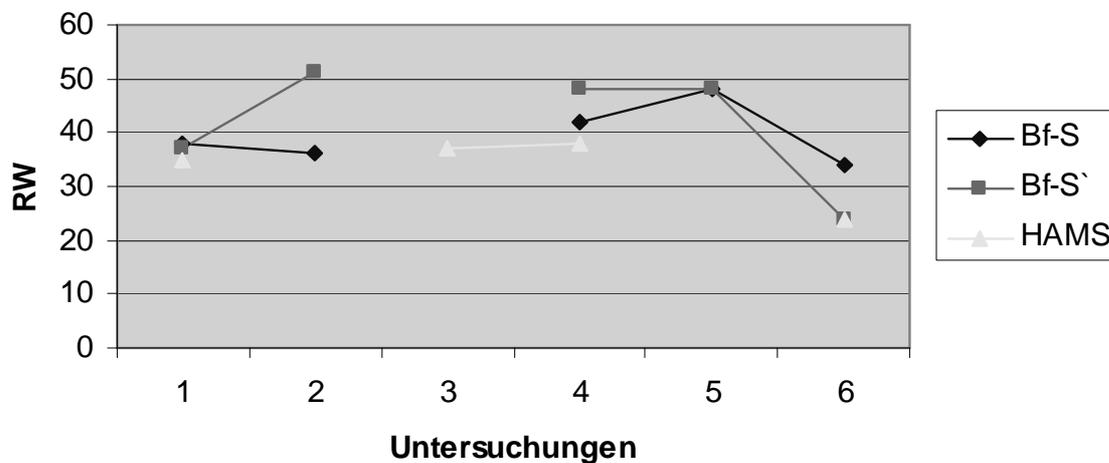


Abb. 21: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 5 Neg

Befunde (vgl. Abb. 21):

HAMS: Der objektive Befund dieser Teilnehmerin, anfangs sehr hoch, besserte sich deutlich in der zweiten Untersuchungswoche.

Bf-S/Bf-S': Der subjektive Befund zeigt, wie schlecht sich die Patientin im gesamten Untersuchungszeitraum fühlt. Nach Therapie ist ihr Zustand meist noch reduzierter als davor. Erst nach der letzten Stunde drückt der Bf-S'-Wert eine Steigerung ihres Wohlbefindens aus.

Patientin ist acht mal anwesend. Davon antwortet sie vier mal „gleich“, drei mal „besser“, einmal „schlechter“ (vgl. Tab. 28).

Tab. 28: Stimmung nach Therapie ? - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 5 Neg

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	1	2	1	f	1	f	1	0	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Singen war schön, hat etwas bewegt. Man spürt, daß etwas aus sich selbst entsteht, man wird aktiv, bekommt ein Erfolgserlebnis. Das ist gut für das Selbstbewußtsein. Wenn es mir besser gegangen wäre, hätte es noch viel mehr bewirkt.

Gesangslehrerin: Patientin war sehr depressiv und langsam, stand da mit eingezogenem Kopf, trug immer schwarz. Sang mit sehr schöner hohen Stimme, kannte viele schöne Lieder. Am zweiten Tag schon deutliche Besserung, dann ging es wieder schlechter. Zwischendurch war sie wie unerreichbar. Nach der Studie erzählte die Patientin, sie verstehe erst jetzt, wieviel ihr das Singen gebracht hätte.

Einschätzung der Therapie:

Geeignete Therapie, die Aktivität und Erfolgserlebnisse bei der Patientin bewirkt. Sie ist zu Beginn noch sehr depressiv (gerade nicht mehr suizidal), jedoch gegen Ende der Untersuchung läßt sich eine bedeutende Stimmungsaufhellung erkennen. Im Nachhinein, als sie die schwerste Krise überwunden hat, erkennt sie erst gänzlich die positive Wirkung des Singens.

Patient 6 Neg:

Alter: 52, weiblich

Diagnose: F. 32.2: schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Familiäre Situation: verheiratet zusammenlebend, zwei Kinder, keine Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Hauptschulabschluß ohne Qualifikation, Lehre als Näherin, zuletzt als Facharbeiterin tätig, derzeit gelegentlich berufstätig.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 50. Dies ist die erste stationäre Behandlung.

Die jetzige Erkrankung ist das wird als erstmaliges Auftreten einer psychischen Störung gesehen und begann plötzlich vor weniger als drei Monaten. Es bestand Suizidalität im Vorfeld der Erkrankung.

Prognoseskala: 36

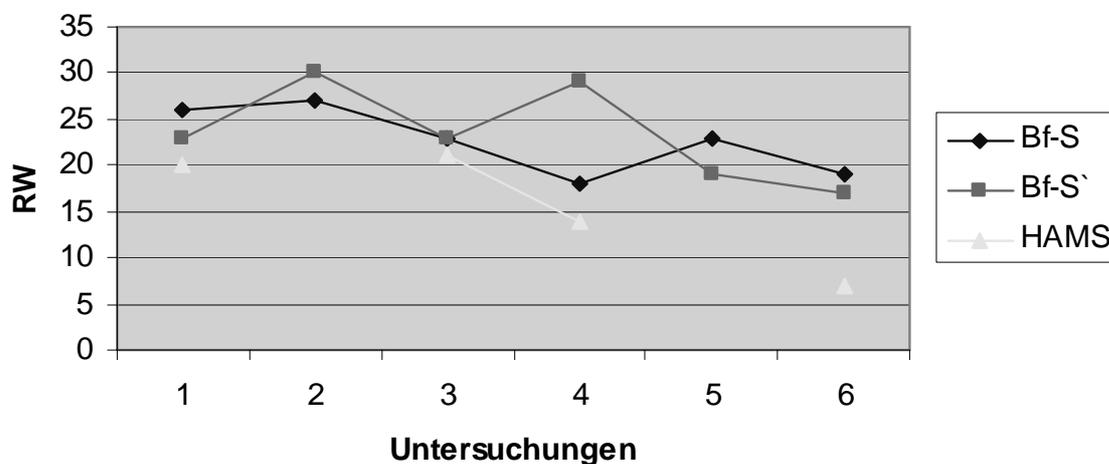


Abb. 22: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 6 Neg

Befunde (vgl. Abb. 22):

HAMS: Auch bei dieser Patientin steigerte sich der psychopathologische Befund deutlich nach dem Wochenende und weiterhin bis zum Studienende.

Bf-S/Bf-S': Ebenso zeigen die Werte vor Therapie eine positive Tendenz, allerdings schwankt das Befinden nach dem Gesang stark. Erst ab Mitte der zweiten Woche deutet sich eine positive Reaktion auf den Gesang an.

Die Teilnehmerin war täglich anwesend, antwortet zuerst immer „gleich“, erst nach den beiden letzten Gesangsstunden „besser“ (vgl. Tab. 29).

Tab. 29: Stimmung nach Therapie ? - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 6 Neg

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Singen und Atemübungen haben mir gefallen. Man schaltet ab. Musikalische Vorbildung habe ich keine.

Gesangslehrerin: Die Patientin wirkte verschlossen, war angespannt, hat sich zusammengerissen. Sie sagte aber, das Singen hätte ihr gut getan.

Einschätzung der Therapie:

Auch diese Patientin ist sehr verschlossen, daher für die Gesangslehrerin schlecht beurteilbar. Am Ende zeigt sich aber in ihren Selbstratingbefunden zuletzt doch eine positive Reaktion auf die Therapie.

Patient 7 Neg:

Alter: 83, weiblich

Diagnose: F. 32.2: schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Familiäre Situation: verwitwet, allein lebend, keine Kinder, keine Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Hauptschulabschluß ohne Qualifikation, keine Berufsausbildung, nie berufstätig, Hausfrau. Lebt von Witwenrente.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 26, Erstbehandlung mit 76, seither vier mal stationär in Behandlung.

Die jetzige Erkrankung ist als Fortdauer eines lang bestehenden Zustandes, der sich allmählich, vor weniger als einem Jahr entwickelte, zu sehen. Es bestand Suizidalität während der Erkrankung.

Prognoseskala: 61

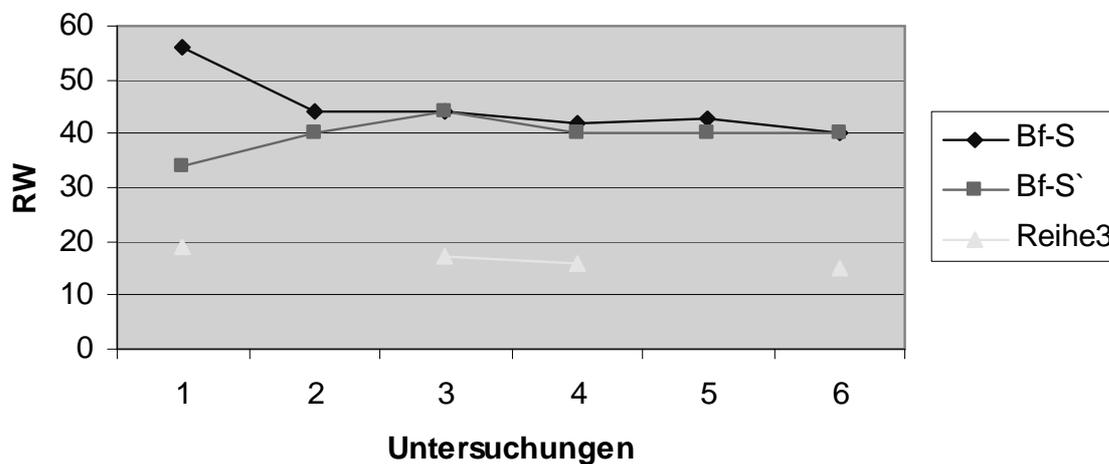


Abb. 23: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 7 Neg

Befunde (vgl. Abb. 23):

HAMS: Der HAMS-Befund zeigt eine geringe Verbesserung im Untersuchungsintervall.

Bf-S/Bf-S': Die Bf-S/Bf-S'-Werte sind konstant hoch, jedoch liegen die Werte nach dem Singen etwas niedriger als davor. Nach der ersten Therapiestunde zeigt sich noch die größte Stimmungssteigerung.

Der HAMS- und der Bf-S-Befund verlaufen parallel.

Die Teilnehmerin war immer anwesend, und antwortet immer mit „gleich“ (vgl. Tab. 30).

Tab. 30: Stimmung nach Therapie ? - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 7 Neg

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Das Singen hat mir nicht besonders gefallen, weil ich nicht Singen kann. Früher habe ich auch nicht gesungen, aber Klavier gespielt. Ich höre sonst auch Musik, aber z.Zt. nicht. Wenn es mir besser ginge, hätte mir die Therapie mehr Spaß gemacht. Es hat nichts bewirkt.

Gesangslehrerin: Die Patientin wirkte sehr depressiv und hoffnungslos. Sie litt sehr unter ihren Verdauungsproblemen, sang möglichst langsame, leise Lieder, besonders hingebungsvoll und schön das Wiegenlied „Kindelein mein“. Sie wollte nichts neues lernen.

Einschätzung der Therapie: Wenig Resultat. Jedoch verbessert sich der Zustand der Patientin im Studienintervall immerhin ein wenig. Die Patientin singt nicht gerne und ist insgesamt sehr resigniert.

Patient 8 Neg:

Alter: 47, weiblich

Diagnose: F. 43.23: akute Belastungsreaktion mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen

Familiäre Situation: ledig, lebt mit ihren Eltern zusammen, keine Kinder, drei Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Hauptschulabschluß mit Qualifikation, Lehre als Sekretärin, zuletzt als leitende Angestellte tätig, ist derzeit arbeitslos gemeldet.

Ihre Krankheit ist das erstmalige Auftreten einer psychischen Störung, die vor fünf Jahren allmählich begann. Im Vorfeld bestand Suizidalität.

Prognoseskala: 56

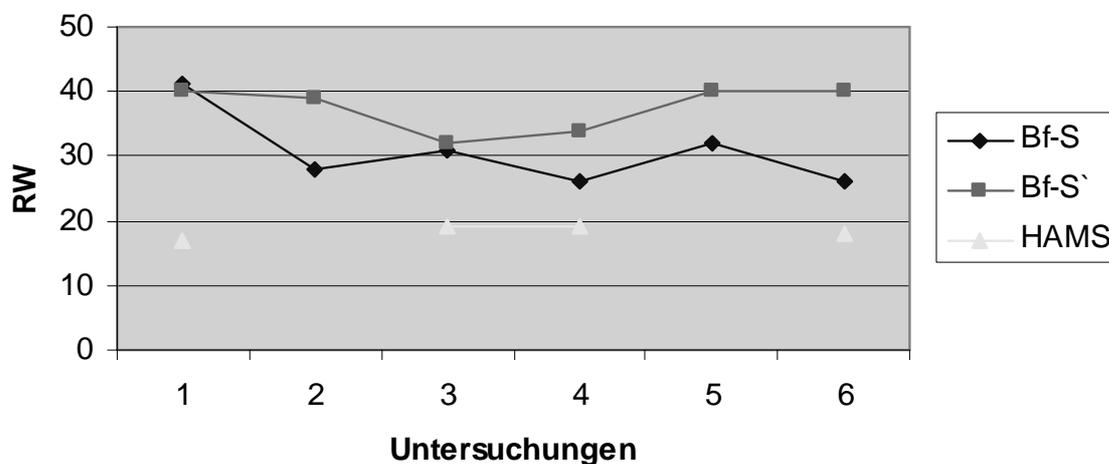


Abb. 24: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 8 Neg

Befunde (vgl. Abb. 24):

HAMS: Der objektive Befund ist im Untersuchungszeitraum relativ gut und konstant.

Bf-S/Bf-S': Die Selbstbefindlichkeit vor Therapie schwankt, zeigt im Untersuchungsintervall aber ein gewisse Steigerung. Nach dem Singen fühlt sich die Teilnehmerin laut Bf-S' meist schlechter als davor.

Die Teilnehmerin war immer anwesend und antwortete überwiegend mit „besser“, oder aber „gleich“ (vgl. Tab. 31).

Tab. 31: Stimmung nach Therapie ? - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 8 Neg

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
1	0	0	1	1	0	0	1	0	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Die Gesangsstunde hat mir ganz besonders gut gefallen, schon die Vorfreude war jedesmal sehr groß. Am liebsten wollte ich weiter Singen.

Gesangslehrerin: Die Patientin war besonders engagiert und eine begeisterte Sängerin.

Einschätzung der Therapie: geeignete Therapie, Patientin war begeistert. Die Antworten nach Stimmung nach der Therapie differieren mit Bf-S/-S'-Ergebnis. Möglicherweise sind Fehler beim Ausfüllen unterlaufen.

Patient 9 Neg:

Alter: 71, weiblich

Diagnose: F. 33.3: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen

Familiäre Situation: verheiratet zusammenlebend, ein Kind, drei Geschwister

Ausbildung und Arbeit: Hauptschulabschluß ohne Qualifikation, keine Berufsausbildung, Hausfrau, lebt von Altersrente.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 69, seither vier mal stationär in Behandlung

Die momentane Krankheit kann als Verschlechterung eines chronischen Zustandes gesehen werden, der vor ca. zwei Jahren begann.

Prognoseskala: 66

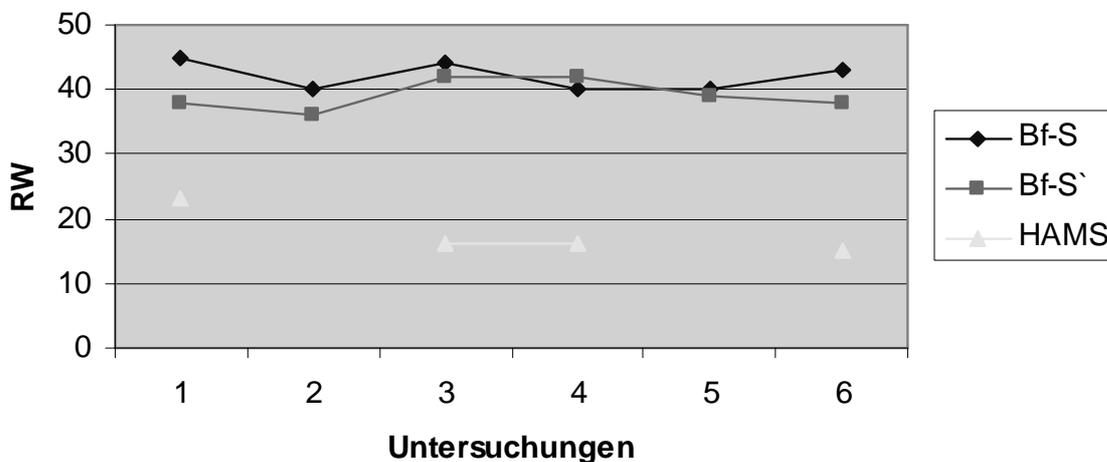


Abb. 25: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 9 Neg

Befunde (vgl. Abb. 25):

HAMS: Der psychopathologische Befund, verbessert sich ende der ersten Woche und bleibt dann konstant niedrig.

Bf-S/Bf-S': Das subjektive Befinden (vgl. Bf-S) schwankt etwas, bleibt im Untersuchungsintervall aber eher unverändert. Nach dem Gesang sind die Werte eher etwas niedriger.

Die Patientin war immer anwesend und antwortet konstant mit „gleich“ (vgl. Tab. 32)

Tab. 32: Stimmung nach Therapie ? - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 9 Neg

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Die Atemgymnastik hat mir gar nicht gefallen, Liedersingen war zwar anstrengend, aber ganz schön. Ich gehe auch regelmäßig zum Patienten-Singen. Früher sang ich im Kirchenchor und lernte Musikinstrumente vom Opa. Mein Bruder ist Musiker.

Gesangslehrerin: Die Patientin war sehr hektisch. Sie machte alles mit, wirkte aber neutral, unnahbar, unbeteiligt, kalt. Man konnte keinerlei Regungen ausmachen. Sie sagte aber, sie hätte gerne weiter gesungen.

Einschätzung der Therapieerfolges: geeignete Therapie, da Patientin gerne singt und musiziert. Momentan nur geringes Resultat, da die Patientin schwer depressiv war und ihr chronischer Zustand sicherlich einer längerfristigen Therapie bedarf.

Patient 10 Neg:

Alter: 71, weiblich

Diagnose: F. 33.2: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome

Familiäre Situation: Witwe, lebt allein, ein Kind, sieben Geschwister,

Ausbildung und Arbeit: Mittlere Reife, führte die Buchhaltung im Tierzuchamt, damals als einfache Angestellte tätig, später Hausfrau, lebt heute von Witwenrente.

Erste psychiatrische Auffälligkeit mit 37, mit 41 erstmals stationär in Behandlung.

Jetzige psychische Störung ist das Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes mit allmählichem Beginn.

Prognoseskala: -

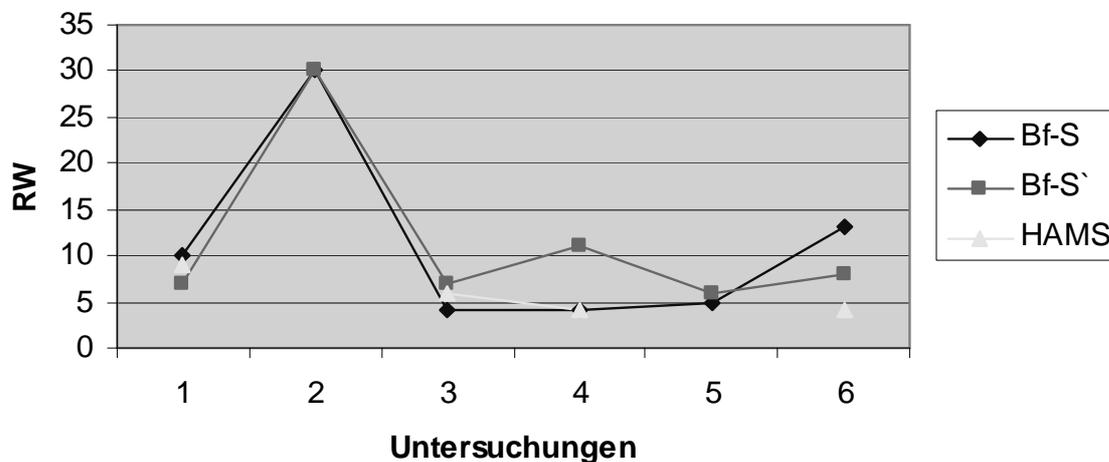


Abb. 26: HAMS - Bf-S/Bf-S' - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 10 Neg

Befunde (vgl. Abb. 26):

HAMS: Der objektive Befund der Teilnehmerin ist anfangs schon recht positiv und zeigt im Untersuchungsintervall noch eine weitere Steigerung.

Bf-S/Bf-S': Das subjektive Wohlbefinden schwankt stark. Am zweiten Untersuchungstag fällt ein kurzzeitiger Stimmungseinbruch auf. Die Patientin fühlte sich nach dem Singen teils schlechter, teils besser.

Die Patientin war täglich anwesend und antwortete immer mit „besser“ (vgl. Tab. 33).

Tab. 33: Stimmung nach Therapie ? - Befund im Untersuchungsintervall bei Patient 10 Neg

U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	U9	U10
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

0 ~ besser, 1 ~ gleich, 2 ~ schlechter, f ~ fehlt

Patientin: Singen und Atemübungen waren gut - mal tief Luft holen. Meine Stimmung ist nicht aufgehellt durch das Singen. Zu Anfang hatte ich Angst, etwas falsch zu machen und mich zu blamieren. In den zwei Wochen ist nichts passiert. Zuhause singe ich auch, aber nicht, wenn es mir so schlecht geht.

Gesangslehrerin: Die Patientin war immer nett und freundlich. Sie hat die Atemgymnastik gut gemacht und auch gut gesungen.

Einschätzung der Therapie: Therapie scheint geeignet, da Patientin sich aktiv beteiligte und an sich gerne singt. Ob die Therapie aber auch erfolgreich war, ist unklar.

Direkt nach der Therapie fühlte die Teilnehmerin etwas erleichtert, jedoch veränderte sich ihre Krankheitssituation insgesamt im Studienintervall nicht. Auch in diesem Fall war die Therapie vielleicht einfach zu kurz.

Ergebnis der Einzelbetrachtung der Gesang-Negativ-Gruppe:

Von den zehn Patienten der Gesang-Negativ-Gruppe wurde angenommen, daß sie aufgrund ihrer Selbstratingbefunde wenig, bzw. gar nicht auf die Gesangstherapie reagierten. Durch die detaillierte Betrachtung der einzelnen Fälle lassen sich die Gründe des geringen Erfolges ersehen bzw. annehmen. Der noch recht junge Patient (Pat 2 Neg) beispielsweise fand die Volkslieder, die er singen sollte, „albern“. Folglich mußte ihm die Gesangslehrerin „alles aus der Nase ziehen“. Vielleicht hätte bei ihm das Singen derzeit populärer Lieder nach seinem Geschmack eine durchaus positive Wirkung erzielt.

Bei einem weiteren Teilnehmer (Pat 3 Neg) ist der geringe Erfolg der Gesangstherapie sicherlich auf den im Verlauf der Studie zugezogenen grippalen Infekt zurückzuführen, der ihn körperlich sehr schwächte.

Bei einer Patientin (Pat. 8 Neg) kann man aller Wahrscheinlichkeit nach davon ausgehen, daß ihr beim Ausfüllen der Bf-S/Bf-S'-Fragebögen systematisch Fehler unterliefen, da gerade diese Patientin eine der engagiertesten und begeistertsten Sängerinnen war.

Für die sieben übrigen Teilnehmer kann man zusammenfassend behaupten, daß der mäßige Erfolg der Gesangstherapie in engem Zusammenhang mit der Ausprägung der Erkrankung stand. Vor allem bei den Patientinnen mit hoher Prognoseskala, chronischem Verlauf der Erkrankung, hohem Alter und initial hohem HAMS zeigt sich im Studienintervall nicht das erwünschte Resultat. Bei fünf von diesen sieben Teilnehmerinnen zeigt sich zum Studienende allerdings doch noch eine gewisse Stimmungsaufhellung. Hier waren die zwei Wochen Therapie vielleicht einfach zu kurz, um eine deutlichere Steigerung der Befindlichkeit zu bewirken. Es bleiben eigentlich nur zwei Teilnehmerinnen, für die die Gesangstherapie nicht geeignet schien. Die eine äußerte Angst, allein zu Singen und war in der Therapiesituation u.U. überfordert (Pat. 1 Neg). Das Singen in einer Chorgemeinschaft wäre hier evtl. hilfreicher gewesen. Die andere Teilnehmerin erklärte, sie habe noch nie gern gesungen (Pat. 7 Neg). Bei diesen beiden Teilnehmerinnen sah auch die Gesangslehrerin keinerlei Veränderung oder positives Resultat.

Die Einzelaussagen und -ergebnisse der Gesang-Negativ-Gruppe zusammenfassend kann man feststellen, daß von den zehn Teilnehmern gesichert eigentlich nur zwei Patienten überhaupt nicht, bzw. sogar „negativ“ auf die Gesangstherapie reagierten.

Von den übrigen acht Teilnehmern kann behauptet werden, daß auch sie die Gesangstherapie „positiv“ angenommen und beurteilt haben. Bei näherer Betrachtung konnte bei diesen Patienten durchaus ein gewisser positiver Effekt sichtbar gemacht werden. Auch wurden die Umstände ersichtlich (s.o.), die eventuell ursächlich für den geringen Erfolg der Gesangstherapie bei diesen Teilnehmern waren.

4. Diskussion

Musiktherapie ist ein verhältnismäßig junges Forschungsgebiet, erste empirische Arbeiten wurden in den 60er Jahren veröffentlicht. Dem Gesang als musiktherapeutischen Medium wurde erst in den letzten Jahren Bedeutung beigemessen. Der Begriff Singen oder Gesang befand sich lange nicht einmal in einem musikalischen Lexikon (Schwabe 1984). Hörmann äußert sich diesbezüglich: „Nicht nur Theoretiker der Musikpädagogik und Musiktherapie, sondern selbst Musikwissenschaftler ignorieren somit das ureigenste musikalische Ausdrucksmittel“, das Singen (Hörmann 1987). Um dieses Defizit auszugleichen, widmeten die Autoren des 1996 erschienenen „Lexikon der Musiktherapie (Decker-Voigt et al. 1996)“ der Stimme vermehrt Beachtung.

1990 beschäftigte sich ein Themenheft der „Musiktherapeutischen Umschau“ ausschließlich mit dem Gesang. Da es noch keine empirischen Untersuchungen gab, auf die man sich stützen konnte, wurden, anhand von Praxisberichten, die Erfahrungen mit dem Medium Gesang geschildert. Bisher spielt Singen überwiegend in der Geriatrie und mit Kindern eine Rolle. Einzelne Berichte entstammen der Neurologie und der Psychiatrie. Schubert schildert ihre Erfahrungen mit Gruppensingtherapie bei depressiven Patienten. Aufgrund ihrer jahrelangen Erfahrungen nennt sie als besonderen Singtherapieeffekt bei diesen Patienten: „Befreiung und Stimmungsaufhellung“ (Schubert 1989).

Die im Einleitungsteil zitierten Autoren (Adamek, Jochims, Muthesius, Rittner, Schubert et.al.) bezeichnen einhellig die Arbeit mit der Stimme als therapeutisch wertvoll, sie fordern gesteigerte Beachtung für diese Thematik.

1996 veröffentlichte Adamek erstmals empirische Befunde zur psychischen Funktion des Singens. Diese weisen Singen als effektive Strategie zur Alltagsbewältigung im Sinne der Regulation von Emotionen aus. „Singer“ seien danach signifikant gesünder (psychisch und physisch) als „Nichtsinger“ (Adamek 1996b).

Vor diesem Hintergrund, der bisher noch wenig Wissenschaftlichkeit bietet, kann diese Arbeit als Pilotstudie betrachtet werden. Anhand von Fremd- und Selbstratingbefunden wurde die Hypothese überprüft und bestätigt, daß bei stationär behandelten depressiven Patienten eine positive Befindlichkeitsänderung durch Gesang erzielt wird, was durchaus mit dem Erfahrungsbericht von Fr. Schubert übereinstimmt.

Zur Untersuchungsdurchführung lassen sich folgende Anmerkungen machen:

Da der behandelnde Arzt, der den Fremdratingbefund regelmäßig erhob, nie den Patienten während der Therapie erlebte und die Teilnehmer zusätzlich u.a. medikamentös behandelt wurden, ist eine eventuelle Veränderungen des Gesundheitszustandes nicht zwangsläufig mit der Gesangstherapie in Verbindung zu bringen, bzw. ein unmittelbarer Effekt des Gesanges mittels erhobener

Fremdratingbefunde auf die psychische Erkrankung nicht ohne weiteres nachzuweisen. Bereits in der Planung der Studie bemühten wir uns darum, störende Einflußfaktoren möglichst gering zu halten (siehe Kap. 1.5. und Kap. 3.1.). Dieses Problem, Therapieerfolge der Musiktherapie wissenschaftlich zu fundieren, stellt sich bei den meisten Untersuchungen, da Musiktherapie meist in Kombination mit anderen Therapien erfolgt (Rüger 1991).

Video-, bzw. Tonbandaufnahmen wurden nicht erstellt, da Bedenken geäußert wurden, daß die Patienten dann ihre Mitarbeit verweigert hätten. So ist kein wiederholbarer Zugang zu den Sitzungen möglich.

Die Ergebnisse der Selbstratingbefunde belegen in unserem Fall den direkten Einfluß des Singens auf den Gesundheitszustand besser, da die Fragebögen direkt vor, bzw. nach der Therapie ausgefüllt werden sollten. Hier wurde allerdings beobachtet, daß einige Patienten z.T. äußerst ungehalten darüber waren, die zahlreichen Fragebögen beantworten zu müssen. Zwei dieser Ratingskales (SDS, VIS-A) wurden in dieser Arbeit nicht ausgewertet, da sie sich nach Meinung der Autorin nicht zur Beurteilung des Therapieverlaufes eigneten). Inwieweit diese negativen Emotionen bei der Beantwortung miteingeflossen sind, bleibt dahingestellt.

Da vor und nach Therapie jeweils unterschiedliche Eigenschaftswörterlisten (Bf-S, Bf-S') Verwendung fanden, konnte daraus nicht gefolgert werden, auf welche Eigenschaften sich der Gesang direkt auswirkt. Die Bearbeitung der Bf-S/Bf-S'-Befunde hinsichtlich der einzelnen Items wird nicht empfohlen und ergab auch, vielleicht hinsichtlich der geringen Teilnehmerzahl, kein nennenswertes Ergebnis.

Zur Teilnahme aufgefordert äußerten die meisten Patienten, sie könnten nicht besonders gut Singen. Adamek stellte fest, daß der Erfolg des Singens als Bewältigungsstrategie nicht davon abhängt, ob jemand glaubt, gut singen zu können. Dies können wir bestätigen.

Wie auch von Jochims und Adamek beschrieben konnten auch in dieser Studie anfänglich Hemmungen und Abwehr vor dem Singen beobachtet werden (Jochims 1990c, Adamek 1996c). Nach der ersten Gesangsstunde wurde die größte durchschnittliche Befindlichkeitssteigerung verzeichnet. Als Ursache könnten die Ängste vor der unbekanntenen und ungewissen Therapiesituation gesehen werden. Nach dieser ersten Stunde war wohl die Erleichterung und damit auch Stimmungsaufhellung besonders groß.

Weiterhin wurde festgestellt, daß Singen bei manchen Patienten besser, bei anderen schlechter wirkt. So zeigte sich im Gruppenvergleich, daß die Patienten mit den besseren Ergebnissen sowohl im Vorfeld der Studie, als auch noch zu Studienbeginn unter geringerer depressiver Symptomatik litten (vgl. Kap. 3.2.2. und Kap. 3.2.3.). Darüber hinaus wurde ersichtlich, daß der Schulabschluß und Berufsausbildung

dieser Teilnehmer sich als besser erwies, und auch die Anzahl derer, die zu dieser Zeit im Berufsleben stand, größer war. Aber auch diese zuletzt genannten Kriterien sollten in Hinblick auf die Erkrankung Depression betrachtet werden. Die berufliche Situation, falls belastend und unbefriedigend (z. B. arbeitslos, nie berufstätig, Hausfrau), kann in engem Zusammenhang mit der Entwicklung einer Depression stehen.

Hinsichtlich der Kriterien Alter, Geschlecht, Familienstand und Wohnsituation, Kinder und Geschwister konnte kein Einfluß auf das Gelingen der Gesangstherapie festgestellt werden. Es fällt allerdings auf, daß 82% der Teilnehmer weiblichen Geschlechtes waren. Dies liegt in erster Linie daran, daß statistisch doppelt so viele Frauen an endogener Depression erkranken (Möller 1992) und sich folglich deswegen mehr Frauen stationär behandelt wurden. Ebenso paßt dies in den Kontext mit den Untersuchungen von Adamek, nach denen Frauen häufiger Singen als Bewältigungsstrategie nutzen. Adamek stellte weiterhin fest, daß sich das Singen in Großfamilien leichter entwickelt. Dies konnte hier anhand der kleinen Fallzahl nicht festgestellt werden. Nach Adamek wird Singen als Bewältigungsstrategie in allen Altersgruppen (Pubertät bis Rentenalter) gleich häufig genutzt. Auch in unserer Untersuchung waren die Teilnehmer gleichmäßig zwischen 27 und 81 Jahren verteilt.

Insgesamt wurde die Gesangstherapie äußerst „positiv“ angenommen und beurteilt. Nach detaillierter Einzelbetrachtung konnte festgestellt werden, daß eigentlich nur zwei von 28 Patienten überhaupt nicht, bzw. sogar negativ auf die Gesangstherapie reagierten. Die eine Teilnehmerin äußerte sich am Ende: „Das Singen hat mir nicht besonders gefallen, weil ich nicht Singen kann. Früher habe ich auch nicht gesungen, aber Klavier gespielt“. Diese Aussage erinnert an das Sprichwort: „Liebe und Singen kann man nicht erzwingen“. Adamek stellt in diesem Zusammenhang fest, daß die Entfaltung der Fähigkeit, Singen als Bewältigungsstrategie zu nutzen, ausschließlich mit der Einstellung, wie gerne jemand singt, korreliert. Dies hängt wieder von der Prägung in der Kindheit ab. Negative Erfahrungen mit Singen im Elternhaus oder der Schule stehen in signifikantem Zusammenhang mit negativer Einstellung zum Singen als Kind (Adamek 1996b). Dazu haben wir leider keine konkreten Angaben. Nach der Aussage der oben erwähnten Teilnehmerin könnte man einen solchen Zusammenhang allerdings vermuten. Bei der zweiten Teilnehmerin, die sehr ängstlich wirkte und eher negativ auf die Gesangsstunden reagierte, könnte wiederum eine andere Beobachtung zutreffen. Nach Schubert sind depressive Menschen besonders pedantisch und leistungsbezogen. Sie stellen hohe Anforderungen an sich selbst. Es fällt ihnen daher schwer, sich zu öffnen und etwas von sich zu geben. Gerade Singen könne hier Herausforderung und Hilfe zur Überwindung dieser Hemmungen bedeuten. Bei zu ausgeprägter depressiver Symptomatik könne der Patient allerdings auch überfordert sein. Es sei hier Vorsicht geboten (Schubert 1989).

In Hinblick auf diese schwerkranken Patienten, die in der akuten oder chronischen Krankheitsphase oft schwer auslenkbar sind, mag ein Therapieintervall von zwei Wochen auch zu kurz gewesen sein. Bei einigen Teilnehmern fiel erst am Ende der Studie eine Stimmungsaufhellung nach dem Singen auf.

Die Fragestellung der Untersuchung bezog sich auf die durch Singen ausgelöste Befindlichkeitsveränderung. Therapeutische Gespräche wurden im Rahmen der Studie nicht geführt. Eine Patientin äußerte sich in diesem Zusammenhang, sie fände es sehr schade, daß das, was in der Singstunde aufgebrochen sei, nicht im Gespräch aufgearbeitet werden konnte. Hier wurde vielleicht eine wichtige Chance verschenkt, andererseits sollte, wie zu Beginn erläutert, möglichst die Wirkung des Singens selbst erforscht werden. Für die therapeutische Arbeit wird selbstverständlich zum verarbeitenden Gespräch geraten. Dieser Aspekt sollte aber in dieser Studie keinesfalls vermengt werden.

Die Abschlußinterviews sowohl der Patienten als auch der Gesangslehrerin wurden nicht standardisiert vorgenommen. Weiterhin führten drei verschiedene Personen (Doktoranden) die Befragung der Patienten durch. Sie sind somit sehr unterschiedlich in Bezug auf Inhalt und Länge. Die in den Interviews erwähnten Eindrücke und Empfindungen (anfängliche Ängste, aufgebrochene Erinnerungen, Freude, Anstrengung) konnten so weder einheitlich noch statistisch bearbeitet werden.

Genauere Informationen, besonders hinsichtlich der musikalischen Erfahrungen, Vorbildung und Präferenzen der einzelnen Teilnehmer, wären ergänzend interessant gewesen. Ebenso die Beantwortung standardisierter Fragen seitens der Gesangslehrerin nach jeder Stunde als zusätzliche objektive Einschätzung des Therapieverlaufes.

Abschließend möchte ich mich nochmals auf die Ergebnisse von Adamek beziehen: Er stellte fest, daß die Befragten bei negativen Gefühlslagen (z.B. Anspannung, Angst, Mutlosigkeit, Niedergeschlagenheit, Trauer, Einsamkeit, Verzweiflung, Weltschmerz, Enttäuschung, Sorgen) durch ihr Singen ihre Befindlichkeit beeinflussen, die Gefühle integrieren, und ihre häufig blockierte Handlungsfähigkeit wiedergewinnen. Ebenso erweise Singen sich als Medium der Selbstbegegnung und Selbstreflexion.

Die Befragten erleben durch Singen sowohl frohe als auch traurige Gefühle intensiver, finden innere Ruhe und kommen wieder zu sich, können aus lähmenden Gedanken aussteigen und erfahren so, wie sie auf diese Weise seelische Erstarrung auflösen und den freien Fluß der Gefühle wieder herstellen können (Adamek 1996b).

Diese Ergebnisse von Adamek verleiten zu der Annahme, daß gerade depressive Patienten in ihrer negativen Gefühlslage von einer Gesangstherapie profitieren müßten. Auch wir konnten eine Stimmungsaufhellung bei depressiven Patienten

durch Gesang aufgrund unserer Ergebnisse bestätigen. Insoweit erwies sich das Singen mit depressiven Patienten als effektiv, wenn auch in einem Gesamtbehandlungsplan eingebettete, also zusätzliche therapeutische Maßnahme.

5. Zusammenfassung

Diese Arbeit erfolgte im Rahmen einer Pilotstudie, in deren Verlauf untersucht wurde, ob bei depressiven Patienten durch Singen eine Befindlichkeitsbesserung erzielt werden kann. Angestoßen wurde die Initiative von Herrn Kammersänger Prof. Dr. Bernd Weikl. Nach einer im Herbst 1994 durchgeführten Probephase mit 5 Patienten, wurde aufgrund der ermutigenden Ergebnisse, eine nachfolgende Untersuchung mit einem Cross-Over-Design (kontrolliert mit unspezifischer Zuwendung) mit über 30 Patienten durchgeführt. Diese hier vorgestellte Arbeit beschäftigt sich allerdings ausschließlich mit den Ergebnissen der Gesangsstunden.

Nach einem einleitenden theoretischen Teil, indem die Bedeutung der Stimme und des Gesanges in unserer und anderen Kulturen, und als musiktherapeutisches Medium erläutert wird, befaßt sich die Arbeit mit folgenden Fragen:

Bewirkt Singen eine sowohl objektiv als auch subjektiv beurteilbare Befindlichkeits-

steigerung bei depressiven Patienten?

Wirkt Singen bei manchen Patienten besser, bei anderen schlechter?

Wenn ja, warum? Welche soziodemographischen bzw. krankheitsspezifischen Kriterien beeinflussen die therapeutische Wirkung des Singens.

Als Testinstrumente fanden die von den behandelnden Ärzten ausgefüllten Fremdbeurteilungsskalen HAMS und MADRS Verwendung. Zusätzlich wurde mittels Selbstbeurteilungsskalen vor (Bf-S) und nach dem Gesang (Bf-S' und „Frage nach der Stimmung“) die subjektive Befindlichkeit der Teilnehmer ausgewertet. Weitere Informationen rekrutieren aus den abschließenden Interviews mit den Patienten und der Gesangslehrerin, sowie der im Krankenhaus archivierten Basisdokumentation der einzelnen Teilnehmer.

Kap. 3.1. enthält die Auswertung der Fragebogenuntersuchungen des Gesamtkollektives. Als Ergebnis der Fremdratingbefunde konnte bei 85% der Teilnehmer eine eindeutige positive Befindlichkeitsänderung im Untersuchungszeitraum verzeichnet werden.

Die Auswertung der Selbstratingbefunde (Bf-S/Bf-S') der Patienten demonstriert ebenso eine Befindlichkeitsänderung im positiven Sinn über den ganzen Untersuchungszeitraum (Bf-S) gesehen. Bei 85% der Teilnehmer steigerte sich das Befinden nach der Therapie nochmals (Bf-S'). Der Annahme, Singen bewirke eine objektiv und subjektiv beurteilbare positive Befindlichkeitsänderung, kann somit zugestimmt werden.

In Kap. 3.2. wird die Frage untersucht, ob die unten näher beschriebenen soziodemographischen bzw. krankheitsspezifischen Kriterien Einflußfaktoren auf den Erfolg der Gesangstherapie darstellten. Dazu wurden anhand eines Auswahlverfahrens zwei Extremgruppen aus dem Gesamtkollektiv bestimmt. Die

eine Gruppe bestand aus Teilnehmern, die, laut Selbstratings besonders gut auf die Gesangstherapie reagierten (Gesang-Positiv-Gruppe), bei den Teilnehmern der andere Gruppe hingegen verlief die Gesangstherapie laut deren Selbstratings mit eher geringem Erfolg (Gesang-Negativ-Gruppe).

Hinsichtlich der Kriterien Alter, Geschlecht, Familienstand und Wohnsituation, Kinder und Geschwister waren beide Gruppen ähnlich, d.h. hier konnte kein Einfluß auf das Gelingen der Gesangstherapie festgestellt werden.

Das Ergebnis der Untersuchung zeigt aber, daß Schul- und Berufsausbildung der Gesang-Positiv-Gruppe sich als besser erwies, und auch die Anzahl derer, die zu dieser Zeit im Berufsleben stand, größer war.

Darüber hinaus wurde ersichtlich, daß diese Patienten sowohl im Vorfeld der Studie, als auch noch zu Studienbeginn nicht so schwer erkrankt waren wie die Teilnehmer der Gesang-Negativ-Gruppe.

Auch die Einzelaussagen und -ergebnisse bestätigen, die Gesangstherapie wirkte sowohl „positiv“ und wurde von den Patienten der Gesang-Positiv-Gruppe äußerst „positiv“ angenommen und beurteilt.

Die Ergebnisse der Gesang-Negativ-Gruppe im Detail analysiert, konnte man feststellen, daß von den zehn Teilnehmern gesichert eigentlich nur zwei Patienten überhaupt nicht, bzw. sogar „negativ“ auf die Gesangstherapie reagierten.

Von den übrigen acht Teilnehmern kann aufgrund der Detailbetrachtung behauptet werden, daß auch sie die Gesangstherapie eigentlich „positiv“ angenommen und beurteilt haben und durchaus ein gewisser positiver Effekt zumindest am Studienende sichtbar wurde. Auch wurden die Umstände ersichtlich (z.B. kürzlich noch vorhandene Suizidalität oder langer, chronischer Verlauf der Erkrankung), die vermutlich die Ursache für den geringen, bzw. späten Erfolg der Gesangstherapie bei diesen Teilnehmern waren. Es wurde angenommen, daß bei diesen Patienten das Therapieintervall zu kurz war.

Zusammenfassend kann man sagen, daß Singen eine wirkungsvolle therapeutische Maßnahme in einem Gesamtbehandlungsplan darstellt. Es bedarf keinerlei musikalischer Voraussetzungen, um das Singen therapeutisch nutzen zu können. Die Patienten sollten jedoch gerne singen, die Lieder möglichst dem individuellen Geschmack nahe kommen. Vorhandene Hemmungen, solistisch zu singen, müssen überwindbar sein. In diesem zuletzt genannten Fall erscheint ansonsten das Singen im Chor geeigneter. Bei schwer Erkrankten, wie z.B. akut suizidalen oder psychotisch-depressiven Patienten ist die Gesangstherapie wie jede andere Therapiemaßnahme nur nach besonders sorgfältiger individueller Abwägung des Pro und Kontra anzuwenden.

6. Literaturverzeichnis

- Adamek, K. (1990): Elemente der Selbstorganisation des Singens. Musik-, Tanz-, Kunsttherapie 3: 125-132
- Adamek, K. (1996a): Die Fähigkeit des „Singens als Alltagsbewältigung“ entfalten - Ein Ziel musiktherapeutischer Lernprozesse. Musik-, Tanz-, Kunsttherapie 7: 115-120
- Adamek, K. (1996b): Singen als Lebenshilfe. Zu Empirie und Theorie von Alltagsbewältigung. Waxmann, Münster
- Aldrige, D.(1994): Musiktherapie in der medizinischen Literatur (1893-1990). Musikth. Umsch. 15,4: 285-306
- Alvin, J. (1988): Musik und Musiktherapie für behinderte und autistische Kinder. Fischer, Stuttgart
- Bauer, E. (1991): Singen und Musizieren als Weg zur Neu-Geburt des eigenen Ich. In: Voigt, D., Jawad-Estrak,H. (Hrsg.): Von Frau zu Frau. Reihe Frauenforschung Bd. 17. Wiener Frauenverlag
- Boller, R. (1985): Musiktherapeut als Beruf. Fischer, Stuttgart
- Breiter, M. (1991): Feministische Elemente von Frauenmusiktherapie. In: Voigt, D., Jawad-Estrak,H. (Hrsg.): Von Frau zu Frau. Reihe Frauenforschung Bd. 17. Wiener Frauenverlag
- Bright R. (1984): Musiktherapie in der Altenhilfe. Reihe: Praxis der Musiktherapie, Band 4, Fischer, Stuttgart
- Clair, A, Bernstein, B. (1990): A preliminary study of musik therapy programming for severely regressed persons with Alzheimer`s-Type Dementia. Journal of Applied Gerontology 9, 3: 299-311
- Engelmann, I.(1995): Musiktherapie in psychiatrischen Kliniken. Fragebogenuntersuchung zur Verbreitung und Durchführung. Nervenarzt, 66: 217-224, Springer Verlag
- De Casper, A.F., Fifer, W.P. (1980): Of human bonding: Newborns prefer their mother's voice. Science, 208: 1174

- Decker-Voigt, H.-H., Knill, P.J., Weymann, E. (1996): Lexikon der Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle
- Fuhrmann, R. (1979): Musik und Altenhilfe. In: Finkel, K. (Hrsg), Handbuch Musik- und Sozialpädagogik. Bosse, Regensburg
- Gadomsky, M., Jochims, S. (1986): Musiktherapie bei schweren Schädel-Hirn-Traumen. Musiktherapeut. Umsch., 7, 2: 103-110
- Grümme, R. (1995): Grenzen des therapeutischen Singens mit dementiell Erkrankten. Musik-, Tanz-, Kunsttherapie, 6: S. 65-71
- Gundermann, H. (1977): Die Behandlung der gestörten Sprechstimme. Fischer, Jena
- Gustoff, D. (1990): Lieder ohne Worte. Musiktherapie mit komatösen Patienten auf einer Intensivstation. Musither. Umsch. 11: 120-126
- Hafke, Ch. (1996): Stimme und Gestimmtheit. Musik-, Tanz-, Kunsttherapie 7: 11-13
- Hamilton, M. (1986): HAMS. In: Internationale Skalen für Psychiatrie. Collegium Internationale Psychiatricae Salarum (Hrsg.), Weinheim
- Hansen, S. (1997): Erinnerungen - ein Weg zur Gegenwart. Musiktherapie mit alten chronisch kranken Menschen. Musikther. Umsch. 18: 94-102
- Hippius, H. (1979): Psychiatrie. In: Franke, H., Hippius, H.: Geriatrie, Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Hörmann, K. (1987): Das Lied im Unterricht und Therapie als Medium erfahrungsorientierender Musik- und Selbstwahrnehmung. Frankfurt a. M. Bern New York
- Husler, F., Rodd-Marling, Y. (1965). Die psychische Natur des Stimmorgans. Anleitung zum Aufschließen der Sängerstimme. Schott, Mainz
- Jaedicke, H.G. (1954): Über Musikarbeit im Psychotherapeutischen Heilplan. Z. Psychother. Med. Psychol. 4: 93-98
- Jochims, S. (1990a): Krankheitsverarbeitung in der Frühphase neurologischer Erkrankungen. Psychother.med. Psychol., 40: 115-122

- Jochims, S. (1990b): Singend miteinander verbunden. Musikther. Umsch. 11: 120-126
- Jochims, S. (1990c): Da steh ich ohne Hülle da Aspekte zur Stimmimprovisation bei psychosomatisch/psychoneurotischen Patienten. Musikther. Umsch. 11: 150-157
- Keith, R.L. (1975): Singing as therapy for apraxia: report of a case. Brain and Language 2: 483-488
- Lehmann, W., Kirchner, D. (1986): Erste Erfahrungen über die gemeinsame Behandlung von Aphasiepatienten nach einem zerebrovaskulärem Insult durch den Logopäden und Musiktherapeuten. Z. Altenforsch., 41,2: 123-128
- Leopold, K., (1999): Gesang als musiktherapeutische Intervention bei depressiven Patienten. Eine klinische Pilotstudie. Dissertation a.d. LMU München
- Lohse-Blohm, U. (1990): Brücke zu Kindheit und Jugend - Lied und Stimme in der Geriatrie. Musikther. Umsch. 11: 141-143
- Lucia, C.M. (1987): Toward developing a model of music therapy intervention in the rehabilitation of head trauma patients. Music Therapy Perspectives 4: 34-39
- Möller, H.J. (1992) Psychiatrie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart Berlin Köln
- Montgomery, S.A., Asberg, M. (1986): MADRS. In: Internationale Skalen für Psychiatrie. Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (Hrsg.), Weinheim
- Moses, P.J. (1965): Die Stimme der Neurose. Thieme, Stuttgart
- Muthesius, D. (1990a): „Denkt man doch im Silberhaar gern' vergang'ner Zeiten“. Gruppensingtherapie in der Gerontopsychiatrie. Musither. Umsch. 11. 132-140
- Muthesius, D. (1990b): Musiktherapie im klinischen Bereich. Eine Untersuchung über Arbeitsbedingungen und Methodik. Bochinsky, Frankfurt
- Nöcker-Ribaupierre, M. (1995): Auditive Stimulation nach Frühgeburt. Ein Beitrag zur Musiktherapie. Heidelberger Schriften zur Musiktherapie Bd. 7, Fischer, Stuttgart
- Nordorff, P., Robbins, C. (1983): Musik als Therapie für behinderte Kinder. Klett-Cotta, Stuttgart

- Orff, G. (1990): MT und die Entwicklung von Gestaltbewußtsein beim Kind. In: Frohne-Hagemann, I. (Hrsg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie. Jungfermann, Paderborn
- Rett, A., Grase, F., Wesetzky, A., (1981): Musiktherapie für Behinderte. Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Wien
- Rittner, S. (1990): Zur Rolle der Vokalimprovisation in der Musiktherapie. Musikther. Umsch. 11: 104-119
- Rittner, S. (1996a): Stimme. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P.J., Weymann, E. (Hrsg.), Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle.
- Rittner, S. (1996b): Stimmforschung. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P.J., Weymann, E. (Hrsg.), Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle.
- Rittner, S. Hess, P. (1996): Klangtrance. In: Decker-Voigt, H.-H., Knill, P.J., Weymann, E. (Hrsg.), Lexikon Musiktherapie. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto Seattle.
- Rüger, U. (1991): Musiktherapie. In: Heigl-Evers A. Heigl F. Ott J. (Hrsg), Lehrbuch der Psychotherapie. Fischer, Stuttgart Jena
- Rubel, E., W. (1984): Ontogeny of auditory system function. Annual Rev. Physiology 46: 213
- Scheu, F. (1990): Das erste und das letzte Instrument - Zur Bedeutung der Stimme im Altenheim. Musikther. Umsch. 11: 144-146
- Schmuttermeyer, R. (1983): Möglichkeiten der Einbeziehung gruppenmusiktherapeutischer Methoden in die Behandlung von Psychotikern. Psychiat. Neurol. Med. Psychol., Leipzig 35, 1, 49-53
- Schubert, G. (1989): Musiktherapie in Gruppen. Ein mehrjähriges Experiment. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, 28,1, 6-12
- Schüßler, G. Leibing, E. (1994)(Hrsg.): Coping. Verlaufs- und Therapiestudien chronischer Krankheit. Göttingen
- Schumacher, K. (1994): Musiktherapie mit autistischen Kindern. Fischer, Stuttgart

- Schwabe, Ch. (1965): Die Singgruppe bei der Behandlung neurotischer und psychotischer Patienten. *Ärztl. Prax.* 17: 2589-2596
- Schwabe, Ch. (1966): Methodische Probleme der Gruppensingtherapie bei der Behandlung von Neurosen in sozio-dynamischer Sicht. In: *Z. Psychother. Med. Psychol.*, 16: 182-189
- Schwabe, C. (1984): *Aktive Musiktherapie für erwachsene Patienten.* Fischer, Stuttgart
- Seidner, W., Wendler, J. (1992): *Die Sängerstimme. Phoniatische Grundlagen der Gesangsausbildung.* Heinrichshofens Verlag, Wilhelmshafen
- Smeijsters, H. (1994): *Musiktherapie als Psychotherapie.* Fischer, Stuttgart Jena, New York
- Stern, D. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings.* Klett-Cotta, Stuttgart.
- Timmermann, T. (1987): *Musik als Weg.* Pan-Verlag, Zürich.
- Tinge, G.J. (1987): Die Stimme - Das Instrument der Persönlichkeit. In: *Gundermann, Aktuelle Probleme der Stimmtherapie.* Fischer, Stuttgart
- Tomatis, A. (1986): *Der Klang des Lebens.* Rowohlt, Reinbeck
- Weber, C. (1991): MT als therapeutische Möglichkeit beim autistischen Syndrom. *Musik-, Tanz-, Kunsttherapie* 2: 66-74
- Zerssen, D.v. (1986): Bf-S. In: *Internationale Skalen für Psychiatrie. Collegium Internationale Psychiatriae Sclarum (Hrsg.), Weinheim*

Lebenslauf

Name: Boisson, geb. Richter
 Vorname: Ulrike
 Geburtsdatum und - Ort: 04.07.64 in München
 Staatsangehörigkeit: deutsch
 Familienstand: verheiratet
 Eltern: Vater: Dr. Rolf Richter
 Nervenfacharzt, Verstorben am 17.08.80
 Mutter: Regina Richter, geb. Müller, Grundschullehrerin
 Kinder: Theresa (*1989), Juliane (*1992), Veronika (*1996)

Schulbildung: 1970-74 Grundschule in München
 1974-83 Thomas-Mann-Gymnasium in München
 Juni 1983: Abitur

Juni - Juli 83: Praktikum der Musiktherapie im Krankenhaus Haar
 Sept. 83 - März 84: Krankenpflegepraktikum im Klinikum Großhadern,
 anschließend als sog. Sitzwache in unterschiedlichen
 Stationen tätig

April - August 84: Beschäftigung in der chirurgischen Praxis Dr.
 Großhambrinker

Sept. 84 - April 85: Besuch der „Freien Kunstschule“ Seeger, München
 Mai - September 85: Studium der Kunsterziehung an der LMU München
 Nov. 85 - April 86: Sprachstudium in Perugia zur Vorbereitung des
 Medizinstudiums in Italien

Mai 1986 - Dez. 1999: Medizinstudium an der LMU München
 sowie Geburten und Erziehung meiner drei Töchter

Jan. 2000 - April 2001: ÄIP im Atriumhaus München (Psychiatrie)
 Mai 2001 - Juni 2004: Beendigung des AIP in der Psychiatrischen Klinik Gauting
 dann als Assistentin dort tätig.

Approbation: 16.07.01

seit Juli 2004: selbständig psychotherapeutisch tätig unter Supervision
 von Dr. Hirsch, Gräfelfing

seit Januar 2005: Freiberuflich ärztlich tätig in der neurologisch-psychiatrischen Praxis
 Dr. Niederschweiberer, München