

***KlangFormen* MIT PATIENTEN AUF DROGENENTZUG**

Eine kreative gestalttherapeutische Gruppenintervention

Abstract

In diesem Praxisbericht wird das Konzept *KlangFormen* vorgestellt. Eine musik- und gestalttherapeutische Intervention, die über 10 Wochen mit Patienten auf einer Drogenentzugsstation durchgeführt und im Anschluss evaluiert wurde. Die Ergebnisse beschreiben den Effekt einer sensibilisierten und differenzierten Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie einer gesteigerten individuellen Ausdrucksfähigkeit der Patienten.

Schlüsselbegriffe
Gestalttherapie, rezeptive Musiktherapie, Stationärer Drogenentzug

„Die Erziehung zur Musik ist von höchster Wichtigkeit, weil Rhythmus und Harmonie machtvoll in das Innerste der Seele dringen.“
Platon, Der Staat

EINLEITUNG

In der Arbeit mit Drogenentzugspatienten¹ zeigt sich ein Phänomen besonders auffällig: das starke Verlangen der Patienten nach Musikkonsum. Dabei scheint es Suchtpatienten in rauschähnliche Sphären zu ziehen, in denen sie Verbundenheit, Geborgenheit und Konfluenz erleben können. Wäre die Gefahr der Isolierung und des Rückfalls durch die von Musik ausgelösten Erinnerungen und Gedanken an Drogenerfahrungen nicht so groß, spräche nichts dagegen, diesem Wunsch nachzukommen. Ganz im Gegenteil, Suchttherapeuten wird es bekannt vorkommen, wie schwer es ist, Patienten mit dieser Erkrankung für Themen und Gegenstände außerhalb der Sucht zu interessieren und zu motivieren.

Wir Therapeuten stehen somit vor dem Dilemma, den Patienten ihren womöglich einzigen Lustgewinn neben dem Drogenkonsum zu nehmen, während auf der anderen Seite die Gefahr im Gewand der Musik lauert, Patienten auf emotionaler und kognitiver Ebene in die Drogensucht zurückzuziehen.² Hegi betont in diesem Zusammenhang die Schwierigkeit, dass die Musik zur Ersatzdroge und der Musiktherapeut zum Dealer werden können, wenn es nicht gelingt, die süchtige Versorgungs- und Konsummentalität zu durchbrechen (Hegi 1986, 194f). Dieses Dilemma potenziert sich, vergegenwärtigt man sich die Gemeinsamkeiten von Drogen und Musik. Musik gleichsam wie Drogen laden die Konsumenten ein, in nonverbale Erlebniswelten einzutauchen. Klausmeier nennt drei psychische Kräfte, die beim Musikhören wirken können: Projektion, Identifikation und Regression (Klausmeier 1978, 231f in: Kapteina & Hörtreiter 1993). Die Musik wird als Projektionsfläche benutzt, auf der psychisches Geschehen abgebildet wird. Teilweise kommt es zu Identifikation und musikalische Prozesse werden als die eigenen seelischen Bewegungen erlebt. Damit nehme der Hörer Kontakt zu früheren Erlebnisformen auf (ebenda). „Bei musikogener Regression fühlt man sich verstanden und aufgehoben vor und jenseits des sprachlichen Begriffs“ (Kapteina 1989, 21)

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit verwendet der Autor im Text die männliche Form, meint aber damit beide Geschlechter.

² Diesem Dilemma wird meist durch Musikhörzeiten auf der Station und einer Vorselektion der Musikstücke und Tonträger seitens der Therapeuten begegnet.

Ähnlich er Musik, kann die Droge einen Schutz- und Fluchtraum bieten, in dem die Betroffenen Trost, Wärme und Geborgenheit wieder finden, oder auch erstmalig in ihrem Leben erfahren dürfen (Kapteina & Hörtreiter 1993). Existentielle Mängel, wie zum Beispiel frühkindliche Traumatisierungen durch Gewalterfahrungen oder Entwicklungsdefizite durch fehlende Stützung, können im Rauscherlebnis kurzfristig aufgehoben werden. Dabei kommt es zu einer Verschmelzung der Gegensätze und mit dem Gegenüber, jedoch ohne Weg dorthin (Dörner 1984, 247 in: Kapteina 1989). Auch das Ohr kennt kein Gegenüber. Dem Hören wesentlich ist es sich im Modus des „Im-Klang-Seins“ zu befinden. Das Ohr „hat ‚Welt‘ oder ‚Gegenstände‘ nur in dem Maß, wie es inmitten des akustischen Geschehens ist – man könnte auch sagen: sofern es im auditiven Raum schwebt oder taucht“ (Sloterdijk 1993, 296).

Vor diesem Hintergrund entstand auf der stationären Drogenentzugsstation des Anton-Proksch-Instituts die Diskussion, wie dem oben skizzierten Dilemma begegnet werden kann. Die Frage war, ob es einen Weg gibt, beide sich vordergründig ausschließende Pole - die Gefahr von Musikkonsum auf der einen Seite und der therapeutischen Nutzen von Musik auf der anderen Seite - miteinander zu vereinen.³

Im folgenden Praxisbericht werden, neben den in der Einleitung skizzierten Gedanken, die stationären Rahmenbedingungen der Entzugsstation und die Suchterkrankung aus gestalttherapeutischer Perspektive als zusätzlicher theoretischer Hintergrund ausgeleuchtet. Nach einem kurzen Abriss über Musiktherapie in der Suchtbehandlung und kreative Medien in der Gestalttherapie folgt eine ausführliche Zusammenfassung der Intervention *KlangFormen*, des Versuchsdesigns und der Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung.

DROGENENTZUGSTATION

Die Entzugsstation des Anton-Proksch-Instituts verfolgt das Ziel, eine differenzierte stationäre suchtmmedizinische Behandlung für Konsumenten illegaler Substanzen bereitzustellen. Primär besteht die Zielgruppe aus suchterkrankten Personen mit der Leitsymptomatik „Abhängigkeit von illegalen Drogen“, einschließlich Jugendlichen ab 16 und Erwachsenen bis 45 Jahren. Neben dem Substanzkonsum bestehen bei den Patienten häufig psychiatrische Erkrankungen, wie Störungen der Persönlichkeitsentwicklung, depressive Erkrankungen, Angsterkrankungen, Essstörungen und Psychosen. Insofern findet eine differenzierte suchtmmedizinische Behandlung, sowohl auf der somatischen, der psychiatrischen, der psychotherapeutischen als auch auf der sozialen Ebene statt. Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Unterstützung und Anforderung soll zur weiterführenden abstinenzorientierten bzw. abstinenzgestützten stationären Langzeittherapie motivieren und auf diese vorbereiten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 4-8 Wochen, je nach Dauer der Entzugsbehandlung und dem Erreichen, der für eine Transferierung notwendigen Stabilität. Während des Untersuchungszeitraums wurden auf der Entzugsstation zwischen 5 und 12 Patienten gleichzeitig behandelt.

GESTALTATHERAPIE UND SUCHT⁴

Nach Udo Röser und Achim Votsmeier ist Sucht eine dysfunktionale Anpassung (Röser & Votsmeier 1999). Aufgrund fehlender oder unzureichender Stütze relevanter Bezugspersonen während der frühen Entwicklung von Suchtpatienten konnte sich kein autonomer und

³ Der Autor war langjähriger Mitarbeiter an dieser Drogenentzugsstation und Untersuchungsleiter dieser Studie.

⁴ Der Autor verzichtet an dieser Stelle aus Platzgründen auf eine Definition des ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen werden unter F1 abgehandelt.

selbstverantwortlicher Umgang mit der Welt entwickeln. Strukturell notwendige Stützfunktionen konnten nur mangelhaft oder gar nicht ausgebildet werden. Ausreichend Stütze (Support) ist jedoch nach Lore Perls eine der wesentlichen Bedingungen für eine gelungene Entwicklung im Sinne von Assimilation und Integration von neuen Erfahrungen (Perls L. 1989, 183f in: Röser & Votsmeier 1999). Stütze bildet den gesamten Hintergrund, vor dem sich die aktuelle Erfahrung abhebt und bedeutungsvolle Gestalt wird. Dabei werden neu integrierte Erfahrungen Teil der Selbststützung, ohne jedoch zwischen funktionalen und dysfunktionalen Anpassungen zu differenzieren. Kam es nun aufgrund von Traumatisierungen oder anderen schweren Entwicklungsdefiziten zu fehlenden oder fixierten Selbststützungen, bildet die Jugendzeit, in der die Identitätsfrage zur prägnanten Figur wird, eine Sollbruchstelle, an der sich ein Suchtverhalten herausbilden und eine Suchtidentität entwickeln kann (Röser & Votsmeier 1999).

Für ihr Behandlungskonzept schließen die Autoren, auch in Anlehnung an Grawe (1995), der Beziehung zur wichtigsten Therapieressource ernannt hat, dass insbesondere bei Drogenabhängigen die Beziehung und deren Bedeutungsstrukturen beleuchtet werden sollen. Die Sicht auf kreative Potentiale und Selbstwirksamkeit ist bei Drogenpatienten oft durch eigene (und auch von Seiten des Therapeuten) negative und defizitäre Vor-Urteile und Überzeugungen verhängen. Negative Introjekte und abwertende Denkschemata können in der Beziehung und ihrem Bedeutungszusammenhang beleuchtet und durch selbstwirksame Überzeugungen ersetzt werden. Diese können dann - als Selbststütze integriert - den Hintergrund für neue Erfahrungen bilden.

Neben dem Konzept der Selbst-Stütze und der Beziehung bildet die gestalttherapeutische Diagnostik von Sucht nach Dreitzel (2004) den konzeptionellen Hintergrund der durchgeführten Intervention. Seine Diagnostik orientiert sich an dem Kontaktprozess, der an mehreren Stellen unterbrochen werden kann, was in Folge zu Fixierungen, Krankheiten und Störungen führt.⁵ Der Kontaktprozess wird hierbei als Energiefluss beschrieben, der bis zum Erreichen eines Zieles oder der Befriedigung eines Bedürfnisses ansteigt und nach befriedigendem Kontakt wieder abschwelt (Dreitzel 2004). Suchtprozesse können sich durch den gesamten Kontaktprozess ziehen, sie können an jeder Stelle entstehen und somit den gesamten Prozess beeinträchtigen. Aber auch Suchtmittel als solche können Ziel eines Kontaktprozesses werden (ebenda).

In Anlehnung an das Kontaktprozessmodell von Dreitzel wäre es demnach bei Suchtpatienten therapeutisch indiziert die Sinne wieder zu beleben und die eigene differenzierte Erlebnisfähigkeit zu stimulieren. Um den Kontaktunterbrechungen auf allen Ebenen entgegenzuwirken scheinen Methoden zielführend zu sein, die den Patienten helfen Wege zu den eigenen Bedürfnissen freizulegen (Vorkontakt versus Konfluenz), die Spannungstoleranz zu steigern (Kontaktaufnahme versus Introjektion), die Selbstwirksamkeit und

⁵ In der Literatur zur Gestalttherapie wird der Begriff Kontaktprozess oftmals synonym mit Gestaltzyklus und Kontaktzyklus verwendet. Der Autor verweist in diesem Zusammenhang auf den Beitrag „Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie“ von Martina Gremmler-Fuhr im Handbuch der Gestalttherapie (2001) und dem Artikel von Nancy Amendt-Lyon, Inge Bolen und Kathleen Höll „Konzepte der Gestalttherapie“ im Buch Gestalttherapie (2004). In diesen Artikeln findet eine kritische Auseinandersetzung mit dem Kontaktmodell, seinen normativen und intentionalen Implikationen und unterschiedlichen Begrifflichkeiten sowie deren Folgen statt. Obwohl sich Hans Peter Dreitzel in seinem Buch „Gestalt und Prozess“ (2004) der Begrifflichkeit der „Kontaktunterbrechung“ bedient und nicht den wertneutraleren Begriff der „Kontaktfunktion“ oder des „Kontaktstils“ (Wheeler 1993) vorzieht, lehnt sich der Autor in diesem Artikel an dieses Buch an, da er sich explizit mit einer gestalttherapeutischen Diagnostik der Sucht auseinandersetzt.

–verantwortung zu erhöhen (Kontaktvollzug versus Projektion) und die freigesetzte Energie nach außen zu wenden und anzuerkennen (Nachkontakt versus Retroflexion).⁶

MUSIKTHERAPIE IN DER BEHANDLUNG VON SUCHTPATIENTEN

In der Literatur finden sich zwei Autoren aus Deutschland, die sich mit rezeptiver Musiktherapie bei Suchtkrankheiten beschäftigen.⁷ Hartmut Kapteina und Hans Hörtreiter haben ein umfangreiches Werk zu diesem Thema geschrieben, in dem sie sich mit Musik und Malen in der therapeutischen ambulanten, stationären, sowie präventiven Arbeit mit Suchtkranken befassen (Kapteina & Hörtreiter 1993). Den Autoren zu Folge ist rezeptive Musiktherapie bei Suchtpatienten nur dann richtig eingesetzt, wenn die Hörerfahrung in ein psychotherapeutisches Setting integriert ist (Kapteina & Hörtreiter 1993). Wichtig dabei ist, dass die Patienten in eine aktive Hörhaltung geführt werden und mit ihren, durch die Hörerfahrung aktualisierten Gefühlen, nicht alleine gelassen werden. Das gleichzeitige Verwenden unterschiedlicher Medien könne dabei Brücken schlagen, die den Patienten dabei helfen Zugänge zu verborgenen Erlebnissen und Gefühlen zu bekommen. Die Überführung in ein anderes Medium kann die Patienten dabei unterstützen sich von ihren Gefühlen zu distanzieren, ohne dabei zu flüchten.

„Musik als Therapeutikum erscheint vor allem deshalb als hervorragend indiziert, weil sie einerseits die Merkmale der Droge in sich vereinigt, die dem Süchtigen Halt, Sicherheit und Erholung vermitteln. Andererseits enthält sie aber auch die Möglichkeit, aktiv und selbstbewusst dem Bedrohlichen entgegenzutreten, wenn man sie entsprechend nutzt. Sie bietet also ein hervorragendes Lernfeld, um regressive Bedürfnisse bei gleichzeitiger Bewahrung der Ich-Autonomie zu befriedigen.“ (Kapteina 2004, 264)

KREATIVE MEDIEN IN DER GESTALTHERAPIE

In der Gestalttherapie hat Kreativität und die Arbeit mit kreativen Medien einen wichtigen Stellenwert.⁸

„Die Kreativität, die traditionell als besondere Begabung bemerkenswerter und außergewöhnlicher Persönlichkeiten galt, wird in der Gestalttherapie als günstige Auswirkung spontaner Anpassung in zwischenmenschlichen Vorgängen und als wichtigstes Ingrediens gesunden gesellschaftlichen Lebens betrachtet.“ (Spagnuolo Lobb & Amendt-Lyon 2006, X) Kreative Medien sind in der therapeutischen Arbeit als Intermediärobjekte zu verstehen, als Vermittler, Brücken oder Hilfen.⁹ Sie können Kontakt herstellen, wo direkte zwischenmenschliche Kommunikation (noch) nicht möglich ist. Dem Bedürfnis nach Kontakt wird in seinem ursprünglich „haptischen Sinn“ nachgekommen, berühren und berührt werden. Je nach Aufforderungscharakter und therapeutischer Begleitung können Medien als Stütze dienen und Integrationsfunktion besitzen, oder ihr stimulierendes Potential wirken lassen, durch das eine Fülle an biographischen Material an die Oberfläche gehoben werden kann. Durch die Arbeit mit kreativen Medien kann ein Dialog mit sich selbst in Gang kommen, bei dem eine therapeutische Begleitung sehr hilfreich, manchmal sogar notwendig ist. „Die Arbeit mit gestaltbaren und darstellerischen Materialien erlaubt die Integration von Bewusstheit,

⁶ Eine detaillierte Auseinandersetzung mit den einzelnen Phasen im Kontaktprozess finden interessierte Leser in „Gestalt und Prozess“ (Dreitzel 2004).

⁷ In der Musiktherapie gibt es mehrere Verfahren. Im Allgemeinen unterscheidet man zwischen aktiver und rezeptiver Musiktherapie. Beide Formen können als Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden (Strobel & Huppmann 1997, Frohne 1979 & Frohne-Hagemann 2004).

⁸ Für eine ausführliche Reflexion über ästhetische Ingredienzien in Theorie und Praxis der Gestalttherapie verweist der Autor auf das Buch „Die Kunst der Gestalttherapie – eine schöpferische Wechselbeziehung“ herausgegeben von Spagnuolo Lobb und Amendt-Lyon (2006).

⁹ Unter kreativen Medien lassen sich u.a. Malen, Schreiben, Arbeit mit Ton, Bewegung und Körperarbeit, Fotos, Puppen, Masken und Pantomime subsumieren.

Bewegung und Affekt in einem Kontaktprozeß, der gegenwartsbezogen den Einsatz von allen Sinnen verlangt.“ (Amendt-Lyon 2001, 859)

INTERVENTION *KlangFormen*

Nachdem der Hintergrund und Rahmen für die geplante Intervention abgesteckt war, galt es in einem nächsten Schritt eine Methode zu (er)finden, die sich in den vorgegebenen theoretischen und praktischen Rahmen einfügt. Neben dem Potential und den Gefahren von Musikkonsum für Suchtpatienten und den allgemeinen stationären Rahmenbedingungen, sollten die Erkrankung und das Entwicklungspotential der Patienten sowie bisherige wissenschaftliche Beiträge zu diesem Thema berücksichtigt werden.

Als Gestalttherapeut, mit einem ganzheitlich-phänomenologischen Arbeitsparadigma, galt es eine zusätzliche Frage zu beantworten: ist es möglich, trotz klinisch-strukturiertem Setting mit klarem Behandlungsauftrag, einen prozessorientierten und phänomenologischen therapeutischen Ansatz zu verfolgen? Der Autor hat sich diese Frage wiederum gestalttherapeutisch beantwortet: es gehe darum beide sich vordergründig ausschließende Pole in ihrer Wechselwirkung anzuerkennen und zu vereinen. Ohne Plan und Struktur keine Spontaneität und Kreativität. So war das primäre Ziel der Intervention, durch den vorgegebenen Rahmen, die psychische Struktur der Patienten zu stärken, um die eigene Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit wieder zu beleben. Ein klarer Behandlungsauftrag schließt prozessorientiertes-phänomenologisches therapeutisches Vorgehen nicht aus. Ganz im Gegenteil, erst beide gemeinsam bilden die Wirklichkeit in ihrer Polarität ab.

Es hat sich ein Konzept herauskristallisiert, das musiktherapeutische Ansätze mit gestalttherapeutischen Techniken verbindet. Im Vordergrund stehen dabei die Synästhesie und der intermediäre Zugang von kreativen Medien.¹⁰ Die Konzeption fand ihren Ausdruck im dem Titel: *KlangFormen*.

KlangFormen setzt sich aus drei hermeneutischen Phasen zusammen, der phänomenologischen Sinneswahrnehmung, dem Begreifen und dem Verstehen, bzw. Erklären. Im ersten Teil stehen das vor-sprachliche Erleben und der kreative Ausdruck im Mittelpunkt.

Ausgangspunkt und Initiation von *KlangFormen* bildet ein musikalisches Hörerlebnis. Der Musik kommt hierbei die Funktion eines „openers“ und Anregers zu. Es kommen Musikstücke zum Einsatz, die alternierend von Therapeuten und Patienten ausgewählt werden. Die Musikwahl umfasst Genres von der Klassik über Jazz bis zur Popmusik. Als Einführung wird alternierend von Therapeuten und Patienten ein Kurzreferat über das ausgewählte Musikstück vorgetragen. Distanzierung und ein *Aufruf an die Ich-Funktionen* können gefördert werden, indem Informationen über den Entstehungszusammenhang und die Komponisten vorangestellt werden (Kapteina 1993). Danach werden die Patienten angewiesen sich im ersten Durchgang ganz auf die Musik einzulassen und sich so auf die rein *phänomenologische Sinneswahrnehmung* zu konzentrieren.

Sinnliches, physisches und emotionales Erleben werden in einer zweiten Stufe direkt in einen schöpferischen Prozess abgeführt. Das Musikstück wird wiederholt dargeboten und die aktualisierten Gefühle auf intermedialem Weg nonverbal ausgedrückt und verdichtet. Zum Einsatz kommen bildnerische und gestalterische Medien (Malen und Tonarbeit), Poesie (Dichten und Phantasiegeschichten), sowie körperlicher Ausdruck (Bewegungs- und Tanzimprovisationen). Durch die Vielfalt der Medien können verschiedene Sinneskanäle angesprochen und genutzt werden um die jeweils eigene Ausdrucksform zu finden. Die

¹⁰ Die gleichzeitige Anwendung unterschiedlicher Medien (intermedialer Zugang) kann den Effekt der Synästhesie hervorrufen. Bei der Synästhesie werden unterschiedliche Sinneskanäle durch verschiedene verbale und nonverbale Medien angesprochen. Dieses Konzept baut auf dem Konzept der Transponierbarkeit von Ehrenfels auf (Meier 1990 in: Amendt-Lyon 2001).

Patienten beginnen sich nun aktiv mit ihren sinnlichen Eindrücken auseinanderzusetzen und diese zu *begreifen*.

Nach einer Pause werden in einer dritten Stufe die gesammelten Erfahrungen unter therapeutischer Anleitung besprochen und in der Gruppe gemeinsam reflektiert. Den Patienten werden Hilfestellungen für eine differenzierte Gefühls- und Körperwahrnehmung angeboten. Nichtsprachliche Erfahrungen können somit auf die Ebene der Reflexion gehoben und vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Lebensbiographien beleuchtet, *verstanden und erklärt* werden. In Anlehnung an Kapteina (1993) beziehen sich die Inhalte der gemeinsamen Reflexion auf beschreibbare musikalische Phänomene wie Form, Rhythmus und Lautstärke, die die Musik als wahrnehmbare Realität kennzeichnen. Erst dann werden auch die Gefühle, Assoziationen und körperlichen Reaktionen, die während dem Musikhören erlebt wurden, mitgeteilt und in einen Zusammenhang mit der Musik gebracht.¹¹

Ziel von *KlangFormen* ist es mittels kreativer Medien die Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit von Patienten auf Drogenentzug zu aktivieren, zu differenzieren und zu erweitern.

SETTING UND METHODEN

In einem Zeitraum von 10 Wochen wurde den Patienten der Drogenentzugsstation in einem wöchentlichen Setting *KlangFormen* angeboten. Mittels Beobachtungen und einer qualitativen Befragung wurde die Intervention *KlangFormen* evaluiert. Außerdem interessierten die Frage nach dem Umgang mit Musik auf einer Drogenentzugsstation und das mögliche Ausmaß der Partizipation von Patienten bei der Musikauswahl.

Die wöchentlichen Musikeinheiten dauerten 2 Stunden und gliederten sich in zwei Teile auf, die durch eine viertelstündige Pause miteinander verbunden waren. Insgesamt haben 15 Patienten an der Intervention teilgenommen. Aufgrund der hohen Fluktuation und teilweise nur sehr geringen Anwesenheit der Patienten bei den Gruppensitzungen, konnten insgesamt acht qualitative Interviews durchgeführt werden, wovon vier Frauen und vier Männer waren.

Die Methodenwahl dieser Untersuchung wurde hauptsächlich durch die spezifischen Rahmenbedingungen der Station beeinflusst. Dazu zählten unter anderem beschränkte Raumkapazitäten, Budget, Tagesstruktur, Anzahl und Profil der Patienten, sowie hohe Fluktuation auf Grund ihrer Leitsymptomatik. Ein Ziel dieser Untersuchung war es ein Verfahren zu evaluieren, das auf diese spezielle Situation zugeschnitten war. Weiters handelte es sich bei den Befragten um eine sehr kleine und heterogene Zielgruppe. Eine standardisierte Befragung hätte sehr weit abstrahieren müssen um objektive Aussagen tätigen zu können. Dies hätte eine maximale Distanz zum Untersuchungsgegenstand zur Folge gehabt. Der Autor hat sich daher bei dem Erkenntnisgewinn für eine qualitative Befragung entschieden.¹²

¹¹ Musikmalen nach Kapteina ist ein synästhetisches Konzept, bei dem vier „Übertragungsmodi“ zwischen musikalischem und bildnerischem Erleben wirksam werden können, der linear-rhythmische, die Farbgebung, die Stimmung und die Symbolebene. Die Musikbewegung findet sich dabei in der Körperbewegung wieder (Pinsel- oder Stiftbewegung), die Klangfarbe der Musik äußert sich in der Farbgebung im Bild, die Stimmung der Musik erscheint in der Atmosphäre des Bildes wieder und Symbole (nicht bewusst) der Musik nehmen in Form von Tagträumen und Erinnerungen Gestalt an. Diese „Übertragungsmodi“ haben nach Kapteina und Hörtreiter diagnostischen Wert, weil sich intrapsychische Konflikte der Patienten im Ausmaß der Synchronizität von Musik und Bilderleben zeigen (Kapteina & Hörtreiter 1993).

¹² Im Vergleich zu quantitativen Methoden zeichnet sich der qualitative Ansatz durch wesentlich größere Offenheit und Flexibilität aus. Die Befragung, beispielsweise mit qualitativen Interviews oder Gruppendiskussionen, ist frei und explorativ. Der qualitativen Befragung liegt ein grober thematischer Leitfaden zugrunde, wobei auf standardisierte Vorgaben soweit wie möglich verzichtet wird. D.h. die Reihenfolge und Gestaltung der Fragen sind flexibel und die Antwortmöglichkeiten der

MUSIKAUSWAHL

Bei der Wahl der Musikstücke wurde versucht ein möglichst breites Spektrum abzudecken. Zum einen galt es die Compliance der Patienten zu erhöhen und ihnen einen kritischen Umgang mit der Musik zu erlernen, die sie tagtäglich hören. „Wenn ein Patient seine ‚Lieblingsmusik‘ präsentiert, zeigt er damit etwas vor, mit dem er innerlich, auf Ebenen tiefsten psychischen Erlebens verbunden ist“ (Kapteina & Hörtreiter 1993). Zum anderen war es ein Anliegen, den Interessenshorizont der Patienten zu erweitern und sie mit unterschiedlichen Musiktraditionen in Kontakt zu bringen.

So spannte das Repertoire an Musikstilen während des gesamten Interventionszeitraums einen weiten Bogen von der Klassik über Worldmusik und Jazz bis hin zu Rock- und Popmusik.¹³

Musikwahl der Therapeuten

W.A. Mozart: Klavierkonzert KV 488 (Klassik)

Edvard Grieg: Peer Gynt (Klassik)

Carlos Nakai: Canyon Trilogy (Weltmusik)

Jan Gabarek & Nusrat Fateh Ali Khan: Ragas und Sagas (Jazz-Weltmusik)

Dikanda (Weltmusik)

Musikwahl der Patienten

Bushido: Auf der Suche (Hip-Hop)

Lou Reed: Perfekt Day (Rock)

Craig Armstrong: Eiskalte Engel (Filmmusik)

Pink Floyd: Shine on you crazy Diamond (Rock)

Bob Marley: No Woman no cry (Reggae)

ERGEBNISSE



„Musik habe ich neu entdeckt. Nicht um etwas zu ersetzen, sondern um etwas zu spüren.“

KlangFormen Patient

Gesprächspartner unbeschränkt. Durch diese Vorgehensweise wird eine hohe Inhaltsvalidität und ein tieferer Informationsgehalt der Ergebnisse erreicht, ohne allerdings repräsentative und zahlenmäßige Aussagen machen zu können. Ziel der qualitativen Forschung ist es, die Wirklichkeit anhand der subjektiven Sicht der relevanten Gesprächspersonen abzubilden und so mögliche Ursachen und Motive für deren Verhalten und Erleben nachzuvollziehen.

¹³ Die Patienten verbrachten im Durchschnitt 4-8 Wochen auf der Entzugsstation bevor sie auf die Langzeittherapiestation transferiert wurden. Das quantitative Ausmaß der Musikstücke hat sich somit auf maximal 8 Wochen erstreckt und wurde dann mit kleinen Abweichungen wiederholt.

Die durchgeführten Interviews lassen sich in drei grobe Cluster einteilen:

Musik als Lebensqualität

„Musik ist mein Leben“! Alle Befragten Patienten beschreiben eine sehr enge Beziehung zur Musik. Vor dem stationären Krankenhausaufenthalt, aber auch während dem Entzug wird Musik als sehr existentiell und lebensnotwendig beschrieben. „Mit Musik kann ich abschalten“, „Musik hilft mir mich wohl zu fühlen“ und „Musik ist das einzige was mir taugt“, in diesen Sätzen wird deutlich, welchen Stellenwert Musik für die Patienten hat. So war es für die wenigsten der Befragten verständlich und nachvollziehbar, dass es Musikhörzeiten auf der Station gibt und dass ihnen bestimmte Musikstücke und Tonträger bei der Aufnahme abgenommen werden. Diese Regelung wurde als „Einschnitt in die Privatsphäre“ erlebt. Eine Patientin meinte, ihr würde das genommen, was ihr am meisten bedeutet. „Anfangs war ich verärgert über Musikhörzeiten, weil ich ein Urverlangen nach Musik habe.“

KlangFormen als Gefühls- und Reflexionsgenerator

Es sei eine gute Idee „Musik kreativ umzusetzen und etwas dabei mit den Händen zu machen. Mir als Kopfmensch fällt dies sehr schwer, man kommt mit seinen Gefühlen in Kontakt“, so ein Patient. Die Kombination von Musik, deren kreativen Umsetzung und gemeinsamer Reflexion darüber wurde als sehr wirksam beschrieben. „Die Abwechslung der Medien hat gut getan. Sonst bin ich immer sehr pessimistisch an kreative Dinge gegangen. Die Musik hat das erleichtert. Es war wirklich sichtbar welchen Einfluss die Musik aufs Malen gehabt hat.“ Die kreative Umsetzung und die gemeinsame Reflexion waren für einige der Patienten sehr hilfreich. So fällt es einem Patienten viel leichter „über diesen Umweg über sich zu sprechen“. Eine Patientin meint: „man denkt mehr darüber nach. Nicht wie eine Schularbeit, die man einfach nur abgibt. Beim Nachbesprechen der Phantasiegeschichten hatte ich Einsichten.“ Auch werden neue Erfahrungen beim Musikhören beschrieben. „Ich reagiere ganz anders auf Musik durch den Drogenentzug. Die Musik wird viel unmittelbarer, intensiver, sie geht unter die Haut. Anfangs war ich widerständig, die künstlerische Umsetzung hat mir aber geholfen. Ich fand es sehr spannend was dabei herauskam.“ Und: „Musik habe ich neu entdeckt durch den Entzug, neue Wahrnehmung: nicht um etwas zu ersetzen, sondern um etwas zu spüren.“

Zwei Interviews brachten einen zusätzlichen Effekt ans Licht, das Erleben von Beziehung und Gemeinsamkeit: „bei den Bilder malen zu zweit, da hatte ich eine Aha-Effekt über Beziehungen“ und „Wenn ich mal nicht gut drauf war, habe ich trotzdem von den anderen etwas gelernt. Das darüber reden finde ich wichtig“.

Möglichkeiten und Gefahrenquellen von Musikhören auf stationären Drogenentzug

Während die Patienten zu Beginn ihrer Entzugstherapie oftmals wenig Verständnis für die Richtlinien beim Musikhören auf der Station zeigen, beschreiben alle Befragten Auswirkungen von *KlangFormen* auf ihren Umgang mit Musik. „Anfangs war ich verärgert über Musikhörzeiten, weil ich ein Urverlangen nach Musik habe. Nun ist mir der Umgang mit Musik auf der Station verständlich geworden, weil ich nun weiß was Musik auslösen kann.“ „Bei mir ist ein Nachdenkprozess passiert. Ich habe begonnen Musik noch bewusster zu hören, warum sie mir gefällt, welche Elemente mich ansprechen.“ Musikhören bekommt auch bei einem Patienten eine neue Färbung, „Musik wird mich ab jetzt an Therapie erinnern“. Auch das oben beschriebene Dilemma, zwischen Risiko oder Ressource im Einsatz von Musik auf einer Drogenentzugstation zu wählen, wird von den Patienten im Interview thematisiert. „Giftgedanken sind sowieso da, da ist es besser sich aktiv mit der Musik auseinanderzusetzen.“ Eine anderer Patient formuliert das so: „Aufpassen was Musik alles

auslösen kann, es ist lenkbar.“ Auch die Gefahr des Rückzugs kommt zum Ausdruck. „Ich verwende jetzt keine Stöpsel mehr sondern höre nur noch gemeinsam Musik. In der Vergangenheit habe ich alleine Musik gehört, gemeinsames Hören bringt mich mit anderen in Verbindung.“

Die verschiedenen Musikrichtungen wurden als positiv erlebt. „Gut war die Mischung, neues kennen zu lernen und auch Musik von den Patienten zu spielen.“ Und ein anderer Patient: „Wichtig, dass auch Musik von den Patienten gespielt wird, da man so die Patienten besser kennen lernen kann und verstehen kann.“

INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

Das kreative und schöpferische Potential von Suchtpatienten ist durch oft jahrelangen Drogenkonsum eingeengt oder zurückgedrängt, mit der Folge eine Anästhesierung und Entfremdung des perzeptiven Lebens. Bei der Behandlung von Suchtpatienten gilt es daher ein gesondertes Augenmerk auf die Reaktivierung ganzheitlicher Wahrnehmungs- und Erlebnisqualitäten zu richten (Dreitzel 2004). Die Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass der Einsatz von Musik in Ergänzung mit anderen kreativen Medien die Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit von Patienten auf stationärem Drogenentzug aktivieren, differenzieren und erweitern kann. Der Intermediäre Zugang von *KlangFormen*, der verschiedene kreative Medien in sich vereint, trägt diesem Anspruch Rechnung. Die Ergebnisse beschreiben *KlangFormen* als Gefühls – und Reflexionsgenerator. Das aktive Hören und die aktive Auseinandersetzung mit dem Gehörten mittels kreativer Medien, können die Patienten dabei unterstützen, besser mit ihren Gefühlen in Kontakt zu kommen. Außerdem wird es den Patienten durch das Musikhören erleichtert, eine eigene Ausdrucksform zu finden und Wahrnehmungen kreativ umzusetzen. Die gemeinsame Reflexion in der Gruppe hatte nicht nur den Effekt die Eigenreflexion zu stärken und zu vertiefen. Es wurde auch von einem Gruppeneffekt berichtet, der es Einzelnen möglich gemacht hat von Erfahrungen und Berichten ihrer Mitpatienten zu lernen.

In der Sprache der Gestalttherapie und mit Blick auf die oben skizzierten Kontaktunterbrechungen bei Patienten mit Drogenabhängigkeit kann *KlangFormen* Zugänge zu den eigenen Bedürfnissen und Wahrnehmungen freilegen (Vorkontakt anstelle von Konfluenz). Durch die kreative Umsetzung der eigenen Wahrnehmungen kann die Spannungstoleranz und Selbstwirksamkeit erhöht werden (Kontaktaufnahme anstelle von Introjektion und Kontaktvollzug anstelle von Projektion). Außerdem besteht die Tendenz durch die gemeinsame Reflexion und Nachbesprechung des Erlebten in der Gruppe die freigesetzte Energie in Form eines „Kunstwerks“ als die eigene anzuerkennen (Nachkontakt anstelle von Retroflexion).

In den Ergebnissen spiegelt sich die Beobachtung wider, welchen Stellenwert die Musik für Patienten mit Drogenabhängigkeit hat. Musikhören wird von allen Patienten als Lebensqualität beschrieben auf die sie nicht verzichten wollen und können. Dieses Ergebnis verdichtet das oben beschriebene Dilemma, dem sich Therapeuten gegenüber sehen: zwischen den positiven und negativen Auswirkungen von Musikhören auf einer Drogenentzugstation abzuwägen. *KlangFormen* kann hierfür eine Lösungsmöglichkeit anbieten. Die aktive Auseinandersetzung mit Musik durch die Umsetzung der jeweiligen Wahrnehmungen mittels kreativer Medien lässt die Patienten deutliche Veränderungen im Umgang mit Musik und der Musikwahrnehmung beschreiben. *KlangFormen* kann somit die Reflexion und Eigenverantwortung von Patienten hinsichtlich der Gefahrenquellen und dem Umgang mit Musik steigern.

An dieser Stelle muss jedoch auch darauf hingewiesen werden, dass die Veränderungen nicht eindeutig und ausschließlich auf die therapeutische Intervention *KlangFormen* zurückzuführen sind. Auch die Tatsache, dass die Patienten sich auf stationärem Drogenentzug befinden kann einen Teil dieses Effektes erklären. Die Droge, deren Funktion oftmals darin besteht die Konsumenten von Gefühlen abzuschirmen wird entzogen, was mit einer Veränderung der Wahrnehmung einhergehen kann. Dennoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Patienten durch *KlangFormen* einen verantwortungsvolleren Umgang mit dem Medium Musik gelernt haben und dem stationären Reglement nach der Teilnahme positiver gegenüber stehen. Außerdem führen die Patienten die erlebten Veränderungen selber auf die Intervention zurück, ein durchaus erwünschter kausaler Rückschluss. Und im Sinne von Röser und Votsmeier (1999) könnte dieser Bedeutungszusammenhang eine der Selbstaktualisierung förderliche Stütze sein, die assimiliert und integriert, als Selbststütze den Grund für neue positive und selbstwirksame Erfahrungen bilden kann (siehe oben: Gestalttherapie und Sucht).

RESÜMEE UND AUSBLICK

Die Ergebnisse der Untersuchung haben gezeigt, dass die Implementierung von *KlangFormen* auf einer stationären Einrichtung für Drogenentzug therapeutisch zu empfehlen ist. Die Kombination von rezeptiver Musiktherapie und gestalttherapeutischer Arbeit mit kreativen Medien scheint eine nützliche Ergänzung zum verbal-psychotherapeutischen und aktivtherapeutischen Angebot zu sein.

Die Patienten werden dort abgeholt wo sie stehen und mit dem was sie mitbringen, nämlich ein großes Interesse und eine große Leidenschaft für Musik. Ihre Compliance ist somit sichergestellt. Auffallend während des Untersuchungszeitraums war, dass die Patienten mit viel Einsatz, Bereitschaft und Motivation an den wöchentlichen Gruppen teilgenommen haben. Alle Patienten waren bei der qualitativen Befragung für eine Fortführung von *KlangFormen* auf der Station.

Den Gefahren von Musikkonsum bei Drogenpatienten kann gut begegnet werden, indem diese durch die aktive Teilnahme an *KlangFormen* in die Eigenverantwortung begleitet werden. Allerdings lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass die Struktur und therapeutische Anleitung von *KlangFormen* Bedingung für die positiven Effekte sind. Musik und Musiktherapie ist nur dann indiziert, wenn neben ihrer psychotropen Wirkung auch ihr innewohnender Aufruf an die Ich-Funktionen im Sinne einer benignen Regression zu Geltung kommt (Kapteina 1989). Während bei lang anhaltenden Drogenkonsum die Gefahr einer malignen Regression mit sukzessiver Auflösung der Ich-Funktionen besteht, wird unter therapeutischer Anleitung ein aktiver und bewusster Umgang mit Musik gefördert.

Der Gefahr einer „narzisstischen Ersatzbefriedigung“ (Frohne 1987, 246 in: Kapteina 1989) durch den reinen Konsum von Musik kann somit begegnet werden. Unterstützt wird dies zusätzlich dadurch, dass sich die Menschen zum Hörbaren in derselben Einstellung verhalten können wie sie im sehenden Umgang mit ihrer ‚Um-welt‘ vorherrscht – „im Modus der Selbstbewahrung und der Distanzierung“ (Sloterdijk 1993, 297).

Für Folgeuntersuchungen wäre es wichtig und interessant, das unterschiedliche Strukturniveau der Patienten beim Einsatz von kreativen Medien zu berücksichtigen. Auch hier stehen Therapeuten vor dem Dilemma, das Potential und die Gefahr kreativer Medien differenziert in das therapeutische Setting zu integrieren. Erwünschte Effekte, wie einen Zugang zu verborgenen Erlebniswelten der Patienten zu gewinnen, gilt es mit schwer kontrollierbaren Effekten, vor allem die regressionsfördernde Wirkung bestimmter Medien auf die Persönlichkeitsstruktur der Patienten, abzustimmen und gezielt einzusetzen.

Auch wäre es für Folgeuntersuchungen interessant die Wahl der Musikstücke und ihre individuelle psychotrope Wirkweise zu untersuchen. Die aktuelle interdisziplinäre Musikwirkungsforschung beschäftigt sich zum einen mit der Wirkung von Musik auf die

Psyche, zum anderen auf den Körper allgemein und im speziellen auf das Gehirn (Bruhn et al. 2008). Allgemein lässt sich zusammenfassen, dass sich angenehm erlebte Musik positiv auf zentralnervöse Strukturen auswirkt, was mit einer Steigerung des Wohlbefindens und Verminderung von Angst einhergehen kann (Vanecek, Biegl & Gerngroß 2006). Mehr über die konkreten Auswirkungen unterschiedlicher Musikstile und Musikstücke auf Drogenentzugspatienten zu erfahren würde die Wahl der Musikstücke erleichtern und wissenschaftlich fundieren.

LITERATUR

AMENDT-LYON, N. (2001): Kunst und Kreativität in der Gestalttherapie. In: Fuhr, R. et. al. (Hrsg.)(2001): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe

AMENDT-LYON, N., BOLEN, I. & HÖLL, K. (2004): Konzepte der Gestalttherapie. In: Hochgerner, M. et.al. (Hg.)(2004): Gestalttherapie. Wien: Facultas

BOLAY, V. & BERNIUS, V. (Hg.) (1993): Praxis der Musiktherapie. Stuttgart: Gustav Fischer

BRUHN, H., KOPIEZ, R. & LEHMANN, A. (Hg.)(2008): Musikpsychologie. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt

DÖRNER, K. & PLOG, U. (1984): Irren ist menschlich. Bonn: Psychiatrie Verlag

DREITZEL, H.P. (2004): Gestalt und Prozess. Bergisch-Gladbach: EHP

FROHNE, I. (1979): Musik in der Therapie Drogenabhängiger. In: Spintge, R. & Droh, R. (Hg.)(1987): Musik in der Medizin. Berlin: Springer

FROHNE-HAGEMANN, I. (Hg.)(1999): Musik und Gestalt. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht

FROHNE-HAGEMANN, I. (Hg.)(2004): Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert

FUHR, R. et. al. (Hrsg.)(2001): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe

GRAWE, K. (1995): Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. In: Psychotherapeut 40, 130-145

GREMMLER-FUHR, M. (2001): Grundkonzepte und Modelle der Gestalttherapie. In: Fuhr, R. et. al. (Hrsg.)(2001): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe

HEGI, F. (1986): Improvisation und Musiktherapie. Paderborn: Junfermann

HUTTERER-KRISCH, R. (1999): Gestalttherapie. In: Slunecko, Th. & Sonneck, G. (Hg.): Einführung in die Psychotherapie. Wien: Facultas

KAPTEINA, H. (1989): Musiktherapie für Suchtkranke. Am Beispiel der stationären Langzeit-Entwöhnungsbehandlung. In: Musiktherapeutische Umschau 1989, 17-32

KAPTEINA, H. & HÖRTREITER, H. (1993): Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. in: Bolay, V. & Bernius, V. (Hg.) (1993): Praxis der Musiktherapie. Stuttgart: Gustav Fischer

KAPTEINA, H. (2004): Rezeptive Musiktherapie bei Suchterkrankungen. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.)(2004): Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert

KLAUSMEIER, F. (1978): Die Lust sich musikalisch auszudrücken. Reinbeck Verlag

MEIER, G. (1990): Ganzheit und Prägnanz. Vor hundert Jahren beschrieb Christian von Ehrenfels erstmals das Gestaltphänomen. *Gestalttherapie*, 2, 28-43

PERLS, L. (1989): *Leben an der Grenze*. Köln: Edition Humanistische Psychologie

RÖSER, U. & VOTSMEIER, A. (1999): Gestalttherapie in der Behandlung von Suchtkranken am Beispiel der Drogenabhängigkeit. In: *Gestalttherapie* 1, 57-78

SCHWABE, Ch. (2004): *Regulative Musiktherapie*. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.)(2004): *Rezeptive Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert

SLOTERDIJK, P. (1993): *Weltfremdheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp

SLUNECKO, Th. & SONNECK, G. (Hg.)(1999): *Einführung in die Psychotherapie*. Wien: Facultas

SPAGNUOLO LOBB, M. & AMENDT-LYON, N. (2006): *Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung*. Wien/New York: Springer

STROBEL, W. & HUPPMANN, G. (1997): *Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe

VANECEK, E., BIEGL, Th. & GERNGROß, J. (2006): *Psycho-physiologische Forschungsbeiträge zur Musikwirkung*. In: *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 17 (2), 96-107

WHEELER, G. (1993): *Kontakt und Widerstand. Ein neuer Zugang zur Gestalttherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie

Korrespondenzadresse

Mag. Nicolai Gruninger

Praxis für Psychotherapie und Musikpsychologie

Bäckerstrasse 14/13

A-1010 Wien

Mobil: +43-699-19004879

Telefon/Fax: +43-1-408 62 87

[*psychotherapie@gruninger.at*](mailto:psychotherapie@gruninger.at)

[*www.gruninger.at*](http://www.gruninger.at)

