

„Vom Konsum zum Genuss“

Über die Wirkung und das therapeutische Potential von KlangFormen auf stationären
Drogenentzug



Flötenspieler aus Ton, KlangFormen Patient 2008

Graduierungsarbeit

Fachsektion Integrative Gestalttherapie

Autor:

Mag. Nicolai Gruninger, 2009

Einleitung	3
Hintergrund	5
Entzugstation „517“ der Abteilung V – Drogenabteilung des Anton-Proksch-Instituts	5
Abhängigkeits- und Entzugssyndrom	6
ICD-10	6
Gestalttherapeutische Annäherung an das Phänomen Sucht	7
Musiktherapie	12
Historischer Abriss	12
Die moderne Musiktherapie	13
Musiktherapie und Sucht	14
Kreative Medien in der Gestalttherapie	15
Klangformen, Setting und Methoden	17
Klangformen	17
Setting	19
Methoden	19
Ergebnisse	21
Musik als Lebensqualität	21
Klangformen als Gefühls- und Reflexionsgenerator	22
Möglichkeiten und Gefahrenquellen von Musikhören auf stationären Drogenentzug	23
Interpretation der Ergebnisse	24
Resümee und Ausblick	27
Literatur	29

„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 Drogenentzugspatienten zeigt sich ein Phänomen besonders auffällig: das starke Verlangen der Patienten nach Musikkonsum. Dabei scheint es die Patienten¹ in rauschähnliche Sphären zu ziehen in der 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 nach zu kommen. 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 die Patienten auf emotionaler und kognitiver Ebene in die Drogensucht zurückzuziehen. Hegi betont in diesem Zusammenhang die Gefahr, dass die Musik zur „Ersatzdroge“ und der Musiktherapeut zum „Dealer“ werden kann, wenn es nicht gelingt, die süchtige Versorgungs- und Konsummentalität zu durchbrechen (Hegi 1986, S. 194 und S. 199).

Das Dilemma potenziert sich, vergegenwärtigt man sich die Gemeinsamkeiten von Drogen und Musik. Beiden, der Droge und der Musik ist eine Regression fördernde Wirkung immanent. Musik gleichsam wie Drogen laden die Konsumenten ein in frühere nonverbale Erlebniswelten einzutauchen.

Die Droge kann 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

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

Stütze, können im Rauscherlebnis kurzfristig aufgehoben werden. Es kommt dabei zu Verschmelzung der Gegensätze und dem Gegenüber, jedoch ohne Weg dorthin (Dörner 1984). Auch das Ohr kennt kein Gegenüber. Dem Hören immanent 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, S. 296).

Vor diesem Hintergrund entstand im Sommer 2007 auf der stationären Drogenentzugstation „517“ des Anton-Proksch-Instituts die Diskussion, wie dem oben skizzierten Dilemma begegnet werden kann und 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.²

Die Literaturrecherche und Anpassung an den vorgegebenen klinischen Rahmen mündete in einem Konzept mit dem Titel KlangFormen. KlangFormen verbindet Elemente der rezeptiven Musiktherapie mit gestalttherapeutischen Ansätzen in der Arbeit mit kreativen Medien und ist durch seinen intermediären Zugang charakterisiert. Kreative Medien wie z.B. Musik und Malen werden miteinander kombiniert und finden in einem zweiten Schritt zusätzlich über die Sprache ihren symbolischen Ausdruck.

Die Annahme war, dass KlangFormen als Ergänzung und Unterstützung zu verbaler Psychotherapie die Möglichkeit bietet Wahrnehmungs- und Ausdrucksfähigkeit von Patienten zu aktivieren, zu differenzieren und zu erweitern.

Gegenstand der Untersuchung „Vom Konsum zum Genuss“ ist es die Wirkung und das therapeutische Potential von KlangFormen in der Arbeit mit Patienten auf stationärem Drogenentzug zu explorieren.

Außerdem interessierten die Frage nach dem Umgang mit Musik auf einer Drogenentzugsstation und das mögliche Ausmaß der Partizipation von Patienten bei der Musikauswahl. Mittels einer qualitativen Befragung wurde das Setting von KlangFormen evaluiert.

² Der Autor war langjähriger Mitarbeiter an dieser Drogenentzugsstation. Er ist Psychologe und Musiker. Derzeit arbeitet er als Gestalttherapeut (i.A.u.S.) in freier Praxis und lehrt an der Konservatorium Wien Privatuniversität.

„Das Ganze ist mehr als die Summe der Teile“

Aristoteles

„Hieraus geht unwiderleglich hervor, dass die Melodie oder Tongestalt etwas Anderes ist, als die Summe der einzelnen Töne, auf welchen sie sich aufbaut.“

Christian von Ehrenfels, Über Gestaltqualitäten, 1890

Hintergrund

Entzugsstation „517“ der Abteilung V – Drogenabteilung des Anton-Proksch-Instituts

Die Entzugsstation der Abteilung V – Drogenabteilung ist eine im Gesundheits- und Sozialbereich liegende Maßnahme der Suchtkrankenhilfe (psychiatrische Sonderkrankenanstalt) mit dem Zweck, Personen mit Abhängigkeitssyndrom stationär suchtmmedizinisch zu behandeln und auf weiterführende stationäre und/oder ambulante Behandlungsschritte vorzubereiten.

Die Entzugsstation „517“ verfolgt das primäre Ziel eine differenzierte stationäre suchtmmedizinische Behandlung für Konsumenten illegaler Substanzen bereitzustellen. 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 sowie auch auf der sozialen Ebene statt.

Ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Unterstützung und Anforderung soll zur weiterführenden abstinenzorientierten/abstinenzgestützten stationären Langzeittherapie motivieren und auf diese vorbereiten. Nach der körperlichen und psychischen Stabilisierung und dem Abschluss der dazu nötigen Behandlungsmaßnahmen erfolgt die Transferierung an die Therapiestation Mödling (6- Monatsprogramm, 12-Monatsprogramm).

Primär besteht die Zielgruppe aus Sucht erkrankten Personen mit der Leitsymptomatik „Abhängigkeit von illegalen Drogen“, einschließlich Jugendlichen ab 16 und Erwachsenen bis 45 Jahren, die von der ambulanten Einrichtung der Abteilung V „Treffpunkt“ zugewiesen werden. Grundsätzlich darf keine schwere somatische Erkrankung bzw. psychiatrische

Symptomatik (z.B. akute Psychose oder Suizidalität) vorliegen, die eine stationäre Behandlung in einem somatischen Akutkrankenhaus bzw. auf einer psychiatrischen Akutstation erfordert. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 4-8 Wochen, je nach Dauer der Entzugsbehandlung und Erreichen der für eine Transferierung notwendigen Stabilität. Derzeit können auf der Entzugsstation „517“ maximal 12 Patienten behandelt werden.

Aufgrund des Krankheitsbildes besteht eine hohe Fluktuation an der Station. Patienten werden im Laufe ihrer Suchterkrankung meist wiederholt rückfällig und brechen Entzugs- und Therapieanläufe ab.

Die stationären Rahmenbedingungen und das umfangreiche therapeutische Angebot an der Station erfordern einen strukturierten Tagesplan. In der Hausordnung sind auch Musikhörzeiten festgelegt deren Hintergrund zum einen der strukturierte Tagesplan und zum anderen die Pathologie der Patienten ist. Mit den Musikhörzeiten soll verhindert werden, dass sich die Patienten mit der Musik isolieren und die Musik als reine Ersatzbefriedigung konsumieren.

Abhängigkeits- und Entzugssyndrom

ICD-10

Kennzeichnend für ein Abhängigkeitssyndrom ist nach ICD-10³ der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Alkohol, Drogen oder Medikamente (mit Suchtpotential) zu konsumieren. Typisch ist, dass der Abhängigkeitskranke seinen Suchtmittelkonsum nicht kontrollieren kann, dass er bereits größere Mengen als ein Nichtsüchtiger nehmen muss, um einen Rausch zu erzeugen und dass er Drogen oder Alkohol nimmt, um keine Entzugserscheinungen zu bekommen. Eine Einengung des Lebens auf das Trinken bzw. die

³ Zur Einteilung von Krankheitsbildern (einschließlich Sucht) gibt es ein von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebenes Diagnoseschema, das ICD-10 "International Classification of Diseases" (= Internationale Klassifikation von Krankheiten). Der Begriff Sucht wird allerdings von der WHO im ICD-10 nicht gebraucht, man spricht stattdessen von Abhängigkeitssyndrom. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen werden unter F1 abgehandelt.

Drogeneinnahme mit Vernachlässigung anderer Interessen wird ebenfalls im ICD-10 beschrieben. Als weiteres Charakteristikum eines Abhängigkeitssyndroms wird gesehen, dass der Konsum auch dann fortgesetzt wird, wenn bereits erhebliche Folgeerscheinungen aufgetreten sind.

Nicht immer besteht Abhängigkeit nur von einem speziellen Suchtmittel. Häufig konsumieren Abhängige eine oder mehrere psychotrope Substanzen (Drogen). Früher wurde dies mit dem Begriff Polytoxikomanie bezeichnet. Heute wird im medizinischen Bereich zur Diagnose die Formulierung "Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen" gewählt.

Ein Kriterium ist dabei, dass nicht entschieden werden kann, welche Substanz die Abhängigkeit bzw. Störung ausgelöst hat. Oft wissen Betroffene nicht genau, was sie eingenommen haben. Auch wenn die eingenommenen Substanzen nicht sicher identifiziert werden können, gilt der Begriff Polytoxikomanie.

Mit dem Begriff Entzugssyndrom werden all jene körperlichen und psychischen Erscheinungen zusammengefasst, die nach dem Absetzen so genannter psychotroper Substanzen auftreten. Dabei hängt die Ausprägung der Symptome von der Art der zuvor verwendeten Substanzen und der Dauer des Substanzgebrauchs ab.

Neben physischen Entzugssymptomen wie Schwindel, Erbrechen, Durchfall und Krämpfen u.a. werden psychische Entzugssymptome wie Schlaflosigkeit, Nervosität, innere Unruhe, Depressionen und Bewusstseinsstörungen u.a. beschrieben. Patienten auf stationärem Drogenentzug werden zwar medikamentös Symptom lindernd begleitet, die Entzugssymptome lassen sich jedoch nicht gänzlich ausschalten. Dies gilt es besonders bei der therapeutischen Betreuung der Patienten zu berücksichtigen.

Gestalttherapeutische Annäherung an das Phänomen Sucht

Nach Udo Röser und Achim Votsmeier ist Sucht eine dysfunktionale Anpassung. Ursprünglich ein Lösungsversuch endet diese jedoch in einer Fixierung in Form einer Suchtidentität (Röser & Votsmeier 1999). Die Autoren stellen in ihrem Übersichtsartikel über Gestalttherapie und stationäre Suchtbehandlung am Beispiel der Drogensucht eine umfassende gestalttherapeutische Persönlichkeitstheorie voran, auf deren Basis sie das

Phänomen Sucht erklären und stationäre Behandlungsrichtlinien ableiten. Als grundlegend sehen die Autoren Störungen der Selbst-Stützung als strukturelles Defizit an, mit weitreichenden Konsequenzen in der kreativen Anpassung der Person als Ganzes.

„Drogenabhängig bzw. suchtkrank zu sein bedeutet Stagnation im Austausch mit der Welt, Fixierung auf den Kreislauf von Droge (Suchtmittel) und Geld (Beschaffung) sowie die darin implizierten Werte, Regeln, Handlungsorientierungen und Bedeutungsstrukturen. Dies resultiert in fixierten, stereotypen Beziehungs- und Interaktionsmustern, letztendlich in einer Fixierung des gesamten Status Quo, einem Festhalten an der suchtbestimmten Identität.“ (Röser & Votsmeier 1999 S. 68)

Da im Entwicklungsverlauf von Suchtpatienten zu wenig oder gar kein Halt und Stütze relevanter Bezugspersonen vorhanden war, konnte sich kein autonomer und selbstverantwortlicher Umgang mit der Welt entwickeln. Strukturell notwendige Stützfunktionen konnten nur mangelhaft oder gar nicht ausgebildet werden (ebenda).

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). Dabei werden neu integrierte Erfahrungen Teil der Selbst-Stützung ohne jedoch zwischen funktionalen und dysfunktionalen Anpassungen zu differenzieren. Stütze bildet den gesamten Hintergrund, vor dem sich die aktuelle Erfahrung abhebt und bedeutungsvolle Gestalt wird (ebenda). Kam es nun aufgrund von Traumatisierungen und anderen schweren Entwicklungsdefiziten zu fehlenden, oder durch vorwiegend dysfunktionale Anpassungen zu fixierten Selbststützungen, bildet die Jugendzeit, in der die Identitätsfrage prägnante Figur wird eine Sollbruchstelle an der sich ein Suchtverhalten herausbilden und eine Suchtidentität entwickeln kann (Röser & Votsmeier 1999).

In Anlehnung an Grawe (1995), der Beziehung zur wichtigsten Therapieressource ernannt hat und gleichzeitig darauf hinweist, dass die Wirkung dieser Ressource jedoch von der vom Klienten tatsächlich erlebten Bedeutung abhängt folgern die Autoren, dass insbesondere bei Drogenabhängigen deren Denkschemata und Introjekte überwiegend negativ und abwertend erlebt und projiziert werden dieser Bedeutungszusammenhang beleuchtet und beachtet werden muss (Röser & Votsmeier 1999).

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.

Exemplarisch soll an dieser Stelle eine psychotherapeutische Diagnostik der Sucht aus der Perspektive der Gestalttherapie skizziert werden. Dabei bezieht sich der Autor auf Hans-Peter Dreitzels Buch „Gestalt und Prozess“ (2004). Seine Diagnostik orientiert sich an dem Kontaktprozess⁴, der an mehreren Stellen unterbrochen und zu Fixierungen, Krankheiten und Störungen führen kann. 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).

Im Kontaktprozess werden vier Phasen unterschieden, der Vorkontakt, die Kontaktaufnahme, der Vollkontakt und der Nachkontakt. Im Vorkontakt tritt ein Wunsch oder Bedürfnis in den Vordergrund, Gefühle wie Furcht und Neugier leiten den Kontaktprozess ein. In der zweiten Phase, der Phase der Orientierung, Umgestaltung und Kontaktaufnahme steht die Wahrnehmung, das Zugreifen, Zerlegen und Beseitigen im Vordergrund. Gefühle wie Erregung oder Aggression bestimmen diese Phase. Gefolgt wird die Kontaktaufnahme vom Vollkontakt, den Dreitzel mit Genuss, Sich-Hingeben und Sättigung spüren, bzw. den Gefühlen von Liebe, Trauer oder Freude definiert (ebenda). Als vierte und letzte Phase beendet der Nachkontakt das zyklische Modell. Nachspüren, Bewerten, Stolz und/oder Dankbarkeit beschreiben diese Phase.

„Die permanente Aufeinanderfolge derartiger Kontaktzyklen mit flexiblen und intakten Gestaltbildungsprozessen im Sinne der organismischen Selbstregulation ist die Grundlage für lebenslanges Wachsen und Reifen und damit für die Gesundheit schlechthin“ (Hutterer-Krisch 1999 S.220).

⁴ In der Literatur zur Gestalttherapie wird dieser Begriff 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.

Die aktuelle gestalttherapeutische Diagnostik beschreibt in Anlehnung an Perls und Goodman 5 Kontaktunterbrechungen bei denen unvollendete Situationen – offene Gestalten – entstehen, die in weiterer Folge in Form von Chronifizierungen zu Blockierungen und Krankheiten führen können: Introjektion, Projektion, Retroflexion, Konfluenz und Narzissmus (Dreitzel 2004). Ist eine Person nicht in der Lage mit dem Objekt ihres Interesses oder Bedürfnisses Kontakt aufzunehmen, bleibt die Gestalt unvollendet - offen.

Die Gestalt drängt aber nach Schließung. Je häufiger eine Person die Erfüllung ihrer Bedürfnisse und Interessen unterbrechen muss, desto weniger Energie und Aufmerksamkeit steht ihr für die gegenwärtige Situation zu Verfügung.

Bleibt der Mensch in Berührung mit dem ursprünglichen Bedürfnis, besteht die Möglichkeit es später zu befriedigen. Wird die Verzögerung jedoch chronifiziert, verliert das Bedürfnis an Lebendigkeit und wird schließlich verzerrt und fixiert (Hutterer-Krisch 1999). Die Fixierung äußert sich auf allen Ebenen: physisch (z.B. Verhärtung der Muskeln), emotional (z.B. Abschneiden der Emotion) und kognitiv (z.B. Erklärung und Rechtfertigung der unerfüllten Bedürfnisse).

Kontaktunterbrechungen waren oftmals in der Erfahrungs- und Entwicklungsgeschichte sinnvoll. Sie waren Stütze, Bewältigungsstrategie oder Schutzmechanismus gegenüber einer starken Bedrohung. Im Hier-und-Jetzt behindern sie jedoch eine erfolgreiche Assimilation und Selbstregulation.

Im Folgenden werden die Kontaktunterbrechungen in ihrem Bezug zu Suchterkrankungen skizziert.

Dreitzel richtet seinen diagnostischen Blick auf Bruchstellen im Kontaktprozess zwischen Organismus und Umwelt (Dreitzel 2004).

Suchtprozesse können sich durch den gesamten Kontaktprozess ziehen, sie können an jeder Stelle des Kontaktzyklus entstehen und somit den gesamten Prozess beeinträchtigen. Aber auch Suchtmittel als solche können Ziel eines Kontaktzyklus werden.

Die erste Phase des Kontaktzyklus ist dadurch charakterisiert, dass eigene Bedürfnisse übergangen werden können. Dadurch kommt es zur Konfluenz mit der Umwelt. Der Kontaktzyklus wird unterbrochen bevor ein eigenes Bedürfnis Figur werden kann. Lebensbiographisch sind bei Suchtpatienten oft Überforderungen durch zu hohe Ansprüche aus der Umwelt oder zu geringe Würdigung der eigenen Autonomie explorierbar (Dreitzel 2004).

In der zweiten Phase, in der das Verlangen und das Bedürfnis aus der ersten Phase Grund geworden ist, beginnt nun die Suche dieses Bedürfnis zu stillen und wird dadurch zur Figur. Bei Suchtpatienten kann es in dieser Phase zu zweierlei Phänomenen kommen. Zum einen kann das Verlangen nach einer Substanz den Hintergrund bilden vor dem die Suche nach einer möglichen Befriedigung (Drogenkauf) Figur wird.

Andererseits kann die Suche nach Befriedigung eines Bedürfnisses – wie zum Beispiel Anerkennung – gehemmt werden. Dies kann durch Substanzkonsum geschehen. Die Erregung wird durch gewohnheitsmäßige Introjektionen unterbrochen bevor es zum vollen Kontakt kommen kann.

Kommt es dennoch zum Vollkontakt werden bei Suchtpatienten Gefühle die diese Phase kennzeichnen oft nach außen projiziert und als die eigenen abgewehrt.

So fällt es Patienten mit Suchterkrankungen schwer die Verantwortung für ihr Leben zu übernehmen (Dreitzel 2004). Ein mangelndes Selbst-Gewahrsein kann über Schuldzuweisungen, Idealisierungen oder Abwertungen externalisiert werden. Das Gefühl des Sich-Hingebens im vollen Kontakt kann oftmals nur im Drogenrausch erlebt werden.

Der Nachkontakt, der durch Integration, Nachspüren und den Abbau von Energie gekennzeichnet ist kann bei Suchtpatienten durch Retroflexion unterbrochen werden, die entstandene und freigesetzte Energie wird gegen die eigene Person gewendet. Anstelle von Stolz werden oft Gefühle wie Schuld und Verzweiflung beschrieben, die sich gegen die eigene Person richten.

In Anlehnung an das oben skizzierte Kontaktprozessmodell wäre es bei Suchtpatienten therapeutisch indiziert die Sinne wieder zu beleben und die eigene differenzierte Erlebnisfähigkeit zu stimulieren (Dreitzel 2004). Um den Kontaktunterbrechungen auf allen Ebenen entgegenzuwirken scheinen Methoden Ziel führend 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 –verantwortung zu steigern (Kontaktvollzug versus Projektion) und die freigesetzte Energie nach außen zu wenden und anzuerkennen (Nachkontakt versus Retroflexion).

Musiktherapie

Historischer Abriss

Ein Blick auf die Geschichte der Musiktherapie zeigt, dass Musik schon von jeher als Heilmittel in den verschiedensten Gebieten eingesetzt wurde. Die Musik ist eine von den ältesten Heiltraditionen überhaupt. Wie die Musik damals wirken sollte, kann man heute auch noch an Ureinwohnern unberührter Naturvölker sehen. Mit Hilfe der Musik wurde ein Weg zu den Göttern und Geistern geebnet. Am Beispiel der Arbeit des Medizinmannes bei den Indianerstämmen kann man sehen, wie hier mittels immer schneller werdenden Trommelrhythmen der Patient in „Ekstase“ gespielt wird. An diesem Punkt angekommen kommuniziert der Medizinmann mit den Geistern die nun aus den Patienten sprechen und vertreibt diese (Strobel & Huppmann 1997).

Während in Ägypten, Persien, Israel und der früheren griechischen Antike die Heilwirkung von Musik von einer magisch-mythischen Bewusstseinsstufe her verstanden wurde fanden die Pythagoreer (ca. 500 v. Chr.) eine Erklärung über eine rationale Wissenschaftlichkeit: zugrunde liegende Elemente der Musik von Harmonie und Zahl wurden als therapeutisches Prinzip angesehen (ebenda).

Platon (427 – 372 v. Chr.) postulierte in seiner Ideenlehre mit Trennung von Sinneswelt und Ideenwelt (Leib und Seele) Musik als geeignetes Mittel zur Erziehung der Seele. Auch Aristoteles sah die Musik als seelenreinigend an. Die Musik sollte als Katalysator Affektstauungen verhindern (ebenda).

Im Christlichen Mittelalter (500 – 1500 n. Chr.) steht dagegen die Dämonenvertreibung mittels Musik im Mittelpunkt. Im ausgehenden Mittelalter nimmt das Interesse an der Musik als Heilmittel wieder zu. „Musik ist ein schweres Geschütz gegen Melancholie, die verschmachtende Seele aufzurichten und zu erfrischen“ (Strobel & Huppmann 1997, S.19).

In Folge wurde zunehmend der Zusammenhang zwischen körperlichen Phänomenen und Musik erforscht. Die Komponisten Bach, Liszt, Telemann komponierten eigens für Kurgäste der Kurorte Lieder, die für eine bessere Verdauung, sexuelle Stimulierung und den Ausgleich der Säfte sorgen sollte. Ab 1900 wurde der Schwerpunkt der modernen Musiktherapie mehr auf psychische als auf körperliche Leiden verlegt und ist seit dem eng mit der Entwicklung der Psychotherapie verknüpft (Strobel & Huppmann 1997).

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. 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)⁵.

Die moderne Musiktherapie

Schwabe definiert Musiktherapie als psychotherapeutische Behandlungsverfahren, „die bezwecken, mit verschiedenen Elementen der Musik und Musikgattungen sowie unterschiedlichen Formen des Musikrezipierens und der Musikbetätigung einen therapeutischen Einfluss im Sinne einer emotionalen Aktivierung, spannungsregulierenden Wirkung, kontaktfördernden Beeinflussung oder Steigerung der Erlebnisfähigkeit auszuüben“ (Schwabe 1974 S.9).

In der Musiktherapie gibt es mehrere verschiedene Verfahren. Im Allgemeinen kann man unterscheiden zwischen aktiver und rezeptiver Musiktherapie. Beide Formen können als Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt werden (Strobel & Huppmann 1997).

Die aktive Einzelmusiktherapie bietet den Vorteil auf Anliegen und Probleme des Individuums eingehen zu können. Dagegen bietet die aktive Gruppenmusiktherapie vor allem kommunikationsgestörten Patienten die Erfahrung in der Gruppe. Musikalisch kann hier die Erfahrung von Trennung und Verschmelzung durch Gegen - oder Mitspiel gemacht werden (Strobel & Huppmann 1997).

Die rezeptive Musiktherapie dient zur Auflösung emotionaler Spannungen und zur Erweiterung der Erlebnis- und Genussfähigkeit. Hier soll der Patient möglichst lernen, die Effekte der Musik auf sein Gefühlsleben und dabei ausgelöste Assoziationen in sich wahrzunehmen (Frohne-Hagemann 2004).

Bei der regulativen Musiktherapie werden vor allem Affektstauungen gelöst. Hier kann der Patient seinen Emotionen freien Lauf auf den Instrumenten lassen, ohne dass ihn irgendetwas einschränkt (Schwabe 2004).

Aufgrund der stationären Rahmenbedingungen musste in dieser Untersuchung eine aktive Musiktherapie ausgeschlossen werden.

⁵ An dieser Stelle muss aus ökonomischen Gründen auf eine detaillierte Darstellung aktueller Forschungsergebnisse zu den Themen Musik, Psyche und Gehirn verzichtet werden. Der Autor verweist auf einschlägige Literatur wie Bruhn, H., Kopiez, R. & Lehmann, A. (Hg.): Musikpsychologie.

Musiktherapie und Sucht

In der Literatur finden sich zwei Autoren aus Deutschland, die sich mit rezeptiver Musiktherapie bei Suchtkrankheiten beschäftigen. Kapteina und 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).

Nach Kapteina & Hörtreiter ist rezeptive Musiktherapie bei Suchtpatienten nur dann indiziert, 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 aufgefangen werden.

Die Autoren schlagen hierfür die Methode des Musikmalens vor, bei dem die durch das Hören ausgelösten Gefühle und Lebensthemen in Bildern ausgedrückt werden, die die Patienten während dem Hören malen. Musikmalen 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 (ebenda). Die Musikbewegung findet sich dabei wieder in der Körperbewegung (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).

Das gleichzeitige Verwenden unterschiedlicher Medien könne dabei Brücken schlagen, die den Patienten dabei helfen Zugänge zu verborgenen Erlebnissen und Gefühlen zu bekommen, so die Autoren. 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, S. 264).

Kreative Medien in der Gestalttherapie

„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, S. X).

Neben ihren praktischen Implikationen in der Arbeit mit kreativen Medien enthält der theoretische Hintergrund der Gestalttherapie einige implizite ästhetische Aussagen (Amendt-Lyon 2001). So manche theoretische Begriffe lassen sich nicht von ihren ästhetischen Konnotationen isolieren. So formulieren Perls, Hefferline und Goodman in ihrem „gestalttherapeutischen Manifest“ auf fast schon dogmatische Weise: „Kontakt muß kreative Transformation sein“ (Perls, Hefferline & Goodman 2006, S. 255).

Als schöpferisch und kreativ werden gleichermaßen die Anpassung des Selbst an die Umwelt sowie die Kontaktunterbrechungen im Kontaktzyklus beschrieben.

„Zweck sowohl der Kunst als auch der Psychotherapie ist es, etwas Neues in den Vordergrund zu bringen, damit eine neue Konfiguration aus der Umorganisation von alten Elementen und neuen Sichtweisen entstehen kann.“ (Amendt-Lyon 2001, S. 866).

Nosologie und Gesundheitsbegriff in der Gestalttherapie sind eng umgarnt und teilweise nicht zu trennen von ästhetischen und kreativen Implikationen.⁶

Aber nicht nur der theoretische Hintergrund enthält kreative Motive, Kreativität hat auch in der therapeutischen Praxis einen prominenten Platz. Dabei bildet das dialogische und prozessuale Konzept den Ariadnefaden, an dem sich der Therapeut bei der Anwendung kreativer Medien orientieren soll.⁷ Kreative Medien⁸ sind in der therapeutischen Arbeit als Intermediärobjecte zu verstehen, als Vermittler, Brücken oder Hilfen. Sie können Kontakt

⁶ 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)

⁷ Auf eine detaillierte Darstellung des dialogischen und prozessualen Prinzips in der Gestalttherapie muss an dieser Stelle verzichtet werden. Einen Überblick findet der interessierte Leser im Handbuch der Gestalttherapie (2001).

⁸ Unter kreativen Medien lassen sich u.a. Malen, Schreiben, Arbeit mit Ton, Bewegung und Körperarbeit, Fotos, Puppen, Masken und Pantomime subsumieren.

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

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 nach Amendt-Lyon 2001).



Acryl auf Papier
KlangFormen Patient, 2008

Menschen sind, sofern sie denken, gleichsam
Musikinstrumente für Vorstellungen, die die Welt bedeuten.
Wenn das „Instrument“ auf sich selber acht gibt, so ist ihm klar:
ich bin kein fundamentum incoosum, sondern ein medium percussum.
Sloterdijk, Weltfremdheit, 1993

KlangFormen, Setting und Methoden

KlangFormen

Vor diesem theoretischen Hintergrund hat das Konzept von KlangFormen Gestalt angenommen. In Anlehnung an Musikmalen von Kapteina (1993) hat sich ein Konzept heraus kristallisiert, das musiktherapeutische Ansätze und gestalttherapeutische Arbeit mit kreativen Medien verbindet. Im Vordergrund stehen dabei die Synästhesie und der intermediäre Zugang von kreativen Medien.

KlangFormen setzt sich aus drei hermeneutischen Phasen zusammen, der phänomenologischen Sinneswahrnehmung, dem Begreifen und dem Verstehen, bzw. Erklären.

Im ersten Teil steht das vor-sprachliche Erleben und Ausdrücken der Patienten im Vordergrund. 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 so gefördert werden, indem Informationen über den Entstehungszusammenhang, den Komponisten und im Zusammenhang mit der Musik bedeutsame biographische Details mit historischem Kontext 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 Patienten beginnen sich nun aktiv mit ihren sinnlichen Eindrücken auseinander zu setzen und diese zu **begreifen**.

Nach einer viertelstündigen 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. Nicht sprachliche 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 bei der Musik erlebt wurden, mitgeteilt und in einen

Zusammenhang mit der Musik gebracht (siehe Übertragungsmodi beim Musikmalen nach Kapteina Kap. 2.3.).

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

Setting

In einem Zeitraum von 5 Monaten (Oktober 2007 bis Februar 2008) wurde Patienten der Drogenentzugsstation „517“ des Anton-Proksch-Instituts in einem wöchentlichen Setting KlangFormen angeboten.

Mittels Beobachtungen und einer qualitativen Befragung wurde das Setting von 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 Teilnahme an den Gruppen konnten insgesamt acht qualitative Interviews geführt werden, wovon vier Frauen und vier Männer waren.

Methoden

Die Methodenwahl dieser Untersuchung wurde hauptsächlich durch die spezifischen Rahmenbedingungen der Station beeinflusst. Dazu zählen unter anderem beschränkte räumliche Bedingungen, Budget, Tagesstruktur, Anzahl und Profil der Patienten, sowie hohe Fluktuation auf Grund der Leitsymptomatik der Patienten.

Ein Ziel dieser Untersuchung war es somit ein Verfahren zu evaluieren, dass auf diese spezielle Situation zugeschnitten war.

Weiters handelt 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.

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 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 für deren Verhalten und Erleben nachzuvollziehen und das Verhalten und Erleben zu verstehen.

Die qualitative Befragung dieser Studie wurde in einer ruhigen und geschützten Umgebung von einem geschulten Psychologen und Psychotherapeuten durchgeführt. Die Dauer der Interviews betrug ein halbe Stunde.



Acryl auf Papier

„Musik habe ich neu entdeckt.

Nicht um etwas zu ersetzen, sondern um etwas zu spüren.“

KlangFormen Patient, 2008

Ergebnisse

In der Befragung galt es die Wirkung und das therapeutische Potential von KlangFormen auf einer Drogenentzugsstation zu evaluieren. Außerdem wurden die Patienten nach dem Umgang mit Musik auf der Station und deren persönlichen Stellenwert gefragt.

Insgesamt wurden 8 qualitative Interviews geführt deren Inhalte sich in drei grobe Cluster einteilen lassen:

Musik als Lebensqualität

„Musik ist mein Leben“! Alle Befragten Patienten beschreiben eine sehr enge Beziehung zur Musik. Vor dem stationären Krankenhaus Aufenthalt, 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 Musik bei der Aufnahme abgenommen wird. 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 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.“ „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 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 und 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 eine anderer Patient: „Wichtig, dass auch Musik von den Patienten gespielt wird, da man so die Patienten besser kennen lernen kann und verstehen kann.“



Acryl auf Papier

„Aus dem Nichts entstehen die schönsten Sachen“

KlangFormen Patient, 2008

Interpretation der Ergebnisse

Gegenstand der Untersuchung „Vom Konsum zum Genuss“ war es die Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von KlangFormen in der therapeutischen Arbeit mit Patienten auf stationären Drogenentzug zu explorieren. Dabei wurde ein besonderes Augenmerk auf die Wirksamkeit und das therapeutische Potentials einer multimodalen kreativen Intervention mit dem Schwerpunkt Musik gelegt.

Außerdem interessierten die Frage nach dem Umgang mit Musik auf einer Drogenentzugsstation und das mögliche Ausmaß der Partizipation von Patienten bei der Musikauswahl.

Das kreative und schöpferische Potential der Patienten 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 Re-Aktivierung 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 Musikhören und die aktive Auseinandersetzung mit dem Gehören mittels kreativer Medien können die Patienten dabei unterstützen besser mit ihren Gefühlen in Kontakt zu kommen. Außerdem erleichtert das Musikhören den Patienten eine eigene Ausdrucksform zu finden und ihre Wahrnehmungen kreativ umzusetzen.

Die gemeinsame Reflexion in der Gruppe hatte nicht nur den Effekt die Eigenreflexion zu stärken und zu vertiefen. Es wurde auch über einen Gruppeneffekt berichtet, der es Einzelnen möglich gemacht hat von Erfahrungen und Berichten ihrer Mitpatienten zu lernen.

In den Ergebnissen spiegelt sich die Beobachtung wieder welchen Stellenwert die Musik für Patienten mit einer 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 Möglichkeiten und Gefahrenquellen von Musikhören steigern.

An dieser Stelle muss jedoch auch darauf hingewiesen werden, dass die Veränderungen nicht eindeutig und ausschließlich auf die therapeutische Intervention zurückzuführen sind. Auch die Tatsache, dass die Patienten sich auf stationärem Drogenentzug befinden kann ein Teil dieses Effektes erklären. Die Droge, deren Funktion es oftmals ist 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 Selbst-Stütze der Grund für neue positive und selbstwirksame Erfahrungen bilden kann.

Die Ergebnisse lassen auf eine große Wirksamkeit von KlangFormen bei Patienten auf stationärem Drogenentzug schließen. Therapeutisch scheint die Verbindung von rezeptiver Musiktherapie mit der gestalttherapeutischen Arbeit mittels kreativer Medien eine differenzierte Wahrnehmung und die non-verbale sowie verbale Ausdrucksfähigkeit zu fördern. Die Verbindung und der intermediäre Zugang erleichtert es den Patienten Zugang zur eigenen Erlebniswelt zu finden und diese in einem zweiten Schritt zu begreifen, auszudrücken und zu verstehen.

Außerdem fördert KlangFormen in seinem Gruppensetting unter therapeutischer Anleitung die Eigenreflexion über die Wirksamkeit der Musik mit ihren positiven sowie negativen Auswirkungen. Patienten können somit aktiv in die Gestaltung der Musikhörzeiten eingebunden werden und damit Verantwortung übernehmen.

In der Sprache der Gestalttherapie und dem Blick auf die 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 die Spannungstoleranz und Selbstwirksamkeit erhöhen (Kontaktaufnahme anstelle von Introjektion und Kontaktvollzug anstelle von Projektion) und durch die gemeinsame Reflexion und Nachbesprechung in der Gruppe die freigesetzte Energie in Form eines „Kunstwerks“ als die eigene anerkennen (Nachkontakt anstelle von Retroflexion).



Acryl aus Papier
KlangFormen Patient, 2008

Resümee und Ausblick

Den Ergebnissen der Untersuchung zur Folge scheint die Implementierung von KlangFormen als eine Kombination von rezeptiver Musiktherapie und gestalttherapeutischer Arbeit mit kreativen Medien eine sinnvolle Ergänzung zum verbal-psychotherapeutischen und aktivtherapeutischen Angebot auf einer stationären Einrichtung für Drogenentzug 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 der fünfmonatigen Untersuchungszeit 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 sie durch die aktive Teilnahme an KlangFormen in die Eigenverantwortung entlassen 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 jedoch 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 nach Kapteina 1993) 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).

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 Verlag.
- Bolay, V. & Bernius, V. (Hg.) (1993): Praxis der Musiktherapie. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Bruhn, H., Kopiez, R. & Lehmann, A. (Hg.)(2008): Musikpsychologie. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.
- 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 Verlag.
- Frohne-Hagemann, I. (Hg.)(1999): Musik und Gestalt. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht.
- Frohne-Hagemann, I. (Hg.)(2004): Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- 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: Fakultas-Universitäts-Verlag.

- Kapteina, H. & Hörtreiter, H. (1993) in: Bolay, V. & Bernius, V. (Hg.) (1993): Praxis der Musiktherapie. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Kapteina, H. (2004): Rezeptive Musiktherapie bei Suchterkrankungen. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.)(2004): Rezeptive Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Meier, G. (1990): Ganzheit und Prägnanz. Vor hundert Jahren beschrieb Christian von Ehrenfels erstmals das Gestaltphänomen. *Gestalttherapie*, 2, 28-43.
- Müller, B. (2001): Ein kategoriales Modell gestalttherapeutischer Diagnostik. In: Fuhr, R. et. al. (Hrsg.)(2001): Handbuch der Gestalttherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Perls, L. (1989): *Leben an der Grenze*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Perls S., Hefferline, R.F. & Goodmann, P. (2006): *Gestalttherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold, H. (Hg.)(1992): Friedrich S. Perls. *Gestalt, Wachstum, Integration: Aufsätze, Vorträge, Therapiesitzungen*. Paderborn: Junfermann.
- Röser, U. & Votsmeier, A. (1999): Gestalttherapie in der Behandlung von Suchtkranken am Beispiel der Drogenabhängigkeit. In: *Gestalttherapie* 1, 57-78.
- Schwabe, Ch. (1974): *Musiktherapie bei Neurosen und funktionalen Störungen*. Stuttgart: Fischer Verlag.
- Schwabe, Ch. (2004): Regulative Musiktherapie. In: Frohne-Hagemann, I. (Hg.)(2004): *Rezeptive Musiktherapie*. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- Sloterdijk, P. (1993): *Weltfremdheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Slunecko, Th. & Sonneck, G. (Hg.)(1999): *Einführung in die Psychotherapie*. Wien: Fakultäts-Universitäts-Verlag.
- Spagnuolo Lobb, M. & Amendt-Lyon, N. (2006): *Die Kunst der Gestalttherapie. Eine schöpferische Wechselbeziehung*. Wien/New York: Springer Verlag.
- Strobel, W. & Huppmann, G. (1997): *Musiktherapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

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.