

Zürcher Hochschule der Künste in Kooperation mit der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik

MAS in Klinische Musiktherapie

Kreativität in der Musiktherapie

Heilsame Wirkung der Musik bei Sucht



Thesis zur Erlangung des Titels Master of Advanced Studies in Klinische Musiktherapie

Vorgelegt von Vilma Iseli-Miltenyte

Mentorin: Dr. med. Felicitas Sigrist

Zweitgutachter: Dr. sc. mus. Martin Deuter

31. Oktober 2022

Abstract

Der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen ist ein kulturelles Phänomen und mit starken positiven Erlebnissen verbunden. Regelmässiger Konsum von psychoaktiven Substanzen führt nicht selten zur stoffgebundenen Sucht. Sie gilt therapeutisch als sehr schwierig behandelbar. Daher ist die integrative Behandlungsweise die Methode erster Wahl.

In der vorliegenden Arbeit wird die Breite des Themas Sucht aufgezeigt und ein selbstentwerfener musiktherapeutischer Behandlungsansatz, als ein Teil der integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Suchtbehandlung, vorgestellt. Dabei kommt den verschiedenen Bedeutungen der Kreativität in der musiktherapeutischen Behandlung von stoffgebundener Sucht eine tragende Rolle zu. In einem ersten Schritt werden mehrperspektivische theoretische Überlegungen als Hintergrund einer solchen therapeutischen Vorgehensweise diskutiert. Anschliessend wird die praktische musiktherapeutische Arbeitsweise dokumentiert, theoretisch abgestützt und mit praktischen Fallbeispielen illustriert. Zusätzlich werden mögliche Wirksamkeits- und Messinstrumente einer solcher musiktherapeutischen Vorgehensweise vorgestellt. Eine künftige empirische Untersuchung mit einer grösseren Zahl von Patient*innen würde zur Evaluation der Wirksamkeit eines solchen therapeutischen Verfahrens beitragen und die Rolle sowie eine Weiterentwicklung der Musiktherapie in der Suchtbehandlung stärken.

Schlüsselwörter: Musiktherapie, Psychiatrie, Psychotherapie, Musik, Kreativität, Spiel, Sucht, psychoaktive Substanzen, Konsum, Integrative Behandlung

Creativity in music therapy

Healing effect of music in addiction

The use of psychoactive substances is a cultural phenomenon and is associated with strong positive experiences. Regular use of psychoactive substances often leads to substance-related addiction. Substance addiction is considered very difficult to address therapeutically. Therefore, an integrative treatment approach is the method of first choice.

In this paper, the broad topic of addiction is highlighted and a self-designed music therapy treatment draft, as a part of integrative psychiatric-psychotherapeutic addiction treatment, will be presented. In that treatment draft, the various meanings of creativity in music therapy of substance-related addiction play a primordial role. In a first step, multi-perspective theoretical considerations of such a therapeutic approach are discussed. Then, the practical approach is documented, theoretically supported and illustrated with practical case examples. Furthermore, possible effectiveness and measurement tools of such a music therapy approach shall be presented. An empirical study with a larger number of patients would help to evaluate the effectiveness of such a therapeutic procedure and could strengthen the role and further development of music therapy in addiction treatment.

Keywords: music therapy, psychiatry, psychotherapy, music, creativity, play, addiction, psychoactive substances, consumption, integrative treatment.

Inhalt

1.	Einleitung und Fragestellung	1
2.	Theorie	11
2.1	Sucht.....	11
2.1.1	Gebrauch psychoaktiver Substanzen.....	11
2.1.2	Veränderte Bewusstseinszustände und Rausch.....	16
2.1.3	Sucht als Phänomen	20
2.1.4	Stoffgebundene Sucht als psychische Störung.....	21
2.2	Erklärungsmodelle der Sucht	23
2.2.1	Das biopsychosoziale Modell der Suchterkrankung	23
2.2.2	Neurobiologischer Erklärungsansatz.....	24
2.2.3	Sucht und komorbide Erkrankungen.....	27
2.3	Zusammenfassende Gedanken über die Sucht	28
2.4	Behandlungsansätze der Sucht	30
3.	Musiktherapie in der Suchtbehandlung.....	42
3.1	Fragestellung	42
3.2	Erste Recherche: Kreativität in der Musiktherapie bei stoffgebundener Sucht	42
3.3	Zweite Recherche: Behandlung der stoffgebundenen Sucht mit Musiktherapie	44
3.4	Dritte Recherche: Musiktherapie und Sucht	56
3.5	Exkurs: Theoretische Grundlagen der Musiktherapie.....	63
4.	Theorien und Ansätze der Kreativität in der Kreativitätsforschung	66
4.1	Kreativität und Psychoanalyse	66
4.2	Kreatives Denken und Handeln.....	67
4.3	Kreativer Prozess.....	68
4.4	Kreativer Kontext	69
4.5	Kreative Persönlichkeit	70
4.5.1	Humanistische Persönlichkeitstheorie von Maslow.....	71
4.5.2	Humanistische Selbst-Theorie der Persönlichkeit nach Rogers.....	72

4.6	Kreativität und Spiel.....	73
4.7	Kreativität in der Therapie	74
4.8	Förderung von Kreativität	76
4.9	Abhandlung von Subkowski über Kreativität, Kunst und Sucht	77
4.9.1	Kreativität, Kunst und psychoaktive Substanzen	77
4.9.2	Kreativität und Sucht.....	78
5.	Arbeitsentwurf.....	84
5.1	Grundbausteine.....	86
5.2	Grundlage der Vorgehensweise	91
5.3	Fokuse.....	95
5.4	Fallvignetten.....	97
5.5	Der musiktherapeutische Prozess.....	103
5.6	Fazit.....	103
6.	Diskussion und Ausblick.....	106
7.	Literatur.....	114
8.	Abbildungsverzeichnis	125
9.	Diagrammverzeichnis.....	125
10.	Tabellenverzeichnis.....	125
11.	Erklärung der Urheberschaft	126

1. Einleitung und Fragestellung

Sowohl die schöpferische Tätigkeit der Kunst als auch das Leben insgesamt verlangt von uns eine gewisse Kreativität, die durch verschiedene Merkmale definiert werden kann, aber grundsätzlich als Fähigkeit definiert werden kann, etwas Neues zu erschaffen ... Es gilt, immer wieder eine neue Einsicht, eine neue Idee, ein neues Verständnis oder einen neuen Kontakt, immer wieder eine neue Richtung, eine neue Handlung oder auch eine neue Lösung zu entwickeln oder zu finden. Deswegen kann Kreativität als katalysierende Kraft der Lebenskunst gesehen werden.

Der kreative Prozess in der Kunst und das wirkliche, reale Leben haben viele gemeinsame Merkmale und können kunstanalog miteinander verglichen werden: Der kreative Prozess ist undenkbar ohne Kreativität, sowohl im Leben als auch in der Kunst. Die Kreativität zu verlieren, bedeutet für uns alle, nicht mehr lebendig zu sein, sich nicht mehr zu entwickeln. Dies gilt sowohl für eine/n Künstler*in als auch für Menschen, die wir alle sind.

Wir suchen alle immer wieder nach Wegen, diese Kraft zu finden, im besten Fall sie zu behalten – als Energie, die uns in der Kunst, aber auch im Leben weiterbringt und die uns erlaubt, uns selbst nicht zu verlieren ...

Die Wege, die eingeschlagen werden, um Kreativität zu erlangen, sind verschieden. Und einer dieser Wege führt über den «Rausch» und die «Sucht» ... und auch dies gilt wieder sowohl im Leben als auch in der Kunst.

Als ich im Jahr 2019 angefangen habe, als Psychiaterin und ärztliche Psychotherapeutin auf einer Station für Abhängigkeitskrankheiten mit komorbiden Erkrankungen zu arbeiten, wusste ich noch nicht, dass das Thema Sucht mich dermassen faszinieren wird. Seither habe ich mich sowohl in ärztlicher als auch in musiktherapeutischer Hinsicht für dieses Thema interessiert und meine Kompetenz entwickelt, bis ich gemerkt habe, dass diese beiden Bereiche meiner Berufswelt miteinander verbunden und beinahe nicht voneinander zu trennen sind. Deswegen habe ich mich entschieden, meine Masterarbeit über die Rolle und Wirkung von Musiktherapie als Teil der integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der stoffgebundenen Sucht zu schreiben.

Die Überzeugung, ein solches Thema zu wählen, verstärkte sich beim Verfassen von Berichten während meines Musiktherapiestudiums. In diesen Berichten habe ich immer meinen Wunsch geäußert, Medizin und Musik(-therapie) zusammenzuführen. Auch der Einbezug von Kunst und Ästhetik in die exakte und streng formalisierte medizinische Welt hat mich schon immer fasziniert und ist mir ein Anliegen.

Für die vorliegende Arbeit wurde zusätzlich den Fokus «Sucht und Kreativität» gewählt. Den Impuls dazu gab die Abhandlung des deutschen Psychoanalytikers Peter Subkowski über die Parallelen zwischen Sucht, Kunst und Kreativität (2018) und der 1990 verfasste Erfahrungsbericht «Music Therapy as a Facilitator of Creative Process in Addictions Treatment» der US-amerikanischen Musikerin und Musiktherapeutin Jude Treder-Wolff.

Auch in meinem beruflichen Alltag als Ärztin habe ich Ideen gesammelt, wie die Musiktherapie auf unserer Fachstation implementiert und gefördert werden könnte. Dabei wurde ich von der ärztlichen Leitung meiner Station dankenswerterweise stets unterstützt. Meine ersten gruppenmusiktherapeutischen Versuche waren nicht sehr erfolgreich, da ich selbst nicht genau wusste, wie ich mit Suchtpatient*innen arbeiten sollte und wollte. Doch die Teilnahme an der Tagung «Musiktherapeutische Ansätze in der Suchttherapie» des freien Musikzentrums München im Jahr 2021 hat mich angeregt, es erneut mit der Musiktherapie zu probieren. Bei diesem zweiten Anlauf waren die Patient*innen von der Art der Therapie so überrascht und begeistert, dass sie mich nachdrücklich darum gebeten haben, diese Form von Therapie weiterzuentwickeln und zu fördern.

Suchterkrankungen bilden einen wichtigen Bereich bei der stationären Behandlung der Privatklinik Meiringen. Mein beruflicher Alltag ist durch die Arbeit mit Patient*innen geprägt, die an stoffgebundenen Abhängigkeiten leiden. Einmal wöchentlich biete ich meinen Patient*innen Musiktherapie an, im Rahmen des integrativen Behandlungsansatzes der Sucht, welcher zahlreiche verschiedene Therapiemethoden umfasst.

Die Arbeit mit dem Medium Musik und mit den Suchtpatient*innen ist sowohl spannend als auch anspruchsvoll und herausfordernd. Dies deswegen, weil oft nicht nur die psychoaktive Substanz, sondern auch die Musik selbst einen wichtigen Teil der Sucht ausmacht, als Begleiterin und / oder als aktive Unterstützerin. Aus diesem Grund kann sie im therapeutischen Behandlungsprozess von Sucht sowohl helfen als ihn auch hindern.

Generell ist der Konsum von Drogen und Medikamenten weltweit sehr verbreitet. Bei einem Teil der Menschen führt solch ein Substanzenkonsum in eine Abhängigkeit. Sucht als Krankheit ist oft schwer, chronisch und rezidivierend. Die stoffgebundene Abhängigkeit ist nicht selten mit Hoffnung und zugleich Hoffnungslosigkeit verbunden. Die Krankheitsprognose ist oft unklar, die Rückfallrate sehr hoch. An Sucht erkrankte Menschen durchleben die schwere Zeit des Krankseins auf vielen verschiedenen Ebenen: körperlich, seelisch, sozial und spirituell. Es ist möglich, eine lebenslange Remission zu erreichen und «clean» zu bleiben, eine lange Zeit chronisch konsumierend zu leben oder auch

plötzlich, unerwartet und innerhalb einer kurzen Zeit an körperlichen Folgeerkrankungen oder z.B. an der Überdosis einer psychoaktiven Substanz zu sterben.

Wie bereits gesagt, geht der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen oft mit Musik einher: Auf der einen Seite kann ihr Konsum von Musik begleitet sein. Auf der anderen Seite wird auch oft aktives Musizieren oder passiver Musikkonsum durch die Nutzung psychoaktiver Substanzen unterstützt und begleitet. Musik und der Einsatz psychoaktiver Substanzen bilden somit nicht selten ein festes Erlebens- und Verhaltensmuster, das mit bestimmten Gefühlen, Gedanken und Wahrnehmungen des/der Patient*in verbunden ist und sich zu einem festen Bestandteil seines/ihrer Lebens entwickelt hat. Dabei können sowohl positive als auch negative Erlebnisse und Gefühle erfahren werden.

Da die Musik oft mit diesen Erlebnissen verwoben ist, ist die musiktherapeutische Arbeit mit süchtigen Patient*innen oftmals besonders herausfordernd. Es ist nicht immer klar, ob Musik zu Therapiezwecken geeignet ist oder nicht. Und wenn ja, in welcher Art / Form / Methodik. Die meisten Therapeut*innen haben einen gesunden Respekt davor, musiktherapeutisch mit Suchtpatient*innen zu arbeiten, weil sie damit nicht selten in die «direkte» Berührung mit der «Suchtwelt» des/der Patient*in kommen. Das heisst, die Therapeut*innen werden mit den verschiedenen Aspekten der Sucht konfrontiert. Eventuell können sie diese nicht verstehen, nicht nachvollziehen oder sich nicht in diese einfühlen, weil sie selbst nicht konsumieren und weil das Suchtverhalten für sie sehr «fremd» wirkt. Möglicherweise können sie dieses Suchtverhalten auch moralisch nicht akzeptieren, was die Arbeit mit den Patient*innen erschwert. Zudem kann die «Suchtwelt» des/der Patient*in auf den/die Therapeut*in bedrohlich wirken, da auch das Medium Musik drogenähnliche Phänomene auslösen und den/die Suchtpatient*in an die drogenintensive Zeit erinnern kann. Die Musik kann somit als Trigger fungieren und schlimmstenfalls einen Rückfall hervorrufen.

Dazu als Illustration ein Ausschnitt aus einem therapeutischen Gespräch mit einem Patienten:

Herr P. und ich sitzen im Musiktherapieraum. Vorsichtig gleiten meine Finger über die Saiten des Monochords, und ein schwebender Klang breitet sich um uns aus.

«Wie heisst dieses Musikinstrument?», fragt mich Herr P. ... und seine Stimme scheint für mich ein wenig überrascht, unruhig und ungeduldig zu klingen.

«Das ist ein Monochord», sage ich ... und streife weiter über die Saiten.

«Es ist ein Drogenrausch!», höre ich, was mich überrascht und nachdenklich stimmt.

«Ich möchte selbst spielen ...»

Ich überlasse ihm das Monochord.

Sanft und behutsam berührt Herr P. die Saiten des Musikinstruments, und der Klang erklingt von Neuem im Raum ... «Wie heisst es, Monochord?», möchte er sich nochmals vergewissern.

«Ja, richtig», gebe ich zur Antwort.

«Ich würde es am liebsten zu mir nehmen. Es ist wie ein Drogenrausch ...», sagt er nochmals und spielt ... Der Klang im Raum wird lauter und breitet sich immer weiter aus ...

Andererseits ist die Musik oft mit drogenfreien und positiv besetzten Lebensabschnitten der Patient*innen verbunden und kann deswegen als eine starke und Abstinenz fördernde «Kraft» angesehen werden. Ein Beispiel wäre ein Patient, der in seinen Abstinenzperioden mit seiner Lebenspartnerin aktiv musiziert hat und dessen musikalische Aktivität generell stark mit den Zeiten verbunden war, als er abstinent und gesund gelebt hat.

Der erfolgreiche Einsatz des Mediums Musik in schamanischen Praktiken, in wissenschaftlichen LSD-Experimenten und im (musikalisch-)katathymen Bilderleben nach Hanscarl Leuner (1974, in Geiger & Maack, 2010, S. 91; 1974, in Dülberg, 2014, S. 41), aber auch unzählige in den letzten Jahren durchgeführte neurowissenschaftliche Experimente mit Musik zeigen und beweisen alle, dass die Musik auf die menschliche Psyche stark beeinflussend zu wirken vermag. Diese Eigenschaft kann im therapeutischen Prozess eingesetzt werden.

Mir, einer Ärztin, ermöglicht das Medium Musik und die Musiktherapie auf jeden Fall ein zusätzliches therapeutisches Wirkungsfeld: Sie erlaubt uns, mir und dem/der Patient*in, in einen anderen Beziehungs- und Handlungsdialog einzutreten und einander auf eine andere, non-verbale Art und Weise zu begegnen.

Bei der Lektüre der Abhandlung von Subkowski über Sucht, Kreativität und Kunst stellte sich die folgende Frage: Ist das Thema «Kreativität» für die Krankheit «stoffgebundene Sucht» wirklich wichtig? Subkowskis Auslegungen sind Teil seines psychodynamischen Verständnisses der Sucht und seines psychodynamischen Menschenbildes. Es gibt aber auch andere Menschenbilder und Suchterklärungsmodelle. Ist dieses Thema dort auch präsent? Daraus ableitend ergaben sich weitere Fragen wie z.B. Kann die Behandlung der

stoffgebundenen Sucht positiv beeinflusst werden, indem die «Kreativität» der Patient*innen gefördert wird? Im Zusammenhang mit der musiktherapeutischen Tätigkeit mit Suchtpatient*innen soll dieses Thema in der vorliegenden Arbeit genauer untersucht werden.

Dabei werden zwei Ziele verfolgt. Als Erstes soll eine Auseinandersetzung mit der Literatur und dem Wissensstand zu der oben genannten Thematik von Subkowskis «Kreativität» stattfinden. Daraus entsteht die Hauptfragestellung:

Welche Relevanz hat die «Kreativität» in der musiktherapeutischen Behandlung der stoffgebundenen Sucht im Rahmen der integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung?

Darüber hinaus soll, unabhängig von der Hauptfragestellung und den Erkenntnissen daraus, ein Arbeitsentwurf der Musiktherapiestunden in Meiringen vorgestellt werden, der sich im Verlauf der Auseinandersetzung mit diesem Thema herausgebildet hat. Die Thematik Kreativität und Sucht entwickelte eine Faszination, die in der folgenden zweiten Frage mündete:

Wie kann die «Kreativität» der Patient*innen in der musiktherapeutischen Stunde im Rahmen der integrativen Behandlung der stoffgebundenen Sucht praktisch gefördert werden?

Der vorgestellte Entwurf ist ein Versuch, dieses Thema in die praktische Arbeit zu integrieren und die Kreativität ins Zentrum des musiktherapeutischen Geschehens zu stellen. Weiterdenkend kann er in späteren Arbeiten weiterentwickelt, modifiziert und überprüft oder auch verworfen werden.

Das Thema Kreativität ist ein sehr breites Thema. Ziel ist es zu erforschen, ob die Kreativität in der Suchtbehandlung wichtig ist. Die Kreativität eines Menschen kann sich auf den Prozess und das Produkt bzw. Werk, das er erschafft, beziehen. Mit der «Kreativität» verbindet man aber auch die Lebenskraft eines Menschen, die Maslow und Rogers als «full functioning person» bezeichneten. Wenn in dieser Arbeit den Begriff «Kreativität» verwendet wird, dann ist damit diese Lebenskraft gemeint, die alles Kreative, was zu einem gesunden Menschen gehört, beinhaltet; in anderen Fällen wird der Begriff ohne Anführungszeichen stehen.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sechs Kapitel.

Um die gestellten Fragen zu beantworten, wird im ersten Kapitel dieser Arbeit die Krankheit «Stoffgebundene Sucht» umrissen und der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen aus verschiedenen Perspektiven erläutert.

Das zweite Kapitel umfasst die Vorstellung des integrativen Charakters der Behandlung von stoffgebundener Sucht, auch praktisch illustriert mit der Vorstellung einer Fachstation, und gibt einen kurzen Einblick in die verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten dieses Störungsbildes.

Das dritte Kapitel der Arbeit zeichnet die Landschaft möglicher kreativitätsfördernder Wirkfaktoren und Prinzipien der Musiktherapie nach und zeigt ausführlich musiktherapeutische Behandlungsansätze der Sucht auf. Die dabei zurate gezogenen Daten werden durch Recherche gewonnen.

Im vierten Kapitel werden die allgemeinen theoretischen Grundlagen der Kreativität erläutert und eine mögliche Erklärung der Sucht in Bezug auf die Kreativität dargelegt.

In Kapitel 5 wird die praktische musiktherapeutische Vorgehensweise vorgestellt, um Kreativität als Lebenskraft zu fördern und anzuregen.

Das sechste und letzte Kapitel der Arbeit ist der Diskussion über die gewonnenen Erkenntnisse bezüglich der eingangs gestellten Fragen gewidmet, auch im Zusammenhang und in Betrachtung der eigenen praktischen musiktherapeutischen Vorgehensweise. Im die Arbeit abschliessenden Ausblick werden schliesslich die Möglichkeiten diskutiert, das behandelte Thema weiter theoretisch und empirisch zu erforschen.

Beinahe nur die künstlerischen Therapien bzw. die Musiktherapie stellen das Thema Kreativität und deren Förderung in den Fokus des therapeutischen Geschehens. Andererseits wird dieses Thema selbst bei den künstlerischen Therapien bzw. der Musiktherapie theoretisch nur marginal behandelt.

Mit dieser Arbeit soll das Thema Kreativität in die fachliche Diskussion gebracht werden. Auch wird das komplexe Phänomen «Stoffgebundene Sucht» beleuchtet – dies in Bezug auf die musiktherapeutische Arbeit, aber auch aus medizinischer, psychotherapeutischer und integrativer Behandlungssicht.

Der grösste Wert dieser Arbeit besteht aber darin, dass sie sich der musiktherapeutischen Behandlung suchtkranker Menschen widmet. Beinahe wir alle konsumieren mehr oder weniger psychoaktive Substanzen, sind aber meist nicht süchtig. Möglicherweise haben wir einfach mehr Glück, dieses Krankheitsbild nicht entwickelt zu haben. Aus Scham und

Schuldgefühlen verleugnen, verneinen und bagatellisieren suchtkranke Menschen oft ihre Erkrankung. Das ist Teil des Krankheitsbildes. Auch wirken sie nicht immer zuverlässig, motiviert und einsichtig. Was man aber oft beim Betrachten dieser Patient*innen vergisst, ist, dass es hinter der «harten» Fassade dieser Menschen einen sehr sensiblen und verletzlichen Wesenskern gibt, den sie zu schützen versuchen. Die Aufgabe der integrativen Behandlung von stoffgebundener Sucht sowie auch der Musiktherapie ist es, diesen Wesenskern zu stärken und aus ihm eine gesunde Pflanze wachsen zu lassen.

Das Stigma der Sucht ist immer noch sehr gross. Die vorgestellte Arbeit will diesem Stigma entgegenwirken.

Dank und Widmung

Mein herzlicher Dank gilt an erster Stelle meiner Mentorin, Frau Dr. med. Felicitas Sigrist, die mir bei der Erstellung dieser Arbeit mit ihrem kritisch-konstruktiven Blick, ihrer fachlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen und musiktherapeutischen Erfahrung und den daraus folgenden, äusserst wertvollen Anregungen zur Verfügung gestanden hat. Ihre sehr wertschätzende Begleitung und Unterstützung und ihr Vertrauen in mich trug ausschlaggebend zur Weiterentwicklung dieser Arbeit bei und gab mir die Motivation, Zuversicht und Kraft, diese Arbeit fertigzustellen.

Im Weiteren danke ich meinem ersten Mentor und aktuellen Zweitgutachter, Herrn Dr. sc. mus. Martin Deuter, der mir während der Erstellung dieser Arbeit die notwendige akademische Freiheit gewährte und geduldig wartete, so dass ich meine Gedankengänge stetig weiterentwickeln und ausbauen konnte.

Ein herzlicher Dank geht auch an meinen geschätzten Vorgesetzten, Herrn Dr. med. Claus Aichmüller, für seine fachliche Offenheit, die die Implementierung von Musiktherapie auf unserer Station ermöglichte, für das Durchlesen meiner Arbeit mit kritisch-konstruktiven Anregungen, aber vor allem für die lebendigen Diskussionen über Suchterkrankungen, die meine Faszination für diesen Psychatriebereich weckten und mir den Impuls gegeben haben, dieses Thema für die Arbeit zu wählen.

Mein Dank gilt meinen Arbeitskolleginnen Carmen Duss für die technische Unterstützung bei Verwirklichung meiner graphischen Ideen dieser Arbeit und Markéta Švecová für die Gestaltung des Titelblattes.

Mein Dank gilt weiter allen meinen Arbeitskollegen der Station West 1, die mich bei der Implementierung der Musiktherapie auf unserer Station unterstützt haben.

Speziellen Dank möchte ich auch allen meinen Patienten aussprechen, die ich auf ihrem Weg zur Abstinenz begleiten durfte und darf, für ihr Vertrauen, ihre Offenheit und ihren Mut und dafür, dass ich von ihnen sehr viel lernen durfte.

Grosser Dank gebührt meiner Lektorin Katharina Tschopp Tarquini für ihr sehr engagiertes und versiertes Lektorat, das meinen zahlreichen Gedanken zum sprachlich gewandten Ausdruck in deutscher Sprache verhalf.

Ich danke meinen Studienkollegen und Studienkolleginnen Melchior Brunner, Prisca Kämpf, Christoph Dachauer, Barbara Oplatka und Beàta Cseri, die mit improvisatorischem «Für- Spielen» meine Kraft und Zuversicht weiterzuschreiben gestärkt haben; meiner Studienkollegin Stefanie Christen, die mich in den Zeiten des Schreibens mit kurzen und langen Diskussionen durch viele Höhen und Tiefen begleitet hat; und allen anderen Freund*innen und Kolleg*innen, die ich hier nicht erwähnt habe, welche mir während der Entstehung dieser Arbeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden und damit zu ihrer Vollendung beigetragen haben.

Ich danke von ganzem Herzen meinen Kindern, Jonas und Nerija, für ihre geistige, technische und emotionale Unterstützung. Sie gaben mir Kraft und Durchhaltevermögen zur Fertigstellung dieser Arbeit. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht entstanden.

Bei meiner Schwester Inga Miltenyte bedanke ich mich für die Betreuung unserer betagten Eltern während des Schreibens. Dies ermöglichte mir den Freiraum zum Schreiben.

Mein grosser Dank gilt meiner Mutter Aldona Milteniene und Eduard Iseli, die in der Zeit der Entstehung dieser Arbeit die Begleitung unserer Kinder übernommen haben. *Aciu und vielen lieben Dank!*

Ein ganz lieber Dank geht an meinen Vater, Algirdas Miltenis, der mich, als ich noch ein kleines Mädchen war, fragte, ob ich Klavier spielen möchte und der mir den Besuch der Musikschule ermöglichte: So konnte ich die grosse Welt der Musik kennenlernen und vielfältig in sie eintauchen.

Schliesslich danke ich von ganzem Herzen meiner Nanny Katarina Šurmaiute † für ihre liebevolle Begleitung, die ich als kleines Mädchen viele Jahre lang erfahren durfte. Sie zeigte mir, wie Humanismus täglich gelebt wird in einer Zeit, in der ich noch nichts von humanistischer Psychologie wusste. Ihre Taten und ihr Gedankengut hat mich geprägt,

begleiten mich auch heute und haben indirekt das Auskristallisieren des Themas meiner Arbeit mitbestimmt.

Ihr widme ich diese Arbeit. *Skiriu ši darba Katriutei.*

2. Theorie

2.1 Sucht

In seinem Buch «Verhaltenstherapie und Sucht» schreibt Thomas Schnell (2020, S. 11), dass die Suchtbehandlung als sehr schwierig gilt. Die Suchtpatient*innen sind häufig selbst hochgradig ambivalent bezüglich der Therapieziele und Therapiemotivation und neigen zu Rückfällen: «Auf der einen Seite wünschen sie sich, endlich befreit zu sein von den Fesseln der Sucht, andererseits können sie nicht von ihrem Suchtverhalten lassen.» Der Grund, warum das so ist, liegt darin, dass die Suchtentwicklung und Aufrechterhaltung im Unterschied zu anderen psychischen Störungen auch mit positiven Emotionen und Erlebnissen verbunden sind. Der durch den Substanzenkonsum hervorgerufene Rausch bzw. andere veränderte Bewusstseinszustände – was im Jargon der Konsumierenden als «high sein» bezeichnet wird – beinhalten ein sehr intensives positives Erleben, das zudem sehr leicht, auf einfache Weise hervorgerufen werden kann. Erst später, mit zunehmender Toleranzentwicklung und mit dem Auftreten von Entzugssymptomen, wird auch eine negative Symptomatik bedeutsam (ebda).

Der Umstand, dass im Gehirn die Erinnerungen an das positive Gefühl und daran, wie schnell dieses Gefühl erreicht werden kann (schlucken, rauchen, sniffen, spritzen), gespeichert bleiben und dass die Sehnsucht nach diesen Gefühlen auch weiter besteht, macht die Therapie langwierig und nicht immer erfolgreich (ebda).

Um die Sucht als Phänomen und als psychische Störung zu verstehen, wird im folgenden Teil ausführlich erläutert, wie es zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen kommt und wie sich daraus allmählich eine Abhängigkeit entwickeln kann.

2.1.1 Gebrauch psychoaktiver Substanzen

Die Entstehung der stoffgebundenen Sucht ist mit dem regelmässigen Gebrauch von psychotropen Substanzen verbunden.

Der Begriff «psychotrop» kommt aus dem Griechischen, setzt sich aus den Wörtern *psyche* (Seele) und *trópos* (Richtung) zusammen, was mit «auf die Seele wirkend» übersetzt werden kann. Eine weitere neutrale Bezeichnung für «psychotrop» ist «psychoaktiv». Sie sollte die emotional negativ besetzten Ausdrücke «Rauschgift» oder «Rauschmittel» ersetzen und bezieht sich im Gegensatz zum Begriff «Drogen» auch nicht auf Legalität oder Illegalität der Substanz: «Jede von aussen zugeführte Substanz, die Veränderungen der Psyche und des Bewusstseins eines Menschen bewirkt, wird als psychotrop oder psychoaktiv bezeichnet» (Wikipedia «Psychotrope Substanz», o.J.).

Psychoaktive Substanzen sind die Stoffe, die fähig sind, verschiedene sinnlich-körperliche und geistig-spirituelle Effekte im Menschen auszulösen. Die wichtigste Eigenschaft all dieser Stoffe ist aber vor allem ihre Fähigkeit, veränderte Bewusstseinszustände und/oder einen Rausch zu erzeugen. Andererseits bergen sie aber auch grosses Sucht- oder Abhängigkeitspotenzial, anders gesagt besitzen sie die Eigenschaft, bei regelmässigem Konsum eine stoffgebundene Abhängigkeit zu erzeugen.

Wie bereits ausgeführt, bezeichnet auch das negativ konnotierte Wort «Droge» rauscherzeugende Substanzen: Rauschdrogen, Rauschmittel oder Rauschgifte (Wikipedia «Droge», o.J.). Die Bezeichnungen «psychoaktive Substanz» und «Rauschdroge» sind aber nicht komplett deckungsgleich und daher auch nicht austauschbar, da neben illegalen Rauschmitteln auch viele Psychopharmaka zu den psychoaktiven Substanzen gezählt werden (ebda).

Psychoaktive Substanzen werden seit Tausenden von Jahren vom Mensch gebraucht: «Jede Substanz entfaltet eine ihr eigene Wirkung, die je nach Zugehörigkeit zu einer der drei grossen Gruppen psychoaktiver Substanzen anregend, dämpfend oder halluzinogen sein kann» (Société Axess, 2009, S. 16). Als mögliche Gründe eines Konsums bezeichnen die Menschen u.a. die Fähigkeit dieser Stoffe, seelische Regression zu induzieren, Atmosphäre zu schaffen, Sexualität zu erleichtern und/oder sie zu intensivieren, Kreativität zu erhöhen oder Krankheit zu bewältigen. Der Konsum psychotroper Substanzen ist oftmals eng verbunden mit heiligen Ritualen, mit Mode, Lebensstil und Freizeit, und dient manchmal sogar dem Versuch einer ganzen Lebensbewältigung des Menschen. Diese Substanzen können somit in sehr verschiedenen Lebenskontexten verwendet werden und sehr unterschiedliche Funktionen haben. Um zu zeigen, wie breit die Anwendung von psychoaktiven Substanzen sein kann, wird sie im folgenden Abschnitt durch kurze Text-Vignetten dargestellt:

Lebensstil / Kultur: Die Hippiezeit war die Zeit, in der sich der Konsum von Drogen immer mehr im öffentlichen Raum exponiert hat. Das Wort «Hippie» taucht 1965 in der amerikanischen Presse als Schlagzeile auf, und kommt vom angloamerikanischen *hip*, was so viel wie «erfahren» oder auch «unter dem Einfluss von Drogen stehend» bedeutet (Gäsche, 2008, S. 24). Als Antikultur gegen die Monotonie, Erstarrung, Verlogenheit und Kriegstreiberei, gegen den Materialismus und die Gefühlskälte des Bürgertums der 1950er Jahre entwickeln Hippies gleichzeitig ihre «Welt» von Kleidung, Bilder, Musik

und Drogen (Gäsche, 2008, S. 24 ff.). Für Hippies war das Schrilteste gerade schrill genug, schreibt Daniel Gäsche (2008, S. 33) in seinem Buch «Die 68er und die Musik».

Sexualität: In ihrer Masterarbeit über den Einfluss von Kokain als stimulierender Substanz auf weibliche Sexualität stellt die Psychologin Muriel Keller aufgrund von durchgeführten Interviews mit Frauen mit Kokain-Abusus fest, es könne angenommen werden, «dass Kokain die sexuelle Erregung steigert, enthemmt sowie die allgemeine sexuelle Aktivität erleichtert und anregt» (Keller, 2017, S. 86). Der Konsum dieser Substanz «erleichtert soziale Interaktionen, verlängert die Party-Nacht bis zum Morgengrauen oder führt zu stundenlangen Sexualakten oder -praktiken» (ebda, S. 98). Bei einer Vergewaltigungs- und Missbrauchsvorgeschichte trägt er wesentlich zum unbeschwerten Ausleben der Sexualität bei: «Die Unterdrückung unangenehmer Affekte sowie der Zuwachs an Selbstbewusstsein und Erregung lässt eine völlig neue Erfahrung der Sexualität zu», schreibt sie (ebda).

Sobald die Wirkung der Substanz aber abklingt, stellt sich oft eine Phase der verminderten Libido ein, die von Frauen als Unwohlbefinden erlebt werden kann. Auch unter Abstinenzbedingungen in der Suchttherapie kann so ein Gefühl eintreten, weswegen dieser Umstand in der Therapie aus Bedenken eines möglichen Rückfalls nicht ausser Acht gelassen werden sollte (ebda, S. 94).

Therapie: Therapeutische Fähigkeiten der psychoaktiven Substanzen zeigen sich in verschiedenen Bereichen der Heilkunde, wie z.B. in der Schmerztherapie oder aber auch in der Psychiatrie. Cannabisbasierte Arzneimittel werden seit ein paar Jahren zur Schmerzlinderung (analgetischer Effekt), Brechreizlinderung (antiemetischer Effekt), Appetitanregung oder auch als angstlösende Mittel verschrieben. Ketaminpräparate kommen bei der Behandlung von schweren Depressionen zum Einsatz.

Aufgrund der Fähigkeit von psychoaktiven Substanzen, ein verändertes Bewusstsein zu erzeugen, haben sie auch in der Psychotherapie Verwendung gefunden. Der deutsche Psychiater Hanscarl Leuner beispielsweise untersuchte die therapeutische Wirkung von Imagination auf seine Patient*innen (Dülberg, 2014, S. 38 f.). Dieses Verfahren wurde 1954 unter dem Begriff «Katathymes Bilderleben» gekennzeichnet, heute bekannt als Kata-thym-Imaginative Psychotherapie (Leuner, 2012, S. 15). Etwa Mitte der 1950er Jahre begann Leuner zusätzlich, verschiedene Halluzinogene zur Unterstützung seiner imaginativen Psychotherapie einzusetzen. Der kontrollierte ärztliche Einsatz psychoaktiver und

psychedelischer Substanzen zur Vertiefung psychotherapeutischer Prozesse wurde unter dem Namen «Psycholytische Psychotherapie» bekannt (Dülberg, 2014, S. 40).

Der tschechische Psychiater Stanislav Grof befasste sich während seiner wissenschaftlichen und psychotherapeutischen Tätigkeit am Esalen-Institut in Big Surf in Kalifornien (USA) zunächst mit ungewöhnlichen Bewusstseinszuständen bzw. «Bewusstseinsweiterungen», erzeugt durch psychotrope Substanzen, später durch Atemtechniken wie holotropes Atmen (Grof, 2022). Bei den Patient*innen, die er begleitete, handelte es sich insbesondere um an Neurosen Erkrankte, Drogen- und Alkoholabhängige sowie Krebskranke mit schlechter Prognose, aber auch um Menschen mit Psychosen (Grof, 2015, S. 304 ff.).

In der Behandlung von Alkoholabhängigen kommen seit einiger Zeit vermehrt Halluzinogene zum Einsatz. Dabei wird versucht, die «pathologische Persönlichkeit» des/der Alkoholabhängigen durch ein «Gipfelerlebnis», eine durch Halluzinogene induzierte Psychose, «aufzubrechen» und dadurch positiv zu beeinflussen (Soyka & Kufner, 2008, S. 378). Derzeit laufen in der Psychiatrie einige Studien über die therapeutische Wirksamkeit von Halluzinogenen in der Suchtbehandlung (Hasler, o.J.; Gründer, 2022).

Kreativität: Kreativität in Bezug auf psychoaktive Substanzen ist ein weiteres grosses Thema, auf das erst in einem zweiten Teil dieser Arbeit detaillierter eingegangen wird. An dieser Stelle soll diese Thematik erstmals kurz Erwähnung finden. Folgende kurze musikgeschichtlichen Episoden zeigen eine möglicherweise kreativitätsfördernde Wirkung psychoaktiver Substanzen auf:

Als Richard Strauss (1864–1949) sich 1928 einer Operation seiner Nasenscheidewand unterziehen musste und zur Betäubung zwei mit Kokain durchgetränkte Wattebäusche in die Nase geschoben bekam, merkte er bald, dass dies bei ihm eine positive Gemütsänderung hervorrief. Dem nach der Operation visitierenden Arzt teilte er mit, dass «das Zeug» ihn «ganz munter gemacht» und zu zwei Arien angeregt habe. Heute wissen wir, dass diese zwei Arien wohl die schönsten Arien der Oper «Arabella» von Richard Strauss sind (Wiesbeck, 2017, S. 16 f.).

Auch die berühmte «Symphonie Phantastique» von Hector Berlioz (1803–1869) wurde angeblich unter dem Einfluss von Opium vertont (Rätsch, 1986, in Fachner, 2005, S. 61). Über ein Jahrhundert später antwortete Paul McCartney auf die Frage, was die Musik der Beatles in der Zeit der Veröffentlichung des Albums «Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band» inspirierte habe: «Vor allem Drogenerfahrungen [...] Drogen fanden ihren Weg in

alles, was wir taten. Sie färbten unsere Sicht der Dinge bunt. Ich glaube, dass wir damals realisierten, dass es weniger Grenzen für uns gab als wir angenommen hatten. Und uns wurde klar, dass wir Barrieren durchbrechen konnten» (Davis & Piper, 1993, in Fachner, 2005, S. 61).

Diese und zahlreiche weitere Beispiele belegen, dass Substanzenkonsum früher wie auch heute stark in unserem kulturellen Leben verankert ist, dass die Verwendung dieser Stoffe hauptsächlich mit ihren rauschartigen Fähigkeiten in Verbindung steht und mit sehr vielen positiven Emotionen und Erlebnissen assoziiert ist. Henrik Jungaberle, Nils Biedermann, Julia Nott, Andrea Zeuch und Maximilian von Heyden schreiben, dass Vergnügen ein zentrales Thema beim Konsum von psychoaktiven Substanzen ist. Die Forscher*innengruppe fügt hinzu, dass dies allerdings in der wissenschaftlichen Literatur bisher überraschend wenig Beachtung gefunden habe. Im Zentrum der Erklärung von Sucht steht normalerweise die Belohnung, was nicht mit Vergnügen gleichzusetzen ist. Ebenfalls wird der Konsum oft mit hedonistischen Zielen in Verbindung gebracht, bei denen wertende Urteile wie «zu viel, unreif, unmoralisch» oder «Entgleisung» mitschwingen (Jungaberle et al., 2018, S. 184).

Christian P. Müller und Gunter Schumann ihrerseits erklären den Gebrauch psychoaktiver Substanzen mittels eines Instrumentalisierungskonzepts: Der Substanzenkonsum diene möglicherweise der funktionellen Adaptation eines Menschen an die moderne Umwelt und dem Erreichen von persönlichen Zielen. Auch diese Betrachtung des Konsums fand bislang noch keinen Einzug in den wissenschaftlichen Diskurs (Müller & Schumann, 2011, in Jungaberle et al., 2018, S. 183).

Obwohl die Meinungen dazu generell auseinandergehen, besteht insbesondere keine Einigkeit darüber, ob und in welchem Ausmass Drogengebrauch gesellschaftlich und volkswirtschaftlich adäquat und tolerierbar ist. 1971 haben die Vereinten Nationen beschlossen, fast alle bis dahin bekannten Drogen weltweit zu verbieten; Ausnahmen bildeten lediglich bereits etablierte Drogen wie Alkohol, Nikotin und Koffein. Erst in den letzten Jahren wurde Cannabis zur Verwendung für medizinische Zwecke neu zugelassen und ist die Forschung mit LSD und Halluzinogenen teilweise wieder erlaubt. Faktisch ist wichtig festzustellen, dass in der Zeit nach dem weltweiten Drogenverbot aufgrund der hohen Nachfrage nach psychotropen Substanzen eine weltumspannende Schattenwirtschaft entstanden ist (Wikipedia «Droge», o.J.). Studien zeigen, dass ungefähr 4.5 % der Weltbevölkerung illegale Drogen konsumiert (Walter & Wiesbeck, 2009, in Walter et al., 2022,

S. 20). Bei einem Teil der Konsument*innen führt der Konsum zur Entwicklung von Suchtverhalten.

Festzuhalten ist, dass die oben beschriebenen Effekte durch die bewusstseinsveränderten Zustände und/oder durch Rausch erreicht werden wollen. Im nächsten Abschnitt wird auf veränderte Bewusstseinszustände und Rausch durch psychoaktive Substanzen genauer eingegangen.

2.1.2 Veränderte Bewusstseinszustände und Rausch

Bevor man die Frage beantwortet, was ein veränderter Bewusstseinszustand ist und wie er sich von einem normalen Zustand unterscheidet, sollte zuerst definiert werden, was «Bewusstsein» ist.

Die kognitiven Neurowissenschaften verbinden und setzen das menschliche Bewusstsein mit seinem Kurz- und Arbeitsgedächtnis, also mit dem, dessen sich ein Mensch in einem bestimmten Moment bewusst ist, gleich. Hier ist die Grosshirnrinde das Substrat des Bewusstseins, in welchem dieses Phänomen entsteht. Wir sind uns dessen bewusst, was wir gerade riechen, tasten oder hören. Wir sind uns dessen bewusst, wenn wir über etwas nachdenken, gleich ob in Worten oder in Bildern, aber auch, wenn wir uns die Vergangenheit in Erinnerung rufen und uns in diesem Moment unseres Langzeitgedächtnisses bedienen (Thompson, 2015, S. 463 f.).

Charles Tart, US-amerikanischer Psychologe und Mitbegründer der sog. «Transpersonalen Psychologie», ist der Meinung, dass sich das Bewusstsein aus vielen Bewusstseinszuständen zusammensetzt, die beschrieben werden können. Sein deskriptives Bewusstseinskonzept besteht aus zehn von ihm definierten und beschriebenen Dimensionen, die sich als verschiedene Bereiche der menschlichen psychischen Tätigkeit zeigen. Zu diesen Subsystemen gehören (1) Exterozeption, (2) Interozeption, (3) Informationsverarbeitung, (4) Gedächtnis, (5) Identitätssinn, (6) Evaluation und Entscheiden, (7) Unterbewusstsein, (8) Emotionen, (9) Raum-Zeit-Empfinden und (10) Motorik (Tart, 1977, in Vaitl, 2012, S. 9 f.).

Eine noch umfassendere Darstellung des Bewusstseinssystems finden wir beim US-amerikanischen Autor Ken Wilber. Der Autor der sog. «Integralen Theorie» bezieht sich in seinen Auslegungen über das menschliche Bewusstsein auf die Arbeiten des deutschen Mediziners, Physikers und Naturphilosophen Gustav Theodor Fechner (1801–1887) sowie der US-amerikanischen Psychologen und Philosophen William James (1842–1910) und James Mark Baldwin (1861–1934). Ihm zu Folge, aus den Arbeiten obig genannter

Autoren, gilt: «Bewusstsein ist real, das innen beobachtende Selbst ist real, die Seele ist real [...], eine Perspektive, die versucht, die Wahrheit über Körper, Geist, Seele und GEIST zu umfassen und sie nicht zu materielle Erscheinungen, digitale Bits, empirische Prozesse oder objektive Systeme [...] zu reduzieren» (Wilber, 2021, S. 13). Nach Wilbers Meinung gehören Wahrnehmen, Begehren, Wollen und Handeln zu den Funktionen des Bewusstseins. Zu den Strukturen zählt er Körper, Geist, Seele und GEIST (als kosmisches Tao oder universeller GEIST). Die Zustände des Bewusstseins unterteilt der Autor in das «normale» Bewusstsein (Wachen, Träumen, Schlafen) und das veränderte Bewusstsein. Es findet eine permanente Entwicklung des Bewusstseins statt, welche «ein ganzes Spektrum vom Vorpersönlichen über das Persönliche zum Transpersonalen, vom Unterbewussten über das Selbst-Bewusste zum Überbewussten, vom Es über das Ego (Ich) zum GEIST» umfasst. Wilber schreibt kritisch, dass sowohl Behaviorismus als auch Psychoanalyse, Existentialismus, die Schulen der transpersonalen Psychologie und die Psychologien Asiens alle nur in einem bestimmten Aspekt hinsichtlich des menschlichen Bewusstseins überzeugten. Kognitive Wissenschaften schliesslich, so seine Ansicht, reduzierten das Bewusstsein auf «neuronalen Mechanismen und auf Funktionen, die denen eines Biocomputers gleichen, und zerstören so die Lebenswelt des Bewusstseins selbst» (ebda, S. 17 f.). Ein normaler Bewusstseinszustand, wie er bei Tart beschrieben wird, beinhaltet nicht nur die bewussten, sondern auch die unterbewussten, bei Wilber sogar auch die überbewussten Anteile des Selbsterlebens.

Dadurch, dass verschiedene Autor*innen / Theorien / Schulen das menschliche Bewusstsein so unterschiedlich und teilweise sehr breit gefasst interpretieren bzw. erklären, ist abschliessend festzuhalten, dass es heute immer noch kein einheitliches Verständnis und keine zufriedenstellende Definition gibt, was der Begriff «Bewusstsein» genau bedeutet und beinhaltet.

Somit ist auch die Definition eines veränderten Bewusstseinszustands problematisch, da diese die Definition eines normalen Bewusstseinszustandes voraussetzt (Schmidt & Majić, 2018, S. 154). Eine mögliche Definition wäre: Alle Zustände, die aussergewöhnlich stark von den durchschnittlichen Erfahrungswerten eines alltäglichen Bewusstseins abweichen, können als veränderte Bewusstseinszustände betrachtet werden (ebda, S. 154). In ihrem Buch «Plants Of The Gods» beschreiben der US-amerikanische Biologe und «Ethnobotaniker» Richard Evans Schultes (1915–2001) und der Schweizer Chemiker und LSD-Entdecker Albert Hofmann (1906–2008) einen durch Halluzinogen ausgelösten veränderten Bewusstseinszustand wie folgt: «Without loss of consciousness, the subject

enters a dream world which often appears more real than the normal world. Colors are frequently experienced in indescribable brilliance; objects may lose their symbolic character, standing detached and assuming increased significance since they seem to possess their own existence. The psychic changes [...] are so far removed from similarity with ordinary life [...], a person [...] operates under other standards, in strange dimensions and in a different time» (Schultes & Hofmann, 1992, S. 13 f.).

Generell werden vier Arten von verändertem Bewusstsein definiert: sensorische Bewusstseinsveränderung (scheinbare oder reale Verstärkung von Sinneswahrnehmungen), motorische Bewusstseinsveränderungen (Flugerfahrungen, körperliche Höchstleistungen, Traumyoga, Hypnagoges Erleben), gezielte Bewusstseinsveränderungen (Kontemplation und Meditation) sowie paranormale Bewusstseinsveränderungen (z.B. Wahrnehmung zukünftiger oder entfernter Ereignisse; Wikipedia «Veränderter Bewusstseinszustand», o.J.).

Der deutsche Psychologe Adolf Dittrich (1941–2013) und seine Mitarbeiter*innen haben durch die Befragung von Proband*innen, bei denen veränderte Bewusstseinszustände durch Meditation oder Psychopharmaka erzeugt worden waren, drei wichtige Erlebnisdimensionen der veränderten Bewusstseinszustände erfasst: ozeanische Selbstentgrenzung, angstvolle Ich-Auflösung und visionäre Umstrukturierung (Dittrich et al., 1985, in Vaitl, 2012, S. 12).

Forschungsverbände wie der «Altered States of Consciousness» haben aufgrund des Verhaltens einer Person die veränderten Bewusstseinszustände nach vier Funktionsbereichen charakterisiert: Aktivierung (Erregung oder Entspannung), Aufmerksamkeitsspanne (enge oder allumfassende Fokussierung), Selbstbewusstheit (Wahrnehmung von uneingeschränkter Einzigartigkeit, Erleben der Auflösung der eigenen Existenz) und sensorische Veränderungen (wie Halluzinationen, Synästhesien, Träume; Vaitl, 2012, S. 12 f.). Und schliesslich können sich nach dem US-amerikanischen Psychiater Arnold M. Ludwig veränderte Bewusstseinszustände durch Phänomene wie Veränderungen im Denken, Störungen im Zeitsinn, ein Gefühl des Kontrollverlustes, eine Erleichterung des emotionalen Ausdrucks, Wahrnehmungsstörungen, ein gesteigertes Gefühl von Sinn und Bedeutung, ein Gefühl des Unbeschreiblichen und schliesslich als Gefühle der Wiedergeburt und Erneuerung zeigen (Ludwig, 2001, in Subkowski, 2018, S. 464 f.).

Ein veränderter Bewusstseinszustand kann sich sehr unterschiedlich manifestieren, und meistens «wissen» konsumierende Menschen sehr genau, welche Substanzen wie wirken. Sie wählen unterschiedliche Stoffe aus, um den optimalsten, angenehmsten und

zufriedenstellendsten Effekt zu erreichen. Es fällt auf, dass dieser Effekt teilweise mit den vom deutschen Psychologen Klaus Grawe (1943–2005) beschriebenen Grundbedürfnissen jedes Menschen nach Bindung, Kontrolle und Autonomie, Lustgewinn und Unlustvermeidung sowie Selbstwerterhöhung übereinstimmt (Grawe, 2004, in Schnell, 2020, S. 137). Der Substanzenkonsum erfüllt dann die Funktion, diese Bedürfnisse mindestens für eine kurze Zeit zu befriedigen.

Auch der Rausch gehört zu den veränderten Bewusstseinszuständen. Er stellt ebenfalls «eine «Bewusstseinsweiterung» dar, die oft lustvoll, manchmal aber auch bedrohlich erlebt wird. In sakraler Hinsicht galt der Rausch als eine Art «Vehikel» des Übergangs in eine heilige Welt, d.h. in die zeitlos-göttliche Ordnung» (Soyka & Kufner, 2008, S. 2). In der Psychiatrie der Abhängigkeitserkrankungen wird Rausch als «vorübergehendes Zustandsbild nach Aufnahme von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen mit Störungen des Bewusstseins, der kognitiven Funktionen, der Wahrnehmung, des Affektes, des Verhaltens oder anderer psychophysiologischer Funktionen und Reaktionen» definiert (Dilling et al., 2015, S. 111).

«In traditionellen Gesellschaften sind die Gelegenheiten des Konsums psychoaktiver Substanzen und damit die Herbeiführung des Rausches ritualisiert, das heisst, es bestehen Regeln, wer zu welcher Zeit und zu welchem Zweck psychoaktive Substanzen einnehmen darf. Hierzu zählen bestimmte Feste der Gemeinschaft im Jahreskreis, Riten bei der Initiation Jugendlicher in die Welt der Erwachsenen oder die Reise des Schamanen zu den Vorfahren» (Scherbaum, 2019, S. 16). In den modernen westlichen Gesellschaften hingegen ist diese Ritualisierung weitgehend verloren gegangen. Auch beschränkt sich die Palette der zur Verfügung stehenden psychotropen Substanzen nicht nur auf legale Suchtmittel wie Nikotin, Alkohol und Koffein, sondern umfasst zahlreiche weitere, z.T. auch neue psychoaktive Substanzen (ebda).

Veränderte Bewusstseinszustände sind auch durch die Wirkung von Musik hervorrufbar. Dieser Umstand wird in der Musiktherapie oftmals zu therapeutischen Zwecken benutzt. Psychoaktive Substanzen besitzen aber nicht nur die Fähigkeit, positive Effekte, welche in den vorherigen Abschnitten der Arbeit, geschildert worden sind, zu erzeugen. Es besteht grundsätzlich bei regelmässigem Gebrauch dieser Substanzen leider auch ein starkes Abhängigkeitspotential, da sie die Eigenschaft besitzen, bei einem Menschen ein abhängiges Verhalten zu erzeugen. «Das Ausmaß der abhängig machenden Wirkung einer Droge ist aber eng verknüpft mit den Eigenschaften des Konsumenten. Nur wenn der Konsument empfänglich ist für die Wirkung einer Droge, kann sich auch abhängiges

Verhalten entwickeln. Fühlt sich ein Konsument beispielsweise durch die Wirkung von Kokain so, wie er schon immer sein wollte – stark und selbstbewusst – und hat er eine Bezugsquelle für die Droge, so ist die Gefahr weiteren Konsums besonders hoch» (Drugcom «Abhängigkeitspotential», o. J.).

Somit haben psychoaktive Substanzen, Rausch und veränderte Bewusstseinszustände, durch sie ausgelöste positive Erlebnisse, das Abhängigkeitspotential dieser Substanzen und die Eigenschaften des konsumierenden Menschen eine zentrale Bedeutung in der Entstehung einer Sucht.

2.1.3 Sucht als Phänomen

Der Begriff «Sucht» ist verschwommen und schwer definierbar. Etymologisch leitet sich das Wort «Sucht» vom altdeutschen Wort *siech* ab, was «krank» bedeutet. Das Wort «krank» beinhaltet also entsprechend die Doppelbedeutung Krankheit (z.B. in Gelbsucht) und Laster (z.B. in Habsucht, Eifersucht; Soyka & Kufner, 2008, S. 7).

«Aus psychiatrischer Sicht versteht man unter Sucht ein bestimmtes Verhaltens- und Erlebnismuster, das mit einem «unabweisbaren Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebens- und Bewusstseinszustand» umschrieben werden kann» (Gross, 1992, in Soyka & Kufner, 2008, S. 8). Dieses Muster stellt eine potenziell in jedem von uns Menschen bestehende Disposition dar (Soyka & Kufner, 2008, S. 8).

Das «Suchtpotential» des Menschen ist nicht nur auf den Umgang mit bestimmten Stoffen beschränkt, sondern kann sich auch in jeder anderen Tätigkeit zeigen, wie z.B. in der Arbeit (Arbeitssucht), im Umgang mit dem Essen (Esssucht) usw. Somit kann «jede Form menschlichen Verhaltens süchtig entarten» (Gebattel, 1958, in Soyka & Kufner, 2008, S. 8). Aufgrund dessen, dass der Begriff «Sucht» eine so grosse Verbreitung gewonnen hat und viele verschiedene Formen des menschlichen Fehlverhaltens damit beschrieben werden, wurde von der WHO 1964 empfohlen, im Zusammenhang mit der Einnahme von chemischen Substanzen (Drogen) auf das Wort «Sucht» zu verzichten und es durch den Begriff «Abhängigkeit» zu ersetzen. In den heutigen ICD- und DSM-Systemen wird daher das Wort «Sucht» umgangen und durchgängig der Begriff «Abhängigkeit» verwendet (Soyka & Kufner, 2008, S. 8). Da aber in verschiedenen anderen Bereichen auch das Wort «Sucht» gebraucht wird, werden in dieser Arbeit beide Begriffe als gleichbedeutend benutzt.

Generell wird heutzutage zwischen stoffgebundener und nicht stoffgebundener Sucht unterschieden. Zu der Ersten gehört die Abhängigkeit durch Einnahme von psychoaktiven

Substanzen, zu der Zweiten zählen Verhaltensstörungen, wie z.B. suchtartiges Kaufen, Sexsucht, Glücksspiel und Computerspiel. Im Weiteren wird es in dieser Arbeit nur um die stoffgebundene Abhängigkeit gehen.

2.1.4 Stoffgebundene Sucht als psychische Störung

Nach ICD-10 kann stoffgebundene Sucht durch psychoaktive Substanzen wie Alkohol (F10), Opioide (F11), Cannabinoide (F12), Sedativa und Hypnotika (F13), Kokain (F14), andere Stimulanzien inkl. Koffein (F15), Halluzinogene (F16), Tabak (F17), flüchtige Lösungsmittel (F18) sowie auch durch Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19) ausgelöst werden (Soyka, 2019, S. 5).

Die Symptomatik der stoffgebundenen Abhängigkeit zeigt sich bei allen oben aufgezählten psychoaktiven Substanzen ähnlich: Sie umfasst Erscheinungsbilder, die sich auf der Ebene der physiologischen, der kognitiven Ebene wie auch der Verhaltensebene zeigen und präsentieren (Soyka & Kufner, 2008, S. 6). «Konzeptuell geht man heute [...] davon aus, dass es sich bei Abhängigkeit um ein Cluster von biologischen, sozialen und psychologischen Variablen handelt. Die definierten Symptome charakterisieren also ein relativ heterogenes Störungsbild, für das keines der Symptome allein zwingend notwendig ist. Viele Autoren gehen heute allerdings davon aus, dass Kontrollverlust (bzw. Kontrollverminderung und Suchtverlangen) und der Drang zu konsumieren («Craving») relativ zentrale psychologische Dimensionen bei Suchtentwicklungen sind» (Soyka, 2019, S. 4).

Wie oben bereits erwähnt, sind die Gründe, warum und wozu Menschen psychoaktive Substanzen konsumieren, vielfältig. Im diagnostischen System ICD-10 wird die stoffgebundene Sucht, unabhängig von den Konsumgründen, als psychische Störung und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanz klassiert, und eine Abhängigkeit liegt vor, wenn im Zeitraum von 12 Monaten drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt sind (Dilling et al., 2015, S. 107 ff.; Soyka, 2019, S. 6):

- Es besteht ein starker Wunsch bzw. Zwang, die psychotrope Substanz zu konsumieren
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit im Umgang mit der Substanz
- Beim Absetzen der Substanz liegt ein körperliches Entzugssyndrom vor
- Nachweis einer Toleranzentwicklung
- Fortschreitende Vernachlässigung sozialer und beruflicher Aktivitäten

- Anhaltender Substanzenkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Alle Erscheinungsformen der Sucht, mit Gültigkeit für alle stoffgebundenen Abhängigkeiten, sind im internationalen Klassifikationssystem psychischer Störungen ICD-10 in zehn verschiedene Kategorien unterteilt (Dilling et al., 2015, S. 108 f.). Sie können hier weiter nicht beschrieben werden, da dies den Rahmen der Arbeit bei Weitem sprengen würde.

Wie bereits ausgeführt, manifestiert sich eine Abhängigkeit auf der physiologischen, der kognitiven Ebene und der Verhaltensebene eines Menschen. Als wichtigste Suchtvariablen werden Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, Entzugssyndrom und das sog. «Craving» bezeichnet (ebda, S. 115).

Im Folgenden sollen diese kurz vorgestellt werden:

Kontrollverlust:

Als Kontrollverlust charakterisiert man eine «verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums» (Dilling et al., 2015, S. 115).

Toleranzentwicklung:

Die Abnahme der Suchtmittelwirkung nach wiederholter Gabe der Substanz bezeichnet man als Toleranzentwicklung (Batra et al., 2019, S. 249). Um die ursprünglich durch kleinere Dosen erreichte Wirkung zu erreichen, sind zunehmend höhere Dosen des Suchtmittels erforderlich (Dilling et al., 2015, S. 115).

Entzugssyndrom:

Als Entzugssyndrom gilt ein Komplex unterschiedlicher Symptome, die bei absolutem oder relativem Entzug einer Substanz, die meistens eine längere Zeit und in hoher Dosierung konsumiert worden ist, auftreten (Dilling et al., 2015, S. 117). Beginn und Verlauf des Entzugssyndroms sind zeitlich begrenzt und hängen einerseits von der Art der Substanz und andererseits von der Dosis ab, die vor dem Entzug konsumiert worden ist. Das Syndrom kann sich durch körperliche Anzeichen, die je nach verwendeter Substanz unterschiedlich sind, aber auch durch psychische Symptome manifestieren, wie Depression, Angst, Schlafstörungen, Nervosität usw. (ebda). Die Symptome des Entzugssyndroms sind oft gegenteilig zur akuten Wirkung des Suchtmittels (Batra et al., 2019, S. 249).

Craving:

Craving oder «Suchtdruck» gehört zu den zentralen Elementen der Abhängigkeit und ist ein Prädiktor für das Bestehen eines Suchtverhaltens (Grüsser et al., 2007, in Schnell, 2020, S. 31). Als Craving bezeichnet man ein intensives Verlangen der suchtkranken Personen nach ihrem Suchtmittel (Schnell, 2020, S. 31). Craving initiiert zielgerichtetes Appetenzverhalten, im Kontext von Drogen so genanntes «drug search» – ein Verhalten, das auf der neurobiologischen Ebene über die Region des Corpus Striatum vermittelt wird (ebda).

2.2 Erklärungsmodelle der Sucht

2.2.1 Das biopsychosoziale Modell der Suchterkrankung

Das biopsychosoziale Modell der Suchterkrankung besagt, dass in der Entstehung jeder Abhängigkeit drei Faktorengruppen bedeutend sind:

- Die neurobiologische und körperliche Ebene mit Toleranzentwicklung, Sensitivierungsprozessen und Entzugserscheinungen, welche weiter oben schon erwähnt worden sind und durch die Verfügbarkeit und Wirkung der Droge entstehen.
- Die zweite Gruppe beinhaltet alle Variablen, die der konsumierenden Person, insbesondere ihrer psychischen Ausstattung zuzuordnen sind. Dazu gehört die ganze intrapsychische Ebene eines Menschen, die durch (a) seine/ihre genetische Prädisposition, (b) seine/ihre lebensgeschichtlichen Umstände, aber auch durch (c) das soziale Umfeld bzw. die gesamte soziale Situation seines/ihres Lebens beeinflusst und geformt werden kann.
- Als dritte Gruppe können mit dem sozialen Umfeld eines/einer Konsumierenden in Verbindung gebrachte Variablen bezeichnet werden. Dazu gehören sowohl familiäre Bedingungen als auch Arbeits- und Wohnsituation bzw. die gesamten sozialen Belastungen des Individuums.

Dieses Model lässt sich gut in einem Dreieckschema grafisch darstellen (siehe Abbildung 1; Soyka & Küfner, 2008, S. 20):

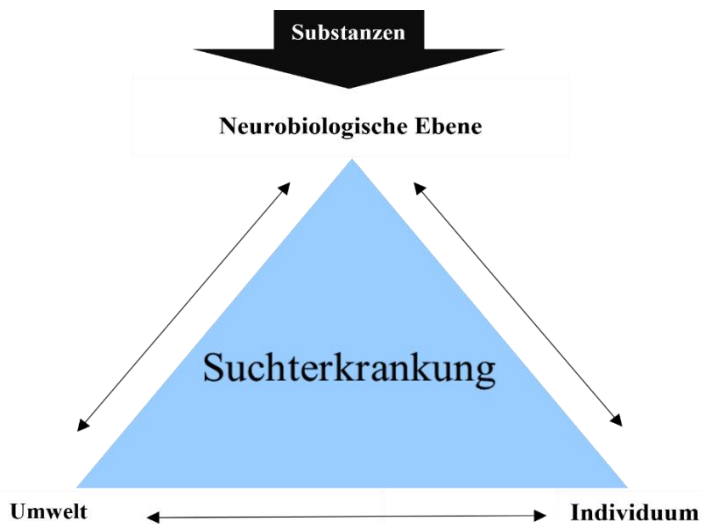


Abbildung 1: Grafische Darstellung des biopsychosozialen Modells der Sucht (Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an Soyka & Küfner, 2008)

Der deutsche Psychologe Jens Ullrich sagt, dass das Bedingungsgefüge dieser biopsychosozialen Faktoren dadurch verkompliziert wird, «dass die einzelnen Aspekte zu unterschiedlichen Zeitpunkten präsent oder abwesend sein können» (Ullrich, 2018, S. 214). «Interindividuelle Unterschiede mögen zusätzlich dazu führen, dass das Gewicht der einzelnen

ursächlichen und aufrechterhaltenden Faktoren von Person zu Person variiert. Sucht bleibt demnach immer ein komplexes Zusammenspiel vieler Einflüsse, welche im Rahmen einer integrativen oder auch ganzheitlichen Suchtherapie individuell berücksichtigt werden sollten» (ebda).

Am Anfang des Konsums spielt die Substanzvariable eine eher untergeordnete Rolle. Die Gründe, warum Menschen psychoaktive Substanzen das erste Mal ausprobieren, liegen meistens im Persönlichkeitsstil einer Person wie z.B. in ihrer Impulsivität, Risikobereitschaft, Sensationslust usw. Das soziale Umfeld mit Freund*innen, Schule, Arbeit und Partner*innenschaft erhöht oft ebenfalls die Wahrscheinlichkeit des ersten Substanzkonsums (Daumann & Gouzoulis-Mayfrank, 2015, S. 100 f.). Später, bei Entwicklung der weiteren Konsumphasen – in Form von experimentellem, regelmässigem und/oder problematischem Substanzkonsum –, beginnt die Variable Substanz immer mehr an Bedeutung zu gewinnen. Es finden Konditionierungsmechanismen statt, die im nächsten Kapitel der Arbeit genauer beschrieben werden, wodurch immer mehr Orte, Erlebnisse, Situationen und Personen mit dem Konsum verknüpft werden (ebda, S. 102 f.).

2.2.2 Neurobiologischer Erklärungsansatz

In den letzten Jahrzehnten ist es dank der modernen bildgebenden Verfahren gelungen, die oben schon erwähnte neurobiologische Natur der Sucht mindestens teilweise zu verstehen. Es gilt heute als wissenschaftlich gesichert, dass «die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen das Ergebnis der durch die psychotrope Wirkung ausgelösten

Adaptationsprozesse des Gehirns ist» (Société Axess, 2009, S. 11). Wie bereits angesprochen, hat Sucht nichts mit Willensschwäche zu tun, sondern ist mit einer Veränderung der Lernmechanismen im Gehirn verbunden (ebda). Die Hauptrolle bei diesen Veränderungen spielt das Belohnungssystem: Jede psychoaktive Substanz stimuliert dieses System und verursacht die Ausschüttung bestimmter Botenstoffe. Der wichtigste Botenstoff des Belohnungssystem ist Dopamin; aber auch Serotonin sowie diverse andere Neuromodulatoren übernehmen verschiedene Funktionen in der Entstehung von Sucht (Schnell, 2020, S. 30). Insgesamt ist dieses System ziemlich komplex. Neuronen projizieren zum Striatum, zum limbischen System mit dem Ziel Nucleus accumbens, zur Amygdala bis zum Hippocampus. In den letzten Jahrzehnten verbreitete sich die Überzeugung, dass jede Sucht durch das Belohnungssystem vermittelt würde; dies höchstwahrscheinlich aus dem Bedürfnis, eine einfache Erklärung für Sucht zu finden (ebda). Heute weiss man, dass die Beteiligung des Belohnungssystems bei Alkohol und Stimulanzien am eindeutigsten ist (ebda, S. 31). «Bei Opiaten scheinen dagegen andere Netzwerkstrukturen im Gehirn relevant zu sein» (Nutt et al., 2015, in Schnell, 2020, S. 31). Es scheint auch, dass das endocannabinoide System für gewisse Suchtentwicklung relevant ist (Manzanares et al., 2018, in Schnell, 2020, S. 31). Dies zeigt, dass die Sucht und ihre Gehirnrepräsentationen nicht durch ein einziges Netzwerk erklärt werden können, was auch in der Behandlung der Sucht berücksichtigt werden sollte (Schnell, 2020, S. 31).

Für die Entstehung von Sucht sind auch Konditionierungsprozesse sehr bedeutend (Dauermann & Gouzoulis-Mayfrank, 2015, S. 60). Das wichtigste Phänomen in der klassischen Konditionierung der Sucht ist die Tatsache, «dass immer mehr Dinge, Orte, Beschäftigungen oder auch Gemütszustände mit dem Substanzkonsum verknüpft werden» (ebda, S. 60 f.). Diese davor noch neutralen Reize werden zu konditionierten Reizen und lösen insofern bestimmte Erlebensphänomene aus, wie z.B. Konsumverlangen (ebda, S. 61). Mit der Zeit kommt es zu einer immer stärkeren Kopplung zwischen einer bestimmten Situation, einem bestimmten Gefühl oder einer bestimmten Beschäftigung und dem Bedürfnis, die Substanz zu konsumieren (ebda). Die operanten Konditionierungserfahrungen beschleunigen diesen Prozess initial in Form einer gewünschten Substanzwirkung wie z.B. «sich sicher fühlen», später durch Wegfall eines unangenehmen Zustands wie z.B. «keine innere Unruhe mehr haben» (ebda).

Wie oben schon erwähnt, ist der wichtigste Botenstoff des Belohnungssystems Dopamin. Diese Substanz «moduliert massgeblich das Belohnungslernen, nicht nur bei Drogen, sondern auch bei allen anderen Erfahrungen, die wir als angenehm (verstärkend)

wahrnehmen» (ebda). Früher hat man angenommen, dass Dopamin selbst die Belohnung vermittelt. Heute wissen wir, dass es die Belohnungserwartung kodiert. Das Dopaminsystem wird hauptsächlich dann aktiv, wenn die Belohnungen unerwartet oder stärker als erwartet stattfinden (ebda). «In seiner sensiblen Ausbalancierung sorgt dieses System dafür, dass wir unser Verhalten entsprechend unseren Lernerfahrungen und Rückmeldungen bei Bedarf anpassen und neu ausrichten können. Zentrale Lernmechanismen sind oben benannte Konditionierungsprozesse» (ebda).

Jegliche Lernprozesse führen im Gehirn zu neuen neuronalen Verbindungen. Die Nervenzellen, die gleichzeitig erregt werden, bilden mit der Zeit ein festes funktional-anatomisches Korrelat. Bei wiederholter Lernerfahrung werden diese Verbindungen viel schneller aktiviert, so dass mit der Zeit bei Aktivierung nur eines dieser Elemente auch andere Elemente erregt werden. Es entsteht so eine feste automatisierte Hirnrepräsentation, die sich durch ein festes Verhalten, Erleben und Gedächtnis eines Menschen zeigt, das rasch abgerufen werden kann. Eine solche Lernerfahrung findet auch bei Suchtstoffen statt: Mit der Zeit kommt es zu einer immer stärkeren Ausrichtung von Aufmerksamkeit und Motivation, «wanting» für ein Suchtmittel. Es entwickelt sich ein sog. «Suchtgedächtnis» (ebda, S. 62).

Das menschliche Nervensystem folgt dem Prinzip des Gleichgewichts, auch mit Homöostase bezeichnet. Bei Zufuhr einer psychoaktiven Substanz wird diese gestört. Um sie wiederherzustellen, unternimmt das Nervensystem bestimmte neuroadaptive Prozesse. Dies tut es, indem es bestimmte Rezeptoren «an Empfindlichkeit verlieren» lässt oder deren Zahl reduziert wird (ebda, S. 62 f.). Solche Adaptationsprozesse bilden eine neurobiologische Grundlage für die Erklärung der Toleranzentwicklung und der nötigen Dosissteigerung einer psychoaktiven Substanz, um die gleiche Wirkung zu erreichen (ebda, S. 63).

Seit einigen Jahren widmet man sich vermehrt der Erforschung der Rolle des präfrontalen Kortex für die Entwicklung der Sucht: «Der präfrontale Kortex, der im Zentrum der an der Entscheidungsfindung beteiligten zerebralen Mechanismen steht, ist bei suchtkranken Menschen beeinträchtigt» (siehe Abbildung 2; Société Axess, 2009, S. 23). Die bildgebenden Verfahren der letzten Jahre haben gezeigt, dass sich der Metabolismus des präfrontalen Kortex bei Hinweisreizen, die gewöhnlich sind, reduziert. Bei Hinweisreizen, die mit Substanzkonsum verbunden sind, aktiviert er sich hingegen. Damit kann möglicherweise erklärt werden, warum es so schwierig ist, die Annäherung an die Substanz zu unterbinden und sie durch natürliche Belohnungen zu ersetzen (ebda).

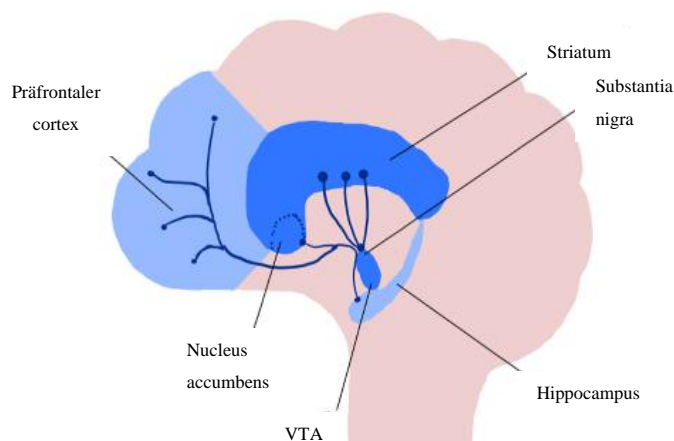


Abbildung 2: Das Gehirn
(Quelle: eigene Darstellung)

Auch Musik stimuliert das körpereigene Belohnungssystem. Vom deutschen Neurowissenschaftler und Psychiater Manfred Spitzer wird dies wie folgt zusammengefasst: «Musik bewirkt prinzipiell das Gleiche wie andere biologisch ausserordentlich wichtige Reize wie beispielsweise Nahrung oder soziale Signale. Sie stimuliert das körpereigene Belohnungssystem,

das auch durch Sex oder Rauschdrogen stimuliert wird, und das mit der Ausschüttung von Dopamin [...] und von endogenen Opioiden [...] einhergeht» (Spitzer, 2014, in Stegemann, 2018, S. 141). Welche Rolle dies in der musiktherapeutischen Arbeit haben könnte, wird im späteren Teil dieser Arbeit thematisiert.

2.2.3 Sucht und komorbide Erkrankungen

Die Sucht wird u.a. auch in Verbindung zur Komorbidität gebracht. Mit Komorbidität bezeichnet man das Auftreten von mehr als einer diagnostizierbaren Störung bei einer Person in einem definierten Zeitintervall (Wittchen, 1996, in Moggi & Donati, 2004, S. 3). Der Begriff der Doppeldiagnose, auf Englisch «dual disorder», wird als Spezialfall von Komorbidität angesehen und beschreibt das gleichzeitige Auftreten einer Substanzstörung, eines Missbrauchs oder einer Abhängigkeit, und einer psychischen Störung (Moggi & Donati, 2004, S. 3). Dualdiagnosen sind in der Arbeit mit Suchtpatient*innen insoweit wichtig, als die Entstehung der Suchtmittelabhängigkeit sehr oft mit anderen komorbiden Erkrankungen verbunden ist. Auch die ECA-Studie in den USA (eine der differenziertesten Studien zu Doppeldiagnosen der 80er Jahre) zeigte, dass das Risiko, eine Substanzstörung zu entwickeln, für Personen, die an einer psychischen Störung leiden, 2,7-mal grösser ist als für Personen, die keine psychische Erkrankung aufweisen (ebda, S. 9). Warum und wie Suchterkrankung und komorbide Störungen miteinander verbunden sind und wie sie einander beeinflussen, erklären Störungsmodelle wie die Selbstmedikationstheorie, das Exazerbations- oder das Suchtfolgenmodell und Misch-

modelle (ebda, S. 60 f.). Aufgrund des begrenzten Rahmens der vorliegenden Arbeit kann auf diese Störungsmodelle bedauerlicherweise nicht weiter eingegangen werden.

Die Abhängigkeitskrankheiten werden auch aus der psychologischen Perspektive betrachtet. Verschiedene Psychotherapieschulen erklären die Entstehung der Sucht jedoch ganz unterschiedlich. Die Musiktherapie als ebenfalls psychotherapeutisch orientiertes Behandlungsverfahren ist eng mit verschiedenen Psychotherapieschulen verbunden. Einerseits, weil die Musiktherapie nicht selten für ihre therapeutische Vorgehensweise auch die Menschenbilder und Erklärungsansätze anderer psychotherapeutischer Schulen verwendet, andererseits, weil die Musiktherapie mit dem kreativen und sehr vielseitig einsetzbaren Medium Musik arbeitet. Musik als künstlerisches Medium ist ein starker psychotherapeutischer Agens. Sie kann verschiedene, dem therapeutischen Prozess nützliche psychische Phänomene in einem Menschen auslösen, die Entwicklung solcher Phänomene beschleunigen und den therapeutischen Prozess (mit-)gestalten. Diese Eigenschaften der Musik können in verschiedenen psychotherapeutischen Prozessen genutzt werden und unterstützen den therapeutischen Prozess.

Im folgenden Teil der Arbeit wird kurz eine integrative Behandlung der Sucht am Beispiel einer Station für Abhängigkeitskrankheiten umrissen und werden die Konzepte verschiedener psychotherapeutischer Strömungen vorgestellt, um das Thema «stoffgebundene Sucht» abzurunden. Möglicherweise sind dort Hinweise, Impulse und Vorgehensweisen zur Suchtbehandlung zu finden, die mit dem Thema «Kreativität» verbunden sind, welche auch für die Entwicklung des eigenen musiktherapeutischen Arbeitsentwurfes wichtig und sinnvoll wären.

Zuerst soll aber nochmals kurz das bis jetzt vorgestellte Bild der stoffgebundenen Sucht zusammengefasst werden.

2.3 Zusammenfassende Gedanken über die Sucht

Aus dem bereits Geschriebenen lässt sich darlegen, dass der Konsum von psychoaktiven Substanzen ein kulturelles und tief in uns Menschen verankertes Phänomen ist: Der Mensch hat psychoaktive Substanzen immer schon für verschiedene Zwecke und Lebensbereiche gebraucht.

Andererseits kann man auch heute nicht eindeutig definieren, was genau das Erleben eines Rausches oder eines anderen veränderten Bewusstseinszustandes in einem Menschen auslöst und warum sich manche Menschen nach solchem Erleben mehr sehnen als andere. Ist hier das Ausleben von Lust und Vergnügen bedeutend oder sind es die hedonistischen Bedürfnisse, die einen animieren, sich berauschen zu lassen? Ist es eine Risikobereitschaft, die ausgelebt werden möchte? Oder vielleicht der verzweifelte Versuch, sich durch den Rausch seelisch in den Griff zu bekommen oder seine Lebensziele zu erreichen? Welche Gründe auch immer die Menschen dazu bewegen, psychoaktive Substanzen zu konsumieren, die dabei erfahrenen positiven Erlebnisse sind der wichtigste Umstand, der den Konsum dieser Substanzen auszeichnet, ihn unterstützt und die Entstehung einer Sucht begünstigt. In früheren Kulturen war der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen durch die Gesellschaft strenger reglementiert; oft war die Verwendung dieser Stoffe eng mit verschiedenen gesellschaftlichen Ritualen verbunden. Heute hingegen existiert beinahe keine «innere Reglementierung» mehr.

Bei Entstehung von Sucht entwickelt sich ein Bedingungsgefüge, ein Konditionierungssystem, das die neurobiologische Ebene mit dem Belohnungssystem und der Ausschüttung von Dopamin, aber auch die psychosoziale Ebene umfasst, indem immer mehr Orte, Erlebnisse, Situationen und Personen mit dem Substanzkonsum verknüpft werden (Dauermann & Gouzoulis-Mayfrank, 2015, S. 60). Dieses System verfestigt sich allmählich und es entwickelt sich eine Krankheit des Fixierens, der Starrheit und der Blockierung (Hegi-Portmann et al., 2007, S. 49). Eine rigide Form, die sich darin zeigt, dass das tägliche Leben beinahe ausschliesslich aus Beschaffung und Konsum der psychoaktiven Substanz, später zusätzlich auch aus Bekämpfung der Entzugssymptome besteht. Tagtäglich zeigt sich beinahe der «gleiche Rhythmus» oder auch die «gleiche Konsumdynamik». Das Craving oder auch die Entzugssymptome zwingen einen wieder und wieder, die Substanz einzunehmen. Es baut sich die Wiederholung des Gleichen im Erleben, im Verhalten, in Wahrnehmung und Handlung auf. Während sich das Suchtsystem verfestigt, verschwinden mit der Zeit andere wichtige Strukturen des täglichen Lebens teilweise oder auch gänzlich. Probleme im Berufsleben oder sogar der Verlust der Arbeitsstelle, Einbussen von sozialen Kontakten bis hin zur vollständigen sozialen Isolation, Beziehungsproblematik in der Partner*innenschaft und finanzielle Probleme zeichnen die negative Seite des Konsums aus. Die dabei entstehenden Scham- und Schuldgefühle, ein Gefühl der Wertlosigkeit, das nur schwer auszuhalten ist, prägen das Bild der Sucht weiter. Um diese

schwierigen Gefühle auszuhalten oder sie zu verdrängen, konsumiert man weiter: ein Teufelskreis, wodurch die Sucht aufrechterhalten bleibt und sich konsolidiert.

Somit machen die vielen verschiedenen Suchtentstehungsmechanismen und die sie beeinflussenden Faktoren die Sucht sehr komplex und vielschichtig.

Die Aufgaben und Ziele der Therapie liegen einerseits im Loslassen der bestehenden festen Formen der Sucht und andererseits im Finden von neuen Formen und Strukturen des Lebens, die die Abstinenz des Menschen von den psychoaktiven Substanzen unterstützen (Hegi-Portmann et al., 2007, S. 49). Es stellt sich die Frage, wie dies erreicht werden könnte.

2.4 Behandlungsansätze der Sucht

2.4.1 Konzept Integrative Behandlung

Das Zusammenspiel der psychotropen Wirkungen der Substanz mit Umweltbedingungen und der Person mit ihrer biologischen Ausstattung, ihrer Persönlichkeit und psychosozialen Entwicklung führt zur Entwicklung der Suchterkrankung (Batra et al., 2019, S. 258). Nach Claus Aichmüller und Michael Soyka sind die Suchtentstehungsmechanismen und Faktoren jeweils aufeinander bezogen, beeinflussen sich gegenseitig und münden auf der metatheoretischen Ebene, wie oben schon erwähnt, in ein biopsychosoziales Modell der Sucht. Dieses Modell erklärt nicht nur die Ätiopathogenese und Aufrechterhaltung der Sucht, sondern impliziert auch entsprechend multimodale therapeutische Interventionen, welche die verschiedenen Aspekte dieser komplexen Erkrankung zu beeinflussen versuchen (Aichmüller & Soyka, 2013, S. 22).

Eine Möglichkeit im Rahmen einer Behandlung, der Komplexität einer Suchterkrankung gerecht zu werden, bietet der integrative Behandlungsansatz. Dem deutschen Begriff «integrativ» liegt das lateinische Wort *integrare* zu Grunde, das übersetzt ins Deutsche «wiederherstellen» bedeutet. Auch «alles einbeziehend», «rund» und «umfassend» können als Synonyme von «integrativ» bezeichnet werden. Für das «Umfassende», «alles Einbeziehende» «Wiederherzustellende» bedarf es vieler Elemente, die zusammengeführt werden. In einem solchen Prozess versucht man, die Summe bestimmter Bestandteile so zusammenzustellen, dass ein «Ganzes» entsteht. Auch das Wort «integral» hat seine Wurzeln im spätlateinischen Begriff *integralis*, was «unversehrt», «nicht geteilt» bedeutet. «Integral» steht für «ein Ganzes ausmachend», «zu einem Ganzen zusammengeschlossen», «vollständig», und ist auch mit dem Wort «integrativ» etymologisch eng verwandt. Im Weiteren werden beide Begriffe synonym verwendet.

Das Verständnis eines integrativen / integralen Ansatzes in der Philosophie, in den Naturwissenschaften und in der Therapie basiert auf unterschiedlichen Betrachtungsweisen des Gleichen. Die naturwissenschaftliche Erklärung richtet sich nach in Natur und Gesellschaft beobachtbaren Phänomenen, die in der Systemtheorie und Synergetik ihre theoretische Definition und Erklärung gefunden haben.

Andererseits ist die integrative Denk- und Handlungsweise stark mit Dialogik, dem vom österreichisch-israelischen Religionsphilosophen und Autoren Martin Buber (1878–1965) entwickelten philosophischen Denksystem, verbunden. «Dialogisches Denken und Handeln erfordert und ermöglicht eine Wahrnehmung, welche vorurteilslos mit weitem Blick das aufnimmt, was ist» (Lutz Hochreutener, 2009, S. 21). Im dialogischen Verständnis des integrativen Ansatzes «können auch sich polar gegenüberstehende Entitäten in Beziehung zu einander treten und sich einem ordnenden Prinzip anvertrauen, ohne, dass die Gefahr besteht, in einem abgeschlossenen System das Ureigene, Spezielle zu verlieren» (ebda). Die verschiedenen Positionen im dialogischen Denksystem kommen sich manchmal näher, stehen manchmal ferner voneinander, behalten aber ihre Ursprünglichkeit, schliessen einander nicht aus, sind fähig, die gegenseitige Widersprüchlichkeit auszuhalten und wachsen beide daran. Der zentrale Aspekt in der Dialogik ist, die verschiedenen Positionen zu zulassen, sie wirken und sich widersprechen zu lassen. Einander auszuhalten, Widerspruch zu regulieren und dies füreinander fruchtbar zu machen, ist ein weiterer Schritt des dialogischen Weges (ebda). Dabei werden die Methoden verschiedenster Therapieschulen nicht «verwässert, sondern ihre Gestalt kann schärfer hervortreten» (Petersen, 2000, S. 83). Der integrale Weg bietet den Patient*innen Offenheit. Er ist nicht nur ein auf «Absicherung» und «Festlegung» bedachtes geschlossenes System. Das System ist offen (ebda, S. 88). Die verschiedenartigen Methoden im integrativen Konzept fügen sich nicht einfach additiv aneinander, sondern suchen sich bewusst einen «sinnvollen Ort im Konzert» der vorhandenen Therapien aus (ebda, S. 89 f.).

Die Suchterkrankung und die bei ihr häufig auftretenden komorbiden Störungen werden mit einem eklektischen bzw. integrativen Ansatz behandelt, was bedeutet, dass der Behandlungsansatz aus einer Mischung von verschiedenen Therapieelementen aus unterschiedlichen Psychotherapie-Richtungen besteht. Zusätzlich wird unter einer integrativen Behandlung verstanden, dass Interventionen zur Behandlung der Suchterkrankung und der psychiatrischen Störung zur selben Zeit, im selben Setting und durch dieselben Behandlungspersonen angeboten werden (Aichmüller & Soyka, 2016, S. 6). Das integrative Behandlungssetting beruht auf dem biopsychosozialen Modell, d.h. in der Behandlung

sind nicht nur medizinisch-psychologische Aspekte zu berücksichtigen, sondern auch soziale Aspekte wie berufliche oder schulische Rehabilitation (Integrative Psychiatrie – Psychiatrische Universitätsklinik Zürich PUK, o.J.).

Insgesamt hat der integrative Ansatz das Ziel, eine weiterführende klinische Remission sowie eine persönliche und berufliche Reintegration des/der Patient*in zu erreichen (ebda).

Auf die psychiatrische Behandlung bezogen kann man abschliessend sagen, dass «der integrative Behandlungsfokus alle Massnahmen umfasst, um Menschen mit einer psychischen Erkrankung über die Akutbehandlung hinaus in die Lage zu versetzen, eine Lebensform und Lebensstellung im Alltag, in der Gemeinschaft und im Beruf zu finden respektive wieder zu erlangen, die ihrer Würde entspricht» (ebda).

Als Illustration für ein solches konkretes integratives Behandlungskonzept wird an dieser Stelle die Spezialstation für Suchtkrankheiten mit komorbiden Erkrankungen der Privatklinik Meiringen vorgestellt.

2.4.2 Die integrative psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Sucht am Beispiel einer Fachstation

Generell besteht die Behandlung von Suchterkrankungen aus einer Therapiereihe, die sich in 4 Phasen unterteilen lässt: Entgiftungs- oder Entzugsphase, Entwöhnungsphase, Weiterbehandlungsphase und Nachsorgephase. Jede von diesen Phasen kann ambulante und stationäre Elemente beinhalten (Aichmüller & Soyka, 2013, S. 21).

In jeder der Phasen können zur Behandlung des/der Patient*in sowohl Psychopharmaka (dazu gehören Medikamente zur Linderung der Entzugssymptome, Aversions- und Anti-cravingmittel, Psychopharmaka bei komorbiden Störungen usw.) als auch verschiedene psychotherapeutische und soziotherapeutische Massnahmen eingesetzt bzw. angewendet werden (ebda, S. 22).

Die «Fachstation für Suchterkrankungen mit komorbiden Störungen West 1» der Privatklinik Meiringen wurde 2011 gegründet und behandelt jeweils 22 Patient*innen, die an stoffgebundener Abhängigkeit und an komorbiden Störungen, insbesondere Depressionen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und chronischen Schmerzen, leiden.

Das Behandlungskonzept ist ein «in sich geschlossenes Behandlungssystem», d.h. dass fast alle Therapien selbstständig und unabhängig von anderen Strukturen der Klinik auf der Station West 1 durchgeführt werden können.

	Setting		Therapieform		
	Einzel	Gruppe	verbale Therapien	non-verbale Therapien	Komplementärmedizin
Psychotherapie	x	x			
Star-Gruppe		x	x		
Depressionsgruppe		x	x		
Angstbewältigungsgruppe		x	x		
Ressourcengruppe		x	x		
Sozialkompetenz-Gruppe		x	x		
Körpertherapie		x		x	
Gestaltendes Atelier	x	x		x	
Musiktherapie	x	x		x	
Pflegerische Gespräche	x		x		
Thai Chi	x	x			x
Wickel Auflage	x	x			x
Aromapflege	x	x			x
Nada-Akkupunktur	x	x			x
Progressive Muskelentspannung nach Jakobsen	x	x	x		x
Peer-Beratung	x		x		
Milieutherapie		x	x	x	
Sozialdienstberatung	x		x		

Tabelle 1: Integratives Therapieangebot der Fachstation für Patienten mit stoffgebundener Abhängigkeit (Quelle: Eigene Darstellung)

Der theoretische konzeptuelle Hintergrund der Station basiert auf dem oben schon dargestellten biopsychosozialen Modell der Suchterkrankung (ebda, S. 22). In vielen Studien wurde die Notwendigkeit und auch die Effektivität eines interdisziplinären Behandlungsansatzes von Suchterkrankungen hervorgehoben (Soyka & Kufner, 2008, in Aichmüller & Soyka, 2013, S. 22). Nachfolgend soll der Inhalt des therapeutischen Konzeptes der Suchtbehandlung auf der Suchtstation West 1 kurz grafisch dargestellt werden (Tabelle 1).

Im Behandlungskonzept stehen sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapieangebote zur Verfügung, wobei die Gruppentherapien das Konzept dominieren. «Die Bindung an die Gruppe, das Erlernen sozialer Normen und Kompetenzen sowie die Arbeit im Mikrokosmos der Gruppe sind wichtige Elemente der Gruppenarbeit» (Aichmüller & Soyka, 2013,- S. 24). Zusätzlich weisen nach dem US-amerikanischen Psychoanalytiker, Psychotherapeuten, Psychiater und Schriftsteller Irvin D. Yalom Gruppentherapieangebote folgende positive therapeutische Faktoren auf, «wie zum Beispiel Hoffnung einflößen, Universalität (d.h. die entlastende Erkenntnis, dass andere ähnliche Probleme haben), Mitteilung von Informationen, die Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs, nachahmendes Verhalten, das interpersonelle Lernen, Altruismus d.h. das Selbstwert erhöhende Gefühl zu entwickeln, anderen Gruppenmitgliedern auch etwas bieten zu können» (Yalom, 2007, in Aichmüller & Soyka, 2013, S. 24; Yalom, 2016).

Weiter beinhaltet das Behandlungskonzept den Einsatz «von verbalen und non-verbalen, coping- und interaktionsorientierten obligatorischen und freiwilligen Therapieelementen». Das ermöglicht eine hohe Behandlungsdichte und bietet gleichzeitig Raum für einen individuellen Therapieansatz (Aichmüller & Soyka, 2016, S. 5)

Nach dem Eintritt des/der Patient*in wird mit ihm/ihr zusammen ein auf ihn/sie zugeschnittener Behandlungsplan erstellt, der die Teilnahme an obligatorischen und freiwilligen Therapien umfasst. Einerseits können die Patient*innen nebst einer spezifischen modular aufgebauten Substanzentzugs- und Entwöhnungstherapie wie die sog. «Star Gruppe» (Strukturiertes Trainingsprogramm zur Substanzenrückfallprävention basierend auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen, psychodynamischen und systemischen Sichtweisen des Rückfalls; Aichmüller & Soyka, 2013, S. 24), die Psychotherapiegruppe «Sucht», Ressourcen- und Stressgruppe sowie psychotherapeutische Einzelgespräche besuchen, die obligatorisch sind, aber auch ihrer Komorbidität entsprechende Gruppentherapien, wie z.B. die Angst-, Depressions- oder Sozialkompetenzgruppe. Andererseits stehen ihnen daneben auch verschiedene freiwillige Einzel- und Gruppentherapieangebote zur Verfügung, wie z.B. Nada-Ohrakupunktur, Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, Gestaltendes Atelier und – seit Kurzem eben auch – **Musiktherapie**. Das Programm wird zusätzlich durch komplementäre Behandlungsmethoden wie Aromapflege, Thai Chi, Akupunktur oder Wickel-Auflagen abgerundet (ebda, S. 23 ff.).

Die Körpertherapie, das Gestaltende Atelier und die Musiktherapie gehören zu den non-verbalen Angeboten der Station: «Da der verbale Zugang bei vielen Suchtpatienten häufig nicht einfach zu finden ist und deren sprachliche Ausdrucksfähigkeiten bzw. deren Introspektionsfähigkeit nicht selten begrenzt ist, werden non-verbale Therapien angeboten, damit die Patienten auf diesem Weg wieder einen besseren Kontakt zu sich selbst und anderen finden können», schreiben Aichmüller und Soyka, in ihrem Artikel «Stationäre Therapie Suchtkranker mit komorbiden Störungen» (ebda, S. 26).

Die musiktherapeutische Vorgehensweise wird nachfolgend in dieser Arbeit ausführlich dargestellt. An dieser Stelle soll indes hervorgehoben werden, dass ein solches Behandlungskonzept für die Entstehung des Musiktherapieangebotes und der musiktherapeutischen Vorgehensweise der Autorin sehr fördernd war, da das Behandlungsangebot der Station von Beginn an integrativ angelegt und daher methodenspezifisch offen war.

2.4.3 Suchtbehandlung aus der Perspektive verschiedener Psychotherapieschulen

Aichmüller und Soyka (2013a, S. 22) schreiben, dass «der Begriff Psychotherapie in Bezug auf Suchterkrankungen häufig unscharf und in einem sehr weitgefassten Sinne angewandt wird. Er reicht von klassischen psychotherapeutischen Methoden über die Sozialtherapie bis hin zu unspezifischen, psychosozialen und psychoedukativen Interventionen und reiner Wissensvermittlung.» Gerade in der stationären Behandlung werden oft verschiedene Ansätze integriert, wobei es sich meistens um eklektische Gruppentherapien handelt (ebda).

Generell kann man sagen, dass es keine spezifische Suchtpsychotherapie gibt (Gastpar, Mann & Rommelsbacher, 1999, in Aichmüller & Soyka, 2016, S. 3). «Es gibt eine Reihe suchtspezifischer Psychotherapieverfahren mit nachgewiesener Evidenz [...]» (Dürsteler et al., 2019, S. 77). Diese Verfahren werden in der Klinik und Praxis aber noch nicht ausreichend breit eingesetzt (ebda). Unter dem Aspekt der Evidenzbasierung haben sich die folgenden psychosozialen Therapieformen bewährt: «Motivational Interviewing, Stressmanagement-Therapie, Psychoedukation, Kognitive Verhaltenstherapie, Interaktionale und psychodynamische Therapie sofern in strukturierter Form und als Teil eines Komplexprogrammes angeboten, Soziales Kompetenztraining, Casemanagement, Paartherapie» (Aichmüller & Soyka, 2013, S. 22). «Es gilt nun die evidenzbasierten suchtspezifischen Psychotherapieverfahren noch besser als bisher in die Praxis und die Therapieausbildung zu integrieren» (Dürsteler et al., 2019, S. 77). Sie alle vorzustellen, würde den Rahmen dieser Arbeit bei Weitem sprengen, deswegen wird in den nächsten Abschnitten der Arbeit nur kurz auf einige dieser Therapieformen eingegangen. Für eine vertiefte Auseinandersetzung mit der psychotherapeutischen Behandlung von stoffgebundener Sucht wird auf die einschlägigen Publikationen verwiesen: «Psychotherapie der Sucht: Methoden, Komorbidität und klinische Praxis» von Monika Vogelgesang und Petra Schuler, «Alkoholismusspezifische Psychotherapie: Manual mit Behandlungsmodulen» von Rigo Brueck und Karl F. Mann, «Achtsamkeit in der Suchttherapie» von Götz Mundle, «Liebe, Hoffnung, Psychotherapie» von Irwin D. Yalom und «Psychotherapie der Sucht: Psychoanalytische Beiträge zur Praxis» von Klaus W. Bilitza.

Der Behandlungsansatz der **kognitiven Verhaltenstherapie** bemüht sich z.B. mehrheitlich um das Identifizieren und Verhindern von Situationen, bei denen das Konsumrisiko am höchsten ist. Eine Verhaltensänderung wird durch kognitive Umstrukturierung erzielt. Der/die Patient*in lernt mithilfe von verschiedenen Skills, Ablenkungsfähigkeiten und Techniken, seine/ihre Verhaltenskontrolle in den Risikosituationen aufrechtzuerhalten.

Durch Üben und Wiederholen können neue Verhaltensweise allmählich immer besser internalisiert und ins reale Leben integriert werden; das Suchtgedächtnis wird dadurch geschwächt (Vogelgesang, 2016). Das Üben findet *in vivo*, aber auch in der Vorstellung (Imaginationen) und in neuerer Zeit auch mithilfe von Virtual Reality statt.

Ein weiterer Behandlungsansatz ist die **klientenzentrierte Psychotherapie**. Sie stellt die Persönlichkeit des/der Patient*in und seine/ihre Motivation für Veränderung und Entfaltung einer gesunden Persönlichkeit in den Fokus. Die wirkungsvollste Vorgehensweise hier ist die Anregung der Selbstexploration des/der Patient*in: Eigene Erfahrungen und Erlebnisse auszudrücken, zu symbolisieren und zu benennen, Bewertungsmuster dieser Erfahrungen wahrzunehmen und zu berücksichtigen, stehen im Zentrum des therapeutischen Prozesses. Dadurch kann der/die Patient*in sich selbst besser akzeptieren (Bensel, 2016, S. 173 ff.; Rogers, 2016). Bei der Suchtproblematik geschieht dies im Rahmen des motivationalen Gesprächs. Das Ziel ist es, sich im Gespräch mit pro und contra hinsichtlich des Substanzkonsums auseinanderzusetzen, die Ambivalenz in Richtung der Veränderung aufzulösen und den/die Patient*in innerlich zu bewegen, die Entscheidung für die Abstinenz autonom, d.h. «aus eigener Überzeugung und Kraft» zu vollbringen. Das stärkt das Selbstwert- und Autonomiegefühl, die Selbstwirksamkeit und die Zuversicht des/der Patient*in. Durch diese Vorgehensweise ist der Entschluss des/der Patient*in, auf psychoaktive Substanzen und die damit verbundenen positiven Erlebnisse zu verzichten, nachhaltiger und wurzelt tiefer. Der Entschluss, aus «eigener Kraft» etwas zu bewirken, ist ein zentrales Element der klientenzentrierten Psychotherapie (Bensel, 2016, S. 177 ff.).

Bei der **psychodynamischen Psychotherapie** ist die Suchtbehandlung die Therapie der Persönlichkeit und ihrer Grundstörung. Die Rolle der psychodynamischen Psychotherapie besteht in dieser Hinsicht darin, dem/der schwach strukturierten Patient*in die Möglichkeit des Persönlichkeitswachstums anzubieten und ihm/ihr dieses Wachstum zu ermöglichen, indem der/die Therapeut*in im interaktionalen Geschehen als Hilfs-Ich des/der Patient*in agiert und ihm/ihr in schwer verständlichen und schwer lösbaren Situationen «Antworten» gibt. Einem/einer gut strukturierten Patient*in kann die psychodynamische Vorgehensweise helfen, die möglicherweise vorhandenen intrapsychischen Konflikte zu explorieren und sie zu lösen (Wöller, 2008).

Die **körperpsychotherapeutische Vorgehensweise** wird oft als ergänzende Therapieform in der Suchtbehandlung angeboten. Das Einbeziehen der körperlichen Dimension in das psychotherapeutische Geschehen ermöglicht eine bessere Verankerung solcher

Dimensionen des Selbst wie Urheberschaft, internale Kontrollüberzeugungen sowie Selbstwirksamkeit. Die Regulierung von inneren Spannungen ist heute ohne Einbezug des «Körperlichen» undenkbar. Auch das Explorieren, Differenzieren und Regulieren von Emotionen ist ohne Einbezug des Körpers beinahe nicht mehr vorstellbar (Kern, 2016).

Gruppentherapie aufgrund der von Yalom beschriebenen Wirkfaktoren ist generell eine weitere wichtige Behandlungsform der Sucht. Das Kohäsions- und Interaktionsgeschehen in der Gruppe, der Wirkfaktor «korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe», die Funktion der Gruppe als validierende Kraft ermöglichen dem/der Patient*in sowohl das «Ausprobieren» als bei Bedarf auch das «Ablegen» neuer Verhaltensweisen. Es fördert das «interpersonale Lernen» und erlaubt, «korrigierende Erfahrungen» zu machen (Yalom, 2021).

Durch die **Imagination** als therapeutisches Element wird es dem/der Patient*in ermöglicht, sowohl real stattgefundenen Situationen als auch zukünftige Situationen in Bezug auf die Sucht «neu zu gestalten». Damit ermöglicht man sich mehr Kontrolle, aber auch mehr Möglichkeiten in der Lebensgestaltung (Vogelgesang, 2016).

Achtsamkeit ist ein Therapieelement, das in der Suchtbehandlung ebenfalls entscheidend wirkt. Der bewusste, achtsame Umgang mit Craving- und Triggersituationen, also der Einbau des «inneren Beobachters», kann dem/der Patient*in helfen, die «automatisierten» Gedanken und Handlungen besser zu kontrollieren, dem vorhandenen «Suchtgedächtnis» entgegenzuwirken und mehr Sicherheit in den eigenen Handlungen und Entscheidungen zu erzielen (Mundle, 2018).

Aus den in diesem Kapitel geschilderten therapeutischen Vorgehensweisen wird ersichtlich, dass dieses Ziel – unabhängig von der Therapieschule – nur durch den Prozess der «Veränderung» jedes/jeder einzelnen Patient*in, seiner/ihrer Lebensweise, seines/ihrer Verhaltens, auch durch sein/ihr Persönlichkeitswachstum zu erreichen ist. Deswegen ist die Behandlung der Sucht ein fortlaufender Prozess, der in Richtung einer Veränderung drängt und auf diese abzielt. Eine solche Veränderung in Gang zu bringen, ist eine der therapeutischen Hauptabsichten der integrativen Suchtbehandlung.

Zuletzt ist noch sehr wichtig zu erwähnen, dass die moderne Behandlung der stoffgebundenen Sucht zwei zentrale therapeutische Elemente beinhaltet, die als «sokratische Gesprächsführung» und als «motivierende Gesprächsführung» bezeichnet werden:

Als **sokratische Gesprächsführung** – aus der KVT (Kognitive Verhaltenstherapie) kommend – wird eine Gesprächsform bezeichnet, die sich durch nichtdirektive Befragungsart auszeichnet (Vogelgesang, 2016, S. 162). Der/die Therapeut*in stellt seine/ihre Fragen so, dass der/die Patient*in selbst zu verschiedenen Einsichten und Erkenntnissen bezüglich seiner/ihrer Sucht kommen kann. Die gestellten offenen Fragen regen den/die Patient*in zum Nachdenken an. Mit der Zeit kann der/die Patient*in eine solches Gespräch internalisieren und nach Bedarf auch selbstständig mit sich selbst führen (ebda, S. 163). Eine solche Vorgehensweise stärkt die Selbstwirksamkeit und die internalen Kontrollüberzeugungen des/der Patient*in und beeinflusst die Entstehung der Eigenverantwortung bezüglich seines/ihrer Konsumverhaltens und das Erlernen neuer Strategien, um dieses Verhalten zu modifizieren, positiv.

Die **motivierende Gesprächsführung** wurde durch William R. Miller und Stephen Rollnick konzipiert (Miller, 1983, 1985 und Miller & Rollnick, 1991, 2002, 2013, in Petry, 2016, S. 58). Ihr Ursprung ist in der Lehre von Carl Rogers zu finden (Rosengren, 2012, in Bensel, 2016, S. 180). Im Zentrum einer solchen Gesprächsführung steht der Aufbau von Änderungsmotivation und die Umsetzung von Verhaltensänderungen (Bensel, 2016, S. 180). Dies geschieht durch das Erlangen eines Problembewusstseins, durch die Überwindung der Ambivalenz und durch die gewonnene Selbstwirksamkeit; das sind die drei wichtigsten Ziele der motivierenden Gesprächsführung. Sie betrachtet das Verleugungsverhalten eines Menschen gegenüber seiner Sucht nicht als ein Merkmal seiner Persönlichkeit, sondern als Resultat einer zu konfrontativen Gesprächsführung. Das Arbeitsmodell der motivierenden Gesprächsführung kann daher mit dem Symbol einer Waage gut illustriert werden:



Abbildung 3: Die Waage
(Quelle: eigene Darstellung)

In der einen Waagschale befinden sich die motivationalen Kräfte, die das gesunde, abstinente Verhalten des/der Patient*in unterstützen und fördern. In der anderen Waagschale liegen die Vorteile, die mit dem Substanzenkonsum verbunden sind (siehe Abbildung 3). Die Schwierigkeit, sich für eine oder für die andere Seite zu entscheiden, wird als Ambivalenz bezeichnet. Mithilfe der sokratischen Gesprächsführung wird sodann versucht, diese Ambivalenz in Richtung der Veränderung aufzulösen. Dabei sind bestimmte Behandlungsprinzipien enorm wichtig: die Aussetzung der Suchtdiagnose, da diese für die Motivation der Veränderung nicht erforderlich ist, die Stärkung der Eigenverantwortung des/der Patient*in, eine Entscheidung für sich zu treffen, und das Hervorheben der Dissonanzen, die notwendige Voraussetzungen für eine Veränderung sind (Petry, 2016, S. 58 f.).

Dabei ist sehr wichtig zu erwähnen, dass die Suchtpatient*innen bei der Entscheidung, abstinente zu werden, also nicht nur der Versuchung, eine Substanz wieder zu konsumieren, widerstehen müssen, sondern auch fähig sein müssen, den Verlust aller positiven Wirkungen der Substanz zu akzeptieren und auszuhalten (ebda, S. 61).

An dieser Stelle stellt die grafische Abbildung der Behandlung der stoffgebundenen Sucht (siehe Abbildung 4) nochmals zusammenfassend den integrativ angelegten Behandlungsprozess dar, der auch auf der eingangs bereits vorgestellten Suchtstation der Privatklinik Meiringen stattfindet. Das wichtigste Therapieziel ist dabei, dem/der Betroffenen zu helfen, sein/ihr Suchtverhalten zu unterbrechen, die Abstinenz von psychoaktiven Substanzen zu erlangen und sie dauerhaft zu erhalten.

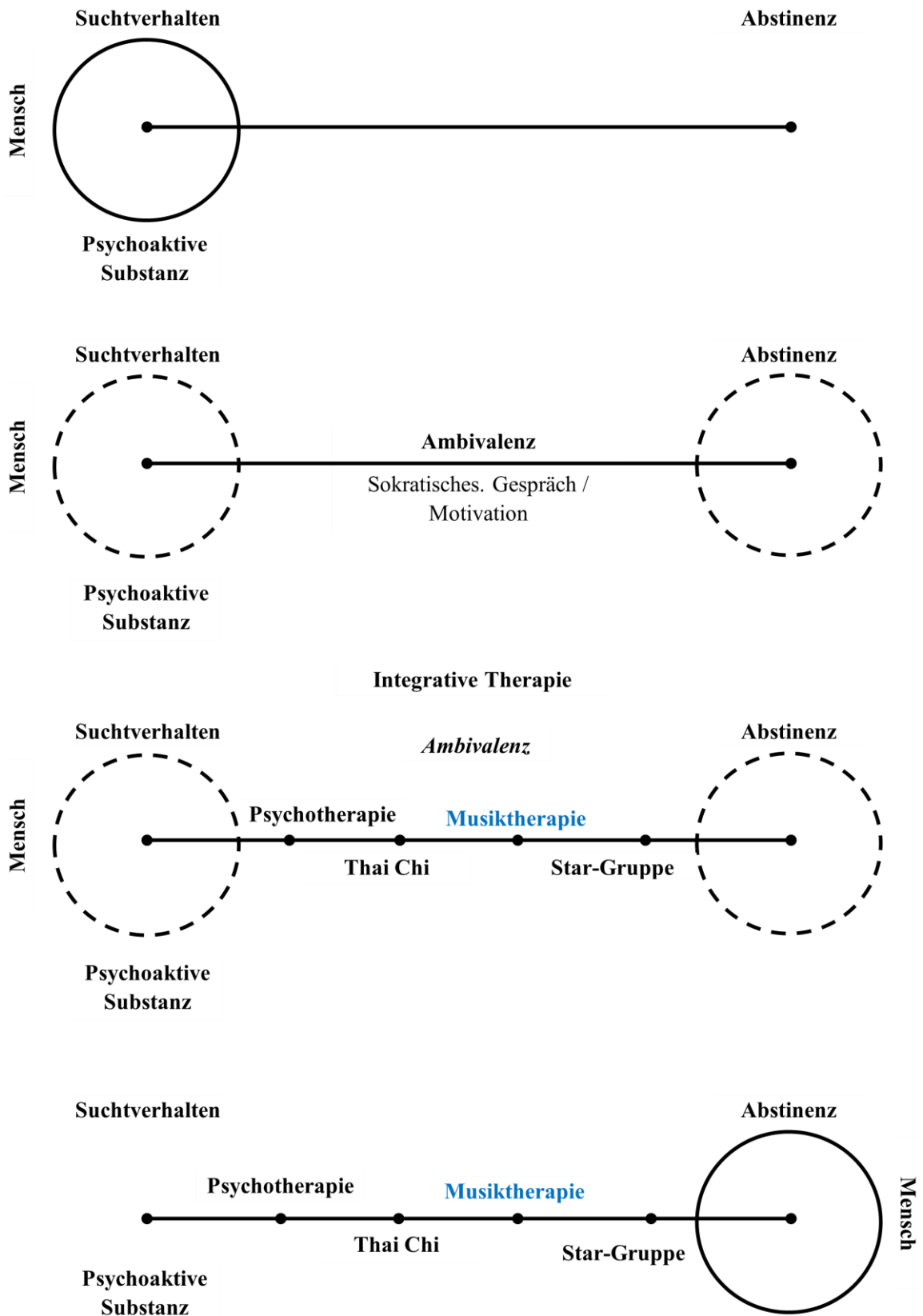


Abbildung 4: Grafische Darstellung des Behandlungsprozesses der stoffgebundenen Sucht hinsichtlich der Überwindung der Ambivalenz des/der Patient*in
 (Quelle: eigene Darstellung)

Welche Kraft vermag die aufgezählten Prozesse in Bewegung zu bringen? Welche Kraft verbindet all diese Vorgänge?

Die Übersicht der vorgestellten psychotherapeutischen Vorgehensweisen macht offensichtlich, dass die Veränderung und Entwicklung der Persönlichkeit und die Entstehung von etwas Neuem zentrale Themen sind. Es gibt keine Entwicklung und Veränderung, ohne dass man etwas Altes ablegt und etwas Neues entwickelt. Durch die kognitive Verhaltenstherapie entwickelt ein Mensch eine neue Fähigkeit, um Risikosituationen zu kontrollieren. Hier ist die Entwicklung der Kontrolle etwas Neues. In der psychodynamischen Therapie findet die Entwicklung statt, indem die transformativen Mechanismen der Persönlichkeit in Bewegung kommen. Hier ist die Transformation des Selbst etwas Neues. Im Gruppengeschehen nach Yalom werden die Veränderungen durch den sozialen Kontakt jedes Einzelnen mit dem anderen Einzelnen erzielt. Hier ist z.B. die Entwicklung einer gesunderen sozialen Interaktion etwas Neues.

Die kognitive Umstrukturierung in der kognitiven Verhaltenstherapie, die Persönlichkeitstransformationsprozesse der Tiefenpsychologie und die Selbstaktualisierungsprozesse nach Rogers sind Prozesse, während denen ein Mensch sich weiterentwickeln und etwas qualitativ Neues in seiner/ihrer Persönlichkeit entstehen lassen kann, wodurch auch in seinem/ihrer Leben etwas Neues geschehen kann.

Die Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten Carl Gustav Jung (1875–1961), Donald W. Winnicott (1896–1971), Carl Rogers (1902–1987) und Abraham Maslow (1908–1970) haben sich ausgiebig mit der Frage der Veränderung und Entwicklung eines Menschen in der Therapie, aber auch allgemein im Leben beschäftigt. Diese Kraft haben sie als «**Kreativität**» bezeichnet.

Das Ziel des nächsten Kapitels dieser Arbeit ist, nach dem Thema **Kreativität** in der bestehenden musiktherapeutischen Suchtbehandlung zu suchen und damit die theoretischen und praktischen Grundlagen für eine musiktherapeutische Arbeit zu diesem Thema zu legen.

3. Musiktherapie in der Suchtbehandlung

3.1 Fragestellung

Diese Arbeit verfolgt zwei Ziele.

Als Erstes soll eine Auseinandersetzung mit der Literatur und dem Wissensstand zu der oben genannten Thematik von Subkowskis «Kreativität» stattfinden, um die folgende Forschungsfrage zu beantworten:

Welche Relevanz hat die «Kreativität» in der musiktherapeutischen Behandlung der stoffgebundenen Sucht im Rahmen der integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung?

Darüber hinaus soll, unabhängig von der Hauptfragestellung und den Erkenntnissen daraus, ein Arbeitsentwurf der Musiktherapiestunden vorgestellt werden, der sich im Verlauf der Auseinandersetzung mit diesem Thema herausgebildet hat. Deswegen stellt sich die folgende zweite Frage:

Wie kann die «Kreativität» der Patient*innen in der musiktherapeutischen Stunde im Rahmen der integrativen Behandlung der stoffgebundenen Sucht praktisch gefördert werden?

In einem nächsten Schritt geht es nun darum, den Wissensstand über die Kreativität in der Musiktherapie bei der stoffgebundenen Sucht zu erarbeiten.

3.2 Erste Recherche: Kreativität in der Musiktherapie bei stoffgebundener Sucht

3.2.1 Forschungsstand

Um den aktuellen Stand der Forschung zur Kreativität in der Musiktherapie bei stoffgebundener Sucht festzustellen, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt.

3.2.2 Recherchestrategie

Die systematische Literaturrecherche erfolgte am 5. Februar 2022 über die **Datenbanken** PubMed, Psychindex und Cochrane Database of Systematic Reviews mit folgenden drei **Suchbegriffen**:

music therapy, addiction, creativity

Die gefundenen Publikationen wurden aufgrund der Titel und Abstracts selektiert, nach folgenden **Einschlusskriterien**:

- Studienziel: Therapie / Beeinflussung von stoffgebundener Sucht
- Studien mit Interventionsfokus auf individueller Ebene
- Therapeutischer Einsatz von Musik – Musiktherapie im weitesten Sinne

bzw. nachfolgenden **Ausschlusskriterien**:

- Doppelt gefundene Publikationen
- Meinungsartikel, Editorials, Essays
- Reine Prävalenzstudien
- Keine musiktherapeutische Intervention
- Keine stoffgebundene Sucht (d.h. Publikationen, die sich auf andere Krankheitsbilder oder Probleme beziehen)
- Kinder – Säuglinge
- Kombinierte Therapieformen
- Posttraumatische Belastungsstörung

Es folgte mit denselben drei Suchbegriffen eine **Handrecherche** in folgenden musiktherapeutischen Fachzeitschriften:

- The British Journal of Music Therapy
- Journal of Music Therapy
- Music and Medicine
- Musik und Gesundsein
- Musiktherapeutische Umschau
- Nordic Journal of Music Therapy
- Zeitschrift für Musik-, Kunst- und Tanztherapie

sowie in folgenden medizinisch-psychiatrischen Fachzeitschriften:

- The American Journal of Psychiatry

- Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie
- Psychotherapie im Dialog
- Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie
- Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

3.2.3 Ergebnisse

Anhand der geschilderten Recherchestrategie wurde – nach Entfernung von Mehrfachnennungen – insgesamt nur ein Text identifiziert. Die Handrecherche ergab keine zusätzlichen Nennungen. Nach Prüfung der Abstracts und Volltexte auf Ein- und Ausschlusskriterien verblieb kein Text.

3.2.4 Diskussion der Literaturrecherche

Empirische Forschung zur Kreativität in der Musiktherapie bei stoffgebundener Sucht ist offensichtlich nicht vorhanden. Keine Publikation befasst sich gemäss den Einschlusskriterien mit dem Thema Kreativität. Das Resultat der evidenzbasierten Literaturrecherche ist ernüchternd und zeigt, dass Kreativität in der Musiktherapie bei stoffgebundener Sucht nicht explizit behandelt wird, obwohl die Musiktherapie zu den kreativen und künstlerischen Therapien gehört.

Die Feststellung, dass Kreativität bei der Musiktherapie stoffgebundener Sucht bisher nicht behandelt wird, bewog zur einer zweiten Literaturrecherche, um herauszufinden, mit welchen Themen sich die Musiktherapie in Verbindung zur stoffgebundenen Sucht auseinandersetzt und inwieweit diese Erkenntnisse in der Erarbeitung eines Konzepts weiterhelfen könnten.

3.3 Zweite Recherche: Behandlung der stoffgebundenen Sucht mit Musiktherapie

3.3.1 Forschungsstand

Um den aktuellen Stand der Forschung zur Behandlung der stoffgebundenen Sucht in der Musiktherapie festzustellen, wurde eine weitere systematische Literaturrecherche durchgeführt.

3.3.2 Recherchestrategie

Die systematische Literaturrecherche erfolgte am 12. Februar 2022 über die **Datenbanken** PubMed, Psychindex und Cochrane Database of Systematic Reviews mit folgenden zwei **Suchbegriffen**:

music therapy, addiction

Die gefundenen Publikationen wurden aufgrund der Titel und Abstracts selektiert, nach folgenden **Einschlusskriterien**:

- Studienziel: Therapie / Beeinflussung von stoffgebundener Sucht
- Studien mit Interventionsfokus auf individueller Ebene
- Therapeutischer Einsatz von Musik – Musiktherapie im weiteren Sinne

bzw. nachfolgenden **Ausschlusskriterien**:

- Doppelt gefundene Publikationen
- Fallstudien, Erfahrungsberichte, Meinungsartikel, Editorials, Essays
- Reine Prävalenzstudien
- Keine musiktherapeutische Intervention
- Keine stoffgebundene Sucht (d.h. Publikationen, die sich auf andere Krankheitsbilder oder Probleme beziehen)
- Kinder – Säuglinge
- Kombinierte Therapieformen
- Posttraumatische Belastungsstörung

Es folgte mit denselben zwei Suchbegriffen eine **Handrecherche** in folgenden musiktherapeutischen Fachzeitschriften:

- The British Journal of Music Therapy
- Journal of Music Therapy
- Music and Medicine
- Musik und Gesundheit
- Musiktherapeutische Umschau

- Nordic Journal of Music Therapy
- Zeitschrift für Musik-, Kunst- und Tanztherapie

sowie in folgenden medizinisch-psychiatrischen Fachzeitschriften:

- The American Journal of Psychiatry
- Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie
- Psychotherapie im Dialog
- Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie
- Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

3.3.3 Ergebnisse

Anhand der geschilderten Recherchestrategie wurden – nach Entfernung von Mehrfachnennungen – insgesamt 147 Texte identifiziert. Die Handrecherche ergab vier zusätzliche Nennungen. Nach Prüfung der Abstracts und Volltexte auf Ein- und Ausschlusskriterien verblieben 35 Texte. Um sich einen Überblick zu verschaffen, wurde versucht, die Studien sinnvoll in Kategorien einzuteilen. Die Kategorien lauteten: Fokus, Methode und Forschungsdesign.

Beim *Fokus* ging es darum herauszufinden, mit welchen Symptomen, Ursachen oder Aspekten der Krankheit(en) sich die Studien befassen. Bei der *Methode* wird erfasst, mit welchen musiktherapeutischen Methoden gearbeitet wurde. Folglich konnten die Ergebnisse jeweils grafisch dargestellt werden. Beim *Forschungsdesign* wird erkannt, nach welcher Art die Studien durchgeführt wurden (z.B. randomisierte kontrollierte Studien, Fall-Kontroll-Studien etc.). In der Tabelle 2 sind die 35 Texte (mit Autor*in, Erscheinungsjahr, Titel, Fokus und Methode) aufgelistet. Es wird ersichtlich, mit welchen Fokussen und Methoden die einzelnen Texte arbeiten.

In der Kategorie «**Fokus**» ist erkennbar, dass in der Musiktherapie bei der Behandlung der stoffgebundenen Sucht sehr viele verschiedene Fokusse bearbeitet werden. Pro Text können auch mehrere Fokusse vorkommen. Insgesamt ist offenkundig, dass in den Studien besonders auf Emotionen, Motivation, Craving und die Behandlungsbereitschaft eingegangen wird (siehe Diagramm 1). Bei der Motivation und Behandlungsbereitschaft wurden verschiedene «Motivationen» und «Bereitschaften» zusammengefasst: So kann es sich bei Motivation sowie auch bei Bereitschaft um Handlungs-

Motivation/-Bereitschaft oder auch um Veränderungs-Motivation/-Bereitschaft handeln. Auch über die Motivation zur Nüchternheit oder die Gesamtmotivation wurde in gewissen Texten berichtet. Zusätzlich wird auch auf andere Fokusse wie z.B. Stress oder interne Kontrollüberzeugung eingegangen. Weiter werden z.T. die gemeinsamen neurobiologischen Korrelate der Wirkung von Musik und psychoaktiven Substanzen thematisiert. Bei dem Punkt «Andere» wurden sämtliche Fokusse zusammengefasst, die in den 35 Texten jeweils nur einmal vorkommen (z.B. Speichel-IgA, Entzugserscheinungen, Stigmatisierung der Sucht etc.).

Bei den **Methoden** ist die Streuung geringer, teilweise bleibt jedoch die Differenzierung der Methode in den Texten unklar oder es wird auf keine spezifische Methode eingegangen. Diesbezüglich sticht im Diagramm 2 «Musiktherapie» ins Auge. Unter diesem Begriff wurden alle Texte gruppiert, die nicht spezifisch mit einer Methode gearbeitet haben. In einem Text können, wie bei den Fokussen, mehrere Methoden genannt werden. Interessant ist, dass sehr oft mit Songwriting, Lyric Analysis oder Liedern gearbeitet wird und weitaus seltener mit Musikimaginationen oder Improvisationen. Songwriting, Lyric Analysis und Lied kann insgesamt in der Kategorie «Lied» zusammengefasst werden; da jedoch in den Texten jeweils explizit von «Songwriting» und «Lyric Analysis» die Rede ist, sind sie hier explizit erwähnt. Eine Korrelation zwischen einer bestimmten Methode und einem bestimmten Fokus ist nicht ersichtlich.

Auf die einzelnen Forschungsdesigns wird nicht spezifisch eingegangen. Es ist auch keine Korrelation zwischen den Forschungsdesigns und den Fokussen und Methoden ersichtlich. Oft geht aus den Texten hervor, um welche Art von Studie es sich handelt; bei gewissen ist dies jedoch nicht ersichtlich und auch nach Prüfung der Studie wurde die Art teilweise nicht klar identifizierbar. Deshalb wird hier auf eine grafische Darstellung verzichtet. Es kann aber mit Sicherheit gesagt werden, dass es sich bei rund 2/3 der Texte um ein hohes Evidenzlevel handelt (z.B. Systematic Review, randomisierte Cluster-Studie, randomisierte Kontrollstudie etc.). In der Gesamtheit kann deshalb davon ausgegangen werden, dass sich alle Texte nicht unter dem Evidenzlevel «Klasse IIb» befinden, da mögliche Texte unterhalb dieses Evidenzlevels schon durch die oben angeführten Ausschlusskriterien herausgefiltert wurden.

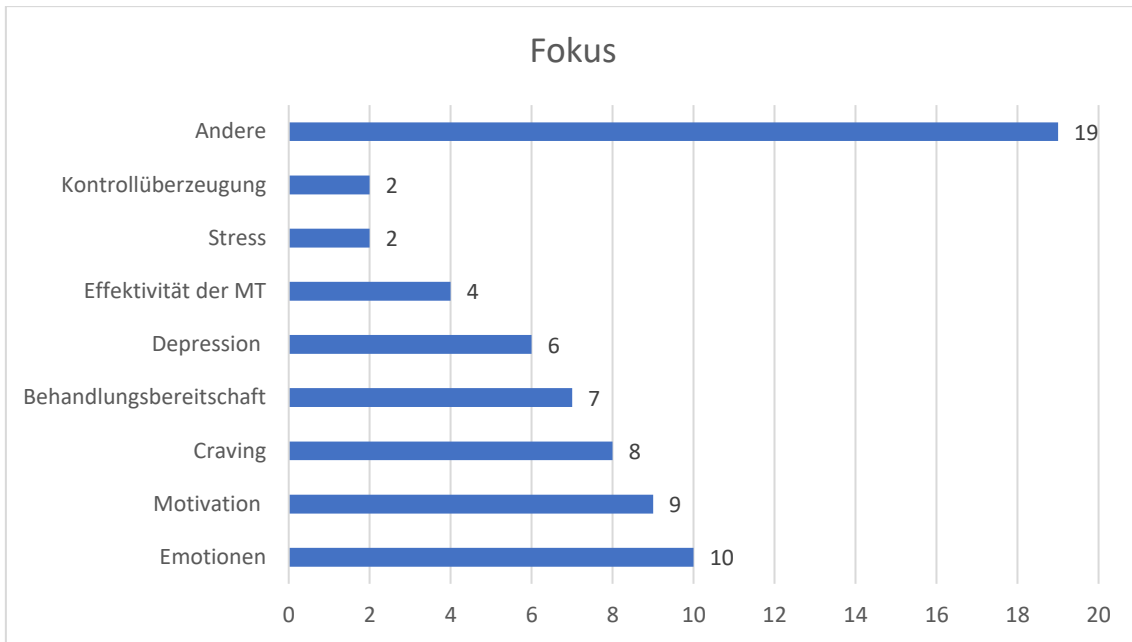


Diagramm 1: Quantitative Auswertung der Fokusse aus den 35 Texten der zweiten Recherche
(Quelle: eigene Darstellung)

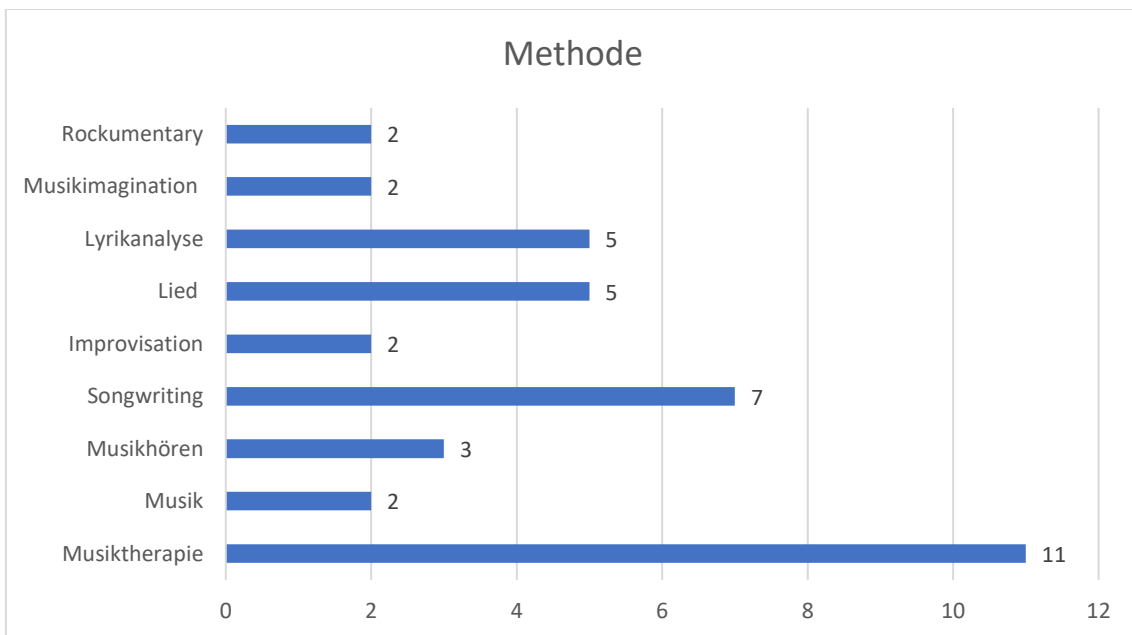


Diagramm 2: Quantitative Auswertung der Methoden aus den 35 Texten der zweiten Recherche
(Quelle: eigene Darstellung)

Autor*in(nen) und Veröffentlichungsdatum	Titel (Original)	Fokus	Methodik
Cournoyer Lemaire, Loignon & Bertrand, 2021	A critical scoping review about the impact of music in the lives of young adults who use drugs	Wohlbefinden, Konsum, Suchtverlauf	Musik
Edison Carter & Panisch, 2020	A Systematic Review of Music Therapy for Psychosocial Outcomes of Substance Use Clients	-	Musiktherapie
Silverman & Bourdaghs, 2020	A neurological rationale for music therapy to address social connectivity among individuals with substance use disorders	Neurobiologie der Sucht und Musik und soziale Verbundenheit	-
Farahmand, Ahadi, Golkar & Sedaghat, 2020	Comparison of the Effectiveness of Music Therapy and Cognitive Behavioural Therapy on Quality of Life, Craving and Emotion Regulation in Patients Under Methadone Maintenance Therapy	Effektivität der MT gegenüber KVT	Musiktherapie
Silverman, 2020	Therapeutic Songwriting for Perceived Stigma and Perceived Social Support in Adults with Substance Use Disorder: A Cluster-Randomized Effectiveness Study	Stigmatisierung, soziale Unterstützung	Songwriting

Silverman, 2019a	Songwriting to Target State Shame, Guilt, and Pride in Adults with Substance Use Disorder on a Detoxification Unit: A Cluster-Randomized Study	Stolz, Scham und Schuld (Emotion)	Songwriting
Silverman, 2019b	Effects of group-based educational songwriting on craving in patients on a detoxification unit: a cluster-randomized effectiveness study	Craving	pädagogisches Songwriting, entspannende Musiktherapie
Silverman, 2019c	Quantitative comparison of group-based music therapy experiences in adults with substance use disorder on a detoxification unit: a three-group cluster-randomized study	Austausch von Emotionen und Erfahrungen	pädagogisches Songwriting, pädagogische Lyric Analysis, entspannende Musiktherapie
Taets, Jomar, Abreu & Capella, 2019	Effect of music therapy on stress in chemically dependent people: a quasi-experimental study	Stress	Lied
Chen, Wang, Liu, Gorowska, Wang & Li, 2018	Identification of the Features of Emotional Dysfunction in Female Individuals with Methamphetamine Use Disorder Measured by Musical Stimuli Modulated Startle Reflex	Psychophysiologische und kognitiv-emotionale Reaktion auf Musik	Musikhören

Megranahan & Lynskey, 2018	Do creative arts therapies reduce substance misuse? A systematic review	Kontemplation, Behandlungsbereitschaft, Motivation, Craving	Musiktherapie
Bibb, Castle, Bonomo & McFerran, 2018	Reducing Anxiety through Music Therapy at a Community Residential Alcohol and Drug Withdrawal Unit	Angst im Entzug	Lied
Hohmann, Bradt, Stegemann & Koelsch, 2017	Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: a systematic review	Wirkung auf die Gesamtmotivation, Depression, Freude, Craving, Kontrollüberzeugungen und Teilnahme am Therapieprogramm	Musiktherapie
Murphy, 2017	Music Therapy in Addictions Treatment: A Systematic Review of the Literature and Recommendations for Future Research	Motivation und Bereitschaft zur Veränderung, Speichel-IgA, Depression, Angst, interpersonelle Probleme, Kohärenzgefühl, Compliance, Verlangen, Entzugserscheinungen, Drogenvermeidung	Songwriting, Lyric Analysis, Musikimaginationsmethoden, Rockumentary vs. Recreational Music Therapy
Mathis & Han, 2017	The acute effect of pleasurable music on craving for alcohol: a pilot crossover study	Craving	Musikhören
Gardstrom, Klemm & Murphy, 2016	Women's Perceptions of the Usefulness of Group Music Therapy in Addictions Recovery	Effektivität der Musiktherapie für Frauen	Musikimagination, Lied, Instrumental

Silverman, 2015a	Effects of Lyric Analysis Interventions on Treatment Motivation in Patients on a Detoxification Unit: A Randomized Effectiveness Study	Motivation und Bereitschaft zur Behandlung	Lyric Analysis
Fritz, Vogt, Lederer, Schneider, Fomicheva, Schneider & Villringer, 2015	Benefits of listening to a recording of euphoric joint music making in polydrug abusers	internale Kontrollüberzeugungen	Musikhören
Short & Dingle, 2015	Music as an auditory cue for emotions and cravings in adults with substance use disorder	Craving und Emotionen	Lied
Dingle, Kelly, Flynn & Baker, 2015	The influence of music on emotions and cravings in clients in addiction treatment: a study of two clinical samples	Craving und Emotionen	Rockumentary, Musikbingo
Silverman, 2015b	Effects of Educational Music Therapy on Knowledge of Triggers and Coping Skills, Motivation, and Treatment Eagerness in Patients on a Detoxification Unit: A Three-Group Cluster-Randomized Effectiveness Study	Wissen über Trigger und Coping-Strategien, Motivation und Bereitschaft zur Behandlung	pädagogische Musiktherapie
Silverman, 2014	Effects of Music Therapy on Drug Avoidance Self-Efficacy in Patients on a Detoxification Unit: A Three-Group Randomized Effectiveness Study	Selbstwirksamkeit bzgl. Abstinenz	Lyric Analysis

Gardstrom, Carlini, Josefczyk & Love, 2013	Women with Addictions: Music Therapy Clinical Postures and Interventions	Effektivität der Musiktherapie für Frauen	Musiktherapie
Silverman, 2012	Effects of Group Songwriting on Motivation and Readiness for Treatment on Patients in Detoxification: A Randomized Wait-List Effectiveness Study	Motivation und Bereitschaft zur Behandlung	Songwriting
Silverman, 2011	Effects of Music Therapy on Change Readiness and Craving in Patients on a Detoxification Unit	Behandlungsbereitschaft und Craving	Rockumentary
Albornoz, 2011	The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial	Depression	Improvisation
Mulder, Ter Bogt, Raaijmakers, Gabhainn, Monshouwer & Vollebergh, 2009	Is it the music? Peer substance use as a mediator of the link between music preferences and adolescent substance use	Musikpräferenzen; Substanzgebrauch	Musik
Dingle, Gleadhill & Baker, 2008	Can music therapy engage patients in group cognitive behaviour therapy for substance abuse treatment?	Effektivität der Musiktherapie	Musiktherapie
Ross, Cidambi, Dermatis, Weinstein, Ziedonis, Roth & Galanter, 2008	Music Therapy: A Novel Motivational Approach for Dually Diagnosed Patients	Dualdiagnosen, (Funktionsniveau) psychiatrische Symptome (Veränderungsmotivation)	Musiktherapie (u.a. Improvisation)

Baker, Gleadhill & Dingle, 2007	Music therapy and emotional exploration: exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions	Emotionen	Lied und Improvisation
Jones, 2005	A Comparison of Songwriting and Lyric Analysis Techniques to Evoke Emotional Change in a Single Session with People Who are Chemically Dependent	Emotionen	Songwriting und Lyric Analysis
Cevasco, Kennedy & Generally, 2005	Comparison of Movement-to-Music, Rhythm Activities, and Competitive Games on Depression, Stress, Anxiety, and Anger of Females in Substance Abuse Rehabilitation	Depression, Stress, Angst, Wut (Emotion)	Bewegungsaktivitäten, Rhythmusaktivitäten, Wettbewerbsspiele
Ghetti, 2004	Incorporating Music Therapy into the Harm Reduction Approach to Managing Substance Use Problems	Schadensminderung	Musiktherapie
Winkelman, 2003	Complementary Therapy for Addiction: "Drumming Out Drugs"	Entspannung (Theta-Wellen)	Trommeln
Silverman, 2003	Music therapy and clients who are chemically dependent: a review of literature and pilot study	Effektivität	Musiktherapie

Tabelle 2: Auflistung der Texte nach Autor(en), Veröffentlichungsdatum, Titel (Original), Fokus und Methodik (Quelle: Eigene Darstellung)

3.3.4 Diskussion der Literaturrecherche

Das Ziel der Literaturrecherche war es, den aktuellen Forschungsstand in der Musiktherapie, die sich mit stoffgebundener Sucht befasst, festzustellen. Es ist ersichtlich, dass sich die Forschung mit der Musiktherapie und der stoffgebundenen Sucht auseinandersetzt. Leider bieten diese Studien eine grosse Bandbreite von Fokussen und Methoden, wodurch es schwierig ist, klare Aussagen zu treffen.

Aus den Studien, die sich mit *Craving*, *Emotionen*, *Motivation* und *Bereitschaft* befassen, geht hervor, dass die Musiktherapie durchaus einen positiven Einfluss auf den/die Patient*in und seine/ihre Symptome hat. Auch bei anderen Studien / Fokussen können, neben nicht eindeutigen Ergebnissen, positive Effekte beobachtet werden. Leider sind die Methoden, genauso wie die Fokusse, breit gestreut: Es handelt sich bedauerlicherweise meistens nur um eine einzelne Studie, die ein bestimmtes Thema behandelt. Die Aussagekraft einzelner Methoden ist somit nicht beurteilbar, da sich nicht mehrere Studien und damit eine grössere Proband*innenzahl auf einen Fokus und eine Methode beziehen. So kann keine klare Aussage über die Effektivität und die Relevanz des einzelnen Fokus oder der jeweiligen Methode gemacht werden. Trotzdem geht aus der Komplettheit der Studien hervor, dass Musiktherapie die Patient*innen und ihre Symptome positiv beeinflusst und somit weitere Forschung sinnvoll ist. In keinem der 35 Texte wird aber das Thema Kreativität berücksichtigt, auch nicht im entferntesten Sinne.

Generell zeigt sich, dass sich die aktuelle evidenzbasierte Forschung mit den am meisten behandelten Fokussen *Craving*, *Emotionen* sowie *Bereitschaft zu Behandlung und Veränderung* in die etablierte Behandlung der stoffgebundenen Sucht einfügt und durch musiktherapeutische Interventionen versucht, die wichtigsten Aspekte der bereits bewährten Behandlungsprozesse positiv zu beeinflussen. Dabei wird ersichtlich, dass sich die Musiktherapieforschung auf das etablierte biopsychosoziale Modell der Sucht bezieht und somit keine neuen Erklärungsmodelle von Sucht wie auch keinen Spielraum für neue Erklärungsmodelle hervorbringt.

Auch fügt sie sich in die evidenzbasierte Behandlungsweise der Sucht ein, die sich durch eine motivierende Gesprächsführung und kognitive Verhaltenstherapie auszeichnet.

Auffallend bei der Auswertung der Rechercheresultate ist, dass die führende Methode in der Suchtbehandlung nicht die Improvisation, sondern die Arbeit mit Liedern in jeglicher Form ist. Daraus wird ersichtlich, dass die Improvisation als Methode bei der Behandlung von Sucht nicht als *Via Regia* gilt, was in der aktiven Musiktherapie sonst normalerweise der Fall ist.

Ziel der zweiten Literaturrecherche war es, einerseits ein Gesamtbild über die Musiktherapie in Verbindung mit stoffgebundener Sucht zu schaffen. Andererseits sollte die Diversität der Methoden sowie der Fokusse untersucht werden. Daraus erwuchs ein neuer Impuls, am eigenen Behandlungskonzept weiterzuarbeiten und dafür möglicherweise auch gewisse Aspekte aus den hinzugezogenen Studien zu berücksichtigen.

3.4 Dritte Recherche: Musiktherapie und Sucht

Da die zwei Literaturrecherchen keine Hinweise auf die «Kreativität» in der musiktherapeutischen Behandlung gaben, wurde in einem weiteren Schritt die Bibliografie der Musiktherapie bei der stoffgebundenen Sucht mittels Handrecherche durchforstet, um so möglicherweise mehr über Kreativität zu erfahren. Die zwei vorgängigen Literaturrecherchen befassten sich nur mit evidenzbasierten Schriften, also mit dem Forschungsstand der Musiktherapie in Verbindung mit der stoffgebundenen Sucht. Die Recherche nach dem Forschungsstand schränkt die Auswahl der Schriften ein, weshalb in einer weiterführenden Recherche die Chance höher ist, das Thema «Kreativität» zu finden. Somit war das Ziel dieser dritten, manuellen Recherche herauszufinden, ob ein Bezug auf Kreativität womöglich ausserhalb der evidenzbasierten Schriften vorzufinden sei. Wie schon oben erwähnt, wurde zu diesem Zweck eine Handrecherche im Bereich der Musiktherapie bei stoffgebundener Sucht durchgeführt, wobei das Schneeballsystem als Recherchemethode zum Einsatz kam: Auf der Bibliotheks-Rechercheplattform «swisscovery» wurde nach *Musiktherapie* und *Sucht* gesucht. Die so gefundene Literatur wurde darauf cursorisch gelesen. Nach dem Schneeballprinzip wurde dann in den jeweiligen Literaturlisten der bestehenden, als relevant erkannten Werke weitergesucht und so weitere Literatur gefunden. Zudem wurde die Suchmaschine «Google Scholar» zur Hilfe genommen. In Bezug auf die Ein- und Ausschlusskriterien orientierte man sich an den ersten zwei Recherchen.

3.4.1 Ergebnisse

In der gefundenen Literatur haben sich gewisse Fokusse herauskristallisiert. Die Schriften der Autor*innen können in die folgenden sechs Fokusgruppen eingeteilt werden:

- Musik
- Achtsamkeit
- Beziehung

- Kreativität
- Persönlichkeit / Entwicklung
- Gruppe / Interaktion

Durch die Einteilung wird ersichtlich, dass das Thema Kreativität in dieser weiterführenden Recherche vorhanden ist. In der Tabelle 3 sind die Fokuse mit den dazu gehörigen Autor*innen und ihren Büchern bzw. Artikeln aufgelistet, um eine Übersicht zu geben. Dabei kommen auch Doppelnennungen vor, da sich gewisse Autor*innen mit mehreren Fokussen befasst haben.

Im nächsten Abschnitt soll der Fokus Kreativität genauer begutachtet und diskutiert werden. Auf die weiteren Fokuse wird ebenfalls eingegangen und es werden einige interessante Aspekte ausgeführt. Aus Platzgründen und aufgrund des veränderten Schwerpunktes der dritten Recherche werden jedoch die Methoden der einzelnen Studien nicht weiter thematisiert. Ziel war es, womöglich das Thema Kreativität in einem breiteren, nicht evidenzbasierten Katalog zu finden, was auch erreicht wurde: Mit dem Artikel «Music Therapy as a Facilitator of Creative Process in Addictions Treatment» von Treder-Wolff (1990) konnte ein Dokument gefunden werden, das sich ausdrücklich mit Kreativität befasst.

3.4.2 Diskussion

Zuerst ist – wie soeben festgehalten – festzustellen, dass in der dritten Recherche das Thema Kreativität als Behandlungsfokus der stoffgebundenen Sucht zu finden ist. Jude Treder-Wolff ist die Autorin, die im Jahre 1990 in ihrem Erfahrungsbericht Kreativität im Zusammenhang mit Sucht und Musiktherapie eindeutig ins Zentrum des therapeutischen Tuns gerückt hat. In «Music Therapy as a Facilitator of Creative Process in Addictions Treatment» schreibt sie, dass die dynamische und offene Natur der Kreativität das Durchbrechen des starren und rigiden Systems der Sucht ermöglicht. Sie verbindet in ihrem Artikel die therapeutischen Ziele der Patient*innen, sich zu verändern, mit den Kreativitätstheorien (Treders-Wolff, 1990).

Um die für eine Lebensveränderung nötige Reife zu erlangen, bietet Musiktherapie gemäss Treder-Wolff eine kreative Umwelt und leitet kreative Prozesse ein, die dem/der Patient*in eine solche Entwicklung ermöglichen. Sie bezeichnet Musiktherapie als kreatives Feld und Kontext, welches einen kreativen Prozess eröffne, mit dessen Hilfe die wichtigen Suchtmechanismen und Persönlichkeitsmerkmale der Patient*innen, die die

Sucht aufrechtzuerhalten helfen, erforscht werden können. Dadurch wird das Persönlichkeitswachstum des/der Patient*in angeregt. In ihren Aussagen stützt sie sich auf verschiedene Autor*innen (ebda).

Interessant ist, dass Treder-Wolff schon im Jahre 1990 darauf hinweist, dass Musik und die musiktherapeutischen Interventionen neurobiologisch wirken und damit Prozesse induzieren, die bei der Persönlichkeitsentwicklung unterstützend sind (Kinsbourne, 1988, in Treder-Wolff, 1990, S. 320). Die aktuellen wissenschaftlichen Arbeiten der Musiktherapeuten Thomas Stegemann sowie Stefan Koelsch oder auch das von Thomas Hillecke entwickelte heuristische Wirkfaktorenmodell (Hillecke & Wilker, 2007) bestätigen diese Annahme. Die Rolle der Musiktherapie wird dadurch bedeutender.

Die «Kreativität» als Lebenskraft des/der Patient*in wird in Treder-Wolffs Artikel zwar nicht explizit thematisiert, es wird aber die Bedeutung des kreativen Prozesses für die Genesung eines/einer Patient*in aufgezeigt. Auch wird die Notwendigkeit der Entwicklung bestimmter Fähigkeiten des/der Patient*in betont, die den Genesungsprozess unterstützen (wie z.B. soziale Kommunikation oder der Offenheit gegenüber der eigenen Krankheit). Somit liegt das Augenmerk auf der Entwicklung einer gesunderen Persönlichkeit, die im Zentrum jedes Genesungsprozesses steht (Treders-Wolff, 1990).

Wie bereits gesagt, kann das Vorhandensein des Fokus Kreativität als wichtigste Erkenntnis der dritten Recherche betrachtet werden. Zusätzlich zeigten sich auch andere interessante Aspekte musiktherapeutischer Arbeit mit Sucht:

Auffallend ist z.B., dass verschiedene Musiktherapeut*innen das Thema *Musik* sehr unterschiedlich behandeln. Hartmut Kapteina (2004, S. 255) betrachtet die Musik der Patient*innen als eine psychoaktive Substanz, die sie ebenso wie die anderen psychoaktiven Substanzen süchtig macht, und schlägt daher vor, sie während einer stationären Behandlung initial zu eliminieren, später den Musikkonsum zu regulieren, um schlussendlich einen gesunden Umgang damit finden zu können. Tsvia Horesh (2006; 2010) hingegen vertritt eine gegenteilige Ansicht: Ihrer Meinung nach ist es äusserst wichtig, die Musik der Patient*innen ins Zentrum der Behandlung zu stellen. Ein bestimmter Musikkonsum sei zugleich Teil des Krankheitsbildes, das äusserst wichtig zu erforschen sei – Musik sei aber gleichsam auch eine sehr grosse Ressource, die dem/der Patient*in im Kampf um Abstinenz eine grosse positive Kraft geben könne, weil sie nicht nur bestimmte Qualitäten einer psychoaktiven Substanz, sondern auch viele andere Eigenschaften habe. Diese Auffassung vertreten auch Holger Selig (2021) und Mohammad Reza Abdollahnejad (2010).

Die Thematik der *Beziehung* ist diesbezüglich interessant, als dass sie in der Musiktherapie der Sucht eine Vielfältigkeit aufweist: Damit wird die Beziehung zwischen dem Musiktherapeut*in und Patient*in oder zwischen Patient*in und der psychoaktiven Substanz, aber auch zwischen dem/der Patient*in und der Musik gemeint. Die Wirkung von Musik gegenüber der Wirkung der psychoaktiven Substanz(en) zu stellen, kann ein wichtiger therapeutischer Schritt in der Behandlung von Sucht sein und bestätigt die Annahme, dass die Arbeit mit Musik in der Therapie von stoffgebundener Sucht sehr wichtig ist (Selig, 2021).

Die Auseinandersetzung von Patient*in und Therapeut*in mit zwei aufgezeichneten Anteilen der Persönlichkeit des/der süchtigen Patient*in, mit einem «süchtigen» und einem «gesunden» Anteil, die in einer Beziehung zueinander stehen, markiert den Prozess und das Ziel der stoffgebundenen Suchtbehandlung. Den «gesunden Wesenskern» zu stärken und dem «süchtigen Anteil» weniger Raum zu lassen, ist Teil des therapeutischen Prozesses (Nakken, 1988, in Treder-Wolff, 1990, S. 319). Die Musik ist ein Medium, das dem süchtigen Anteil entgegenwirken kann.

Der von Carolyn Van Dort und Denise Grocke (2014) beschriebene Fokus *Achtsamkeit* soll ebenfalls erwähnt werden: Die Arbeit mit Achtsamkeit, die auch eine etablierte Methode der regulären Suchtbehandlung ist, bewährt sich auch in der Musiktherapie.

Eine weitere Arbeitsweise in der Musiktherapie wird von John P. Hedigan (2010) vorgeschlagen, der die *interaktionelle Arbeit in der Gruppe* ins Zentrum stellt. Auch bei Yalom (2004, S. 166 ff.) wird interaktionell in der Gruppe gearbeitet.

Die grösste Anzahl der Berichte befassen sich aber mit dem Fokus *Persönlichkeit*: Die Entwicklung und Veränderung der Persönlichkeit der Patient*innen findet in folgenden Bereichen statt: (a) differenzierte Selbst- und Fremdwahrnehmung, (b) Selbstverantwortlichkeit, (c) Selbstwirksamkeit, (d) Resilienz und (e) Mitgefühl mit sich selbst. Sie sind wichtige Themen in der musiktherapeutischen Suchtbehandlung und in den Vorträgen der Autor*innen in verschiedener Weise anzutreffen. Dabei bedienen diese sich unterschiedlicher Methoden der Musiktherapie und/oder entwickeln eigene Arbeitskonzepte. Isabelle Frohne-Hagemann (2001, S. 47) definiert in ihrem Therapiekonzept z.B. folgende Ziele: (1) sich selbst und die Umwelt besser wahrnehmen, (2) Ich stärken durch Entwicklung des Selbstvertrauens und Selbstbewusstseins und (3) beziehungs-/bindungsfähig werden. Christoph Schwabe (2004) beschreibt in seinem rezeptiven therapeutischen Ansatz ebenfalls die Wichtigkeit der Schulung von Selbst- und Fremdwahrnehmung der Patient*innen. Dabei ist das Ziel, «[...] eine beabsichtigte Haltung der beobachtenden

Gelassenheit einzuüben» (Schwabe, 2004, S. 211) und «[...] die Aufmerksamkeit zwischen den Wahrnehmungsbereichen Gedanken – Gefühle – Körper – Musik ‹pendeln› zu lassen [...]» (ebda). Die Verbindungen zu den achtsamkeitsorientierten Verfahren sind hier evident.

In den Berichten verschiedener Autor*innen über Persönlichkeit ist das Thema «Kreativität» nicht explizit zu finden; Tonus Timmermann (1983) beschreibt aber einen therapeutischen Prozess, bei dem ihm gelungen ist, bei einem Patienten, der seit sieben Jahren süchtig war, die Entwicklung eines «gesunden Kerns» anzuregen. Seine therapeutischen Ziele definiert Timmermann als folgende: (a) Stärkung der Persönlichkeit, (b) Selbstwertaufbau, (c) Förderung des kreativen Gestaltens anstelle passiver Lebenshaltung, aber auch (d) Förderung der Disziplin, Ausdauer und Konzentration, (e) Verbesserung der Kommunikation und (f) Stärkung des Vertrauens in eine reale Person, die die Entwicklung des Patienten unterstützt. Im geschilderten Fallbeispiel zeichnet Timmermann alle wichtigen therapeutischen Ziele auf, die in der modernen Psychotherapie von Sucht heutzutage zu finden sind, welche er in diesem konkreten Fall mit vielfältigen musiktherapeutischen Interventionen zu erreichen vermochte: (1) Schulung der Emotionsregulation, (2) Ausdruck der Emotionen, (3) Regulation der inneren Spannungen, (4) Interpersonales Lernen, (5) Nachreifung der strukturellen Defizite der Persönlichkeit, (6) Entwicklung besserer Körper selbstwahrnehmung und (7) Förderung der Kontrolle des eigenen Verhaltens. Seine musiktherapeutische Arbeit war so erfolgreich, dass der Patient das erste Mal nach sieben Jahren fähig war, seinen Wunsch nach einer weiterführenden Psychotherapiebehandlung bei dem behandelnden Mediziner zu äussern – und er bekam sie auch. Diesen Wunsch, schreibt Timmermann, habe der Patient selbstständig und aus eigener Motivation und Überzeugung handelnd geäussert (Timmermann, 1983). Er war in dem Moment «kreativ».

Aus der Recherche lässt sich schliessen, dass das Thema Kreativität als kreativer Prozess oder kreativer Kontext in der Musiktherapie durchwegs zu finden ist. «Kreativität» als Lebenskraft wird zwar nicht explizit ersichtlich oder in den Fokus gerückt, aber die Arbeit mit der Persönlichkeit von Patient*innen (besonders im Bericht von Timmermann, ebda) zeigt, dass «Kreativität» indirekt ein zentrales Thema ist.

Im nächsten Kapitel sollen die theoretischen Grundlagen der Musiktherapie kurz umrissen werden, um zu zeigen, dass das Thema Kreativität in der Musiktherapie nicht behandelt wird, obwohl die Musiktherapie eine kreative Therapieform ist.

Fokus Musik			
Autor*in	Jahr	Buch (Sammelband)	Artikel
Hartmut Kapteina	2004	Rezeptive Musiktherapie: Theorie und Praxis	Rezeptive Musiktherapie bei Suchterkrankungen
Holger Selig	2021	Musiktherapeutische Ansätze in der Suchttherapie	Die Therapeutin, die Musik und die Droge – Zur Beziehungsdynamik in der Musiktherapie mit Suchtkranken
Tsvia Horesh	2006	Music and altered states: consciousness, transcendence, therapy and addiction	Dangerous Music: Working with the Destructive and Healing Power of Popular Music in the Treatment of Substance Abusers
Tsvia Horesh	2010	Music therapy and addictions	Drug Addicts and Their Music: A Story of a Complex Relationship
Fokus Achtsamkeit			
Autor*in	Jahr	Buch (Sammelband)	Artikel
Carolyn Van Dort & Denise Grocke	2014	Mindfulness and the arts therapies: theory and practice	Music, Imagery, and Mindfulness in Substance Dependency
Fokus Beziehung			
Autor*in	Jahr	Buch (Sammelband)	Artikel
Holger Selig	2021	Musiktherapeutische Ansätze in der Suchttherapie	Die Therapeutin, die Musik und die Droge – Zur Beziehungsdynamik in der Musiktherapie mit Suchtkranken
Jude Treder-Wolff	1990	–	Music Therapy as a Facilitator of Creative Process in Addictions Treatment
Rahel Jansen	2021	Musiktherapeutische Ansätze in der Suchttherapie	Rückfall – alles auf Anfang?
Fokus Kreativität			
Autor*in	Jahr	Buch (Sammelband)	Artikel
Jude Treder-Wolff	1990	–	Music Therapy as a Facilitator of Creative Process in Addictions Treatment

Fokus Persönlichkeit / Entwicklung			
Autor*in	Jahr	Buch (Sammelband)	Artikel
Christoph Schwabe & Helmut Röhrborn	1996	Regulative Musiktherapie: Entwicklung Stand und Perspektiven in der psychotherapeutischen Medizin	Anwendungsbereiche und Modifikation der Regulativen Musiktherapie
Irene T.F. Dijkstra & Laurien G. Hakvoort	2010	Music therapy and addictions	How to Deal Music? Music Therapy with Clients Suffering from Addiction Problem: Enhancing Coping Strategies
Isabelle Frohne-Hagemann	2001	Fenster zur Musiktherapie: Musiktherapietheorie 1976–2001	Musiktherapie bei Drogenabhängigen und Drogengefährdeten
Jude Treder-Wolff	1990	–	Music Therapy as a Facilitator of Creative Process in Addictions Treatment
Ted Ficken	2010	Music therapy and addictions	Music Therapy with Chemically Dependent Clients: A Relapse Prevention Model
Tonius Timmermann	1983	Musiktherapeutische Umschau	Einzelmusiktherapie mit einem suchtkranken Rockmusiker
Fokus Gruppe / Interaktion			
Autor*in	Jahr	Buch (Sammelband)	Artikel
Jim Borling	2017	–	Stage Two Recovery for Substance Use Disorders: Considerations and Strategies for Music Therapists
John P. Hedigan	2010	Music therapy and addictions	Authenticity and Intimacy: The Experience of Group Music Therapy for Substance Dependent Adults Living in a Therapeutic Community

Tabelle 3: Auflistung der Erkenntnisse und Texte aus der dritten Recherche, geordnet nach Fokussen (Quelle: Eigene Darstellung)

3.5 Exkurs: Theoretische Grundlagen der Musiktherapie

Die Musiktherapie ist – wie bereits angetönt – eine künstlerische und kreative Therapieform. Das kreative Medium Musik wird dabei für therapeutische Zwecke eingesetzt. Dennoch wird das Thema Kreativität in der Musiktherapie aber nicht explizit theoretisch behandelt, wie die Literaturrecherchen im Rahmen dieser Arbeit ergeben haben.

Das Wort «kreativ» wird meist nur als Einzelwort genannt oder diese Thematik wird nur mit ein paar Sätzen angesprochen bzw. kurz gestreift.

Beim Thema *Improvisation* schreibt z.B. Sandra Lutz Hochreutener (2009, S. 164), dass die «Improvisation als Raum für schöpferisches Gestalten» angesehen werden könne: «auf solche Art kreativ zu sein, eröffnet neue innere und äussere Räume».

Der deutsche Musiktherapeut Eckhard Weymann schreibt, die Musiktherapie sei eine therapeutische Methode, deren Ziel «[...] die Wandlung oder Weiterentwicklung eines gegenwärtigen Zustandes ist. Es wird nach etwas Neuem gesucht: Neue Sichtweisen, Auslegungen einer Lebensmethode oder ein anderer Umgang mit einer gegebenen Situation» (Weymann, 2014, S. 229). Ein zentrales Element dabei ist die Dynamische Spielverfassung, bei welcher der Übergang «mit einer umfassenden Umwertung, einem Perspektivenwechsel, einer neuen Kontextualisierung verknüpft» werde (ebda, S. 235). Improvisationen bezeichnet er als «die Momente der Schweben-Verfassung kreativer Akte» (Weymann, 2002, S. 23) und «experimentelle kreative Situationen, in denen durch gesteigertes Hören ein intensivierter Kontakt mit einer seelischen Problematik ermöglicht wird» (Weymann, 2001, S. 81).

Schliesslich wird im Kapitel «Der kreative Aspekt innerhalb der Musiktherapie» im Werk von Hannah Riedl (2021), welches kommentierte Quellentexte des bedeutenden österreichischen Musiktherapeuten und -wissenschaftlers der ersten Stunde Alfred Schmözl präsentiert, in einem Quellentext aus dem Jahre 1974 die Kreativität «als Urveranlagung des Menschen» (Schmözl, 2021, S. 94) bezeichnet. Zusätzlich wird eine kreativ gestaltete Musiktherapie aufgezeigt (Schmözl, 2021).

Auch im von Rosemarie Tüpker und Harald Gruber herausgegebenen Sammelband «Spezifisches und Unspezifisches in den Künstlerischen Therapien» wird der Begriff «Kreation» als spezifischer Wirkfaktor erwähnt, aber nicht weiter ausgeführt (Koch & Martin, 2017, S. 92).

Im Sachwortverzeichnis des Lexikons der Musiktherapie (Decker-Voigt & Weymann, 2009) hingegen ist das Thema Kreativität nicht einzeln behandelt.

Die erwähnten Aussagen lassen vermuten, dass den Begriffen «Schöpferisch», «Neu», «Spiel», «Improvisation», «Kreativität» möglicherweise sich überlappende Inhalte zugeschrieben werden können, auch stehen die Begriffe in einer bestimmten Wechselwirkung zueinander.

Bedauerlicherweise würde es den Umfang dieser Arbeit bei Weitem sprengen, darauf vertieft einzugehen, deswegen wird dieses Thema nicht weiter ausführlicher behandelt.

Die folgende Tabelle 4, die aufgrund der manuellen Recherche in der deutschsprachigen musiktherapeutischen Bibliografie entstanden ist, stellt mehrere therapeutische Wirkungsdimensionen der Musik bzw. Musiktherapie vor, die in den letzten Jahren von verschiedenen Musiktherapeut*innen theoretisch ausgearbeitet wurden. Daraus wird ersichtlich, dass das Thema Kreativität in der allgemeinen theoretischen musiktherapeutischen Diskussion, mindestens des deutschsprachigen Raumes, nicht vorhanden ist.

Therapeutische Dimensionen der Musik(Therapie)						
Neurobiologische Wirkebenen der Musiktherapie nach T. Stegemann	Synchronisierung/ Harmonisierung	Spiegelungsphänomene	Aktivierung von Bindungssystem	Aktivierung von Belohnungssystem/ Emotionalen Zentren	Entspannen/Aktivierung	Neuroplastizität
Heuristisches Wirkfaktorenmodell nach T.K. Hillecke	Modulation der Aufmerksamkeit	Modulation der Emotionen	Modulation der Kognitionen	Modulation der Motorik/des Verhaltens	Modulation der Kommunikation	
Wirkung der Musik nach B. Gindl	Vermittlerin der Resonanzerfahrungen					
Funktionen der Musik nach S. Lutz Hochreutener	Eindruck		Ausdruck		Kommunikation	
Funktionen der Musik nach C. Schwabe	Trägerin der aussermusikalischen Bedeutung			Auslöserin intrapsychischer subjektbesetzter Bedeutungen		
Funktionen der Musik nach E. M. Geiger & C. Maack	Behälter	Katalysator	Kontaktmöglichkeit zu Gefühlen/ Atmosphären	sinnliche/körperliche Erfahrung	Struktur	Übertragungsobjekt
Metakonzept nach I. Frohne-Hagemann	Ästhetik/Leiblichkeit					
Wirkfaktoren der Künstlerischen Therapien nach S. Koch	Hedonismus	Ästhetik	(Nonverbale) Bedeutungsgestaltung	Übergangsraum	Generativität	Produktivität/Gestaltung /Kreation/Schöpfung

Tabelle 4: Auflistung der therapeutischen Dimensionen in der Musik(-Therapie)
(Quelle: Eigene Darstellung)

4. Theorien und Ansätze der Kreativität in der Kreativitätsforschung

Der Begriff Kreativität lässt sich von dem lateinischen Verb *creare* ableiten, welches «schaffen, erzeugen, gestalten» bedeutet. Das Verb *crescere* wird als «gedeihen, wachsen lassen» übersetzt und ist mit *creare* verwandt.

Heinz Schuler und Yvonne Görlich schreiben in ihrem Buch «Kreativität»: «Wenige Begriffe üben eine so anziehende Wirkung aus wie <Kreativität>, und nur wenige sind so unscharf wie dieser» (Schuler & Görlich, 2007, S. 1). «Als kreativ wird sowohl die Kindergartenzeichnung eines Vierjährigen bezeichnet als auch Darwins Evolutionstheorie. [...] Dabei wird Kreativität entweder als spezielle Eigenschaft angesehen, die nur manche Personen auszeichnet, oder als Kontinuum, als ein Merkmal, das sich grundsätzlich bei allen Menschen findet, aber in unterschiedlichen Ausprägungen oder auch in unterschiedlichen Formen zu beobachten ist» (ebda).

Im Weiteren werden nun einige wichtige Theorien und Aspekte dieses Phänomens vorgestellt, um zu zeigen, wie vielfältig und komplex Kreativität ist.

4.1 Kreativität und Psychoanalyse

Die ersten, klassischen Erklärungsmodelle der Kreativität stehen in starker Verbindung mit der Psychoanalyse:

Kreativität kann als psychodynamisches Konstrukt verstanden werden. Der klassischen Psychoanalyse ist spezifisch, dass sie Ähnlichkeiten in der Kreativität und in den psychodynamischen Prozessen sieht und dass ein schöpferischer Prozess als Umformung der Triebenergie verstanden wird (Krampen, 2019, S. 161 f.). Als zweite wichtige Betrachtungsweise der Tiefenpsychologie gilt die Annahme, dass die Kreativität in Beziehung mit unbewussten Abwehrmechanismen wie Regression und Sublimation steht: Ein durch externe Zwänge oder ein rigides Über-Ich entstandener Triebstau wird durch die Sublimation in sozial akzeptierte und positiv bewertete Handlungen transformiert, wodurch der Triebstau abgebaut wird (ebda, S. 162). Ebenfalls sind nach dieser Auffassung für die Kreativität primäre, nicht auf Logik bezogene und durch spielerische und nicht rationale Art definierte Prozesse und nicht sekundäre, auf Logik bezogene Prozesse wichtig. Der emeritierte Hamburger Professor für Psychologie Arthur Cropley formuliert, kreativ Denkende zeichneten sich dadurch aus, dass sie sich die Fähigkeit bewahrt haben, Merkmale aus dem Primärprozess in ihr Denken aufzunehmen (Cropley, 1982, in Krampen, 2019,

S. 163). So gelingt es ihnen, ihr Denken durch derartige Gedankenverbindungen, die bei überwiegend an Sekundärprozessen orientierten Menschen streng unterdrückt werden, beträchtlich anzureichern: «Ein freies Zusammenwirken der normalerweise durch die Logik des Sekundärprozesses getrennt gehaltenen Ideen, eine freie Ideenverschmelzung, lässt Kreativität entstehen» (ebda).

In Bezug auf die Psychoanalyse ist auch der so genannte «psychedelische Ansatz der Kreativität» interessant. Historisch gesehen ist er mit der Bewegung der 60er Jahre, mit religiösen Selbstversenkungsmethoden und veränderten Bewusstseinszuständen durch Konsum verschiedener Drogen verbunden. Im psychedelischen Ansatz der Kreativität wird «die Bewusstseinsweiterung, die sich auf subjektiv neuartige, ungewohnte Empfindungen, Wahrnehmungen und Denkinhalte bezieht sowie dadurch gekennzeichnet sein soll, dass vormals unbewusste bzw. vorbewusste Inhalte bewusst werden, zum zentralen Mechanismus für kreative Zustände und Prozesse. Angestrebt wird damit die Optimierung der psychologischen Entwicklung und der Selbsterkenntnis, wobei Kreativität eines der zentralen Folgephänomene sein soll» (Aaronson & Osmond, 1970, Krippner 1985, Treffinger et al., 1983, in Krampen, 2019, S. 166). Aus heutiger Sicht gesehen wissen wir, dass die Induzierung solcher Zustände in Verbindung mit der möglichen Entstehung von stoffgebundener Abhängigkeiten steht (Krampen, 2019, S. 166 f.). Das anfängliche Ziel, die Persönlichkeitsentwicklung und Selbsterkenntnis zu fördern, geht mit der Entstehung der Abhängigkeit verloren, was auch den Verlust der Kreativität als eines der Merkmale seelischer Gesundheit nach sich zieht.

4.2 Kreatives Denken und Handeln

In der modernen Forschung wird die Kreativität in Verbindung gebracht zum divergenten Denken und Handeln. Als «divergentes Denken und Handeln» bezeichnet man ein mehrgleisiges, kreatives Denken (Krampen, 2019, S. 20). Zu den Kriterien des divergenten Denkens gehören Fähigkeiten wie diejenige, ein Problem zunächst zu identifizieren und die richtigen Fragen bezüglich der Lösung des Problems zu stellen; die so genannte «Ideenflüssigkeit», die Fähigkeit, eine genügende Anzahl von Lösungsvorschlägen zu generieren; die Ideenflexibilität, die Fähigkeit, qualitativ verschiedene Lösungen vorzuschlagen; die Elaboration, die Fähigkeit zur Intensivität bei intellektueller Auseinandersetzung mit dem vorhandenen Problem; und schliesslich die Imagination – auch bezeichnet als Improvisation, Redefinition oder Umstrukturierung – als Fähigkeit, das Merkmal «Transformation» in die Problemlösung einzubringen (ebda, S. 26 f.). Als «konvergentes

Denken» gilt im Gegensatz dazu ein eingleisiges, schlussfolgerndes und «intelligentes Denken» (ebda, S. 20).

Nach Günter Krampen ist nicht nur divergentes, sondern auch konvergentes Denken für eine Problemlösung wichtig; beide sind die unterschiedlichen Facetten des Problemlösens (ebda). Deswegen seien für einen angemessenen Umgang mit vielen Problemen und für eine hohe Handlungsfreiheit in verschiedenen Situationen sowohl konvergente als auch divergente Fähigkeiten und zusätzlich natürlich auch Sachwissen notwendig (ebda). Das divergente Denken und Handeln stelle also nur einen Aspekt des Problemlösens dar (ebda, S. 21).

Divergentes Denken und Handeln werde aber stark in Verbindung zu solchen Kriterien wie *Neuheit* und *Nützlichkeit* gebracht: «Neuheit wird dabei in der Regel über den Aspekt der Originalität im sozialen Vergleich definiert. Bislang nicht vorhandene Lösungsvorschläge oder aber bislang sehr selten generierte Lösungsvorschläge gelten als originell beziehungsweise neuartig» (ebda, S. 24). In Bezug dazu wird der Aspekt der Nützlichkeit bedeutend, da nicht alles, was neuartig ist, auch zwingend nützlich ist: «Die kreative Problemlösung muss also neben ihrer relativen Seltenheit oder Neuheit zudem eine dem Problem angemessene Antwort auf die offene Ausgangssituation oder Fragestellung sein, diese zumindest weiterentwickeln, differenzieren oder besser der weiteren Bearbeitung zugänglich machen» (ebda, S. 26).

Somit ist die Fähigkeit, ein Problem **neu** zu lösen, ein zentrales Merkmal des kreativen Denkens und Handelns (ebda, S. 28).

4.3 Kreativer Prozess

Kreativität wird auch als ein kreativer Prozess verstanden. Marino Sidney Basadur (1994, in Schuler & Görlich, 2007, S. 29) bezeichnet den kreativen Prozess als einen Stufenprozess, der aus den drei Schritten (1) Problemfinden, (2) Problemlösen und (3) Lösungs umsetzen besteht. Schuler und Görlich (2007) haben ein Schema ausgearbeitet, das viele verschiedene bisherige Konzepte verbindet. Die entstandenen Phasen des kreativen Prozesses bezeichnen sie als (a) Problementdeckung, (b) Informationssuche, -aufnahme und -bewertung, (c) Kombination von Konzepten, (d) Ideenfindung, (e) Ausarbeitung und Entwicklung des Lösungsansatzes, (f) Ideenbewertung, (g) Anpassung, (h) Umsetzung und (i) Implementierung. Ursula Stenger bezeichnet den kreativen Prozess vor allem «als einen grundlegenden Durchbruch, eine Veränderung in einer Dimension, die die Wahrnehmung so verändert, dass kein Zurück vor diese Erfahrung möglich ist» (2002, in

Vollmer, 2020, S. 32). Dies sei «eine existentielle Erfahrung, auf die ein radikaler Neuanfang folgt» (ebda, S. 32).

Zu den Phänomenen eines kreativen Prozesses zählen u.a. (1) die Kortikale Aktivierung, (2) die Kognitive Ungehemmtheit und (3) die Hemisphärendominanz (Schuler & Görlich, 2007, S. 26 f.).

Wissenschaftlich relativ gesichert ist, dass die Aktivierung der Grosshirnrinde eines Menschen über den Normalzustand den kreativen Prozess hemmt; geringe Aktivierung hingegen unterstützt kreative Prozesse (ebda).

Hans Jürgen Eysenck (1995, in Schuler & Görlich, 2007, S. 27 f.) stellt hypothetisch dar, dass die Neurotransmitter Dopamin und Serotonin die Kreativität beeinflussen, indem sie sich direkt auf die kognitive Hemmung auswirken. Ein gewisses Mass an kognitiver Ungehemmtheit kann der Kreativität als Persönlichkeitsmerkmal zugutekommen. Ein hohes Mass soll für die Entwicklung von Psychosen verantwortlich sein.

Obwohl ein solches Konzept die Ansicht suggeriert, dass es unter psychisch kranken Leuten mehr kreative Menschen geben müsste, betont Krampen in seinem Werk «Psychologie der Kreativität», dass dafür keine systematischen Belege vorliegen (Krampen, 2019, S. 155). Das Thema «Genie und Ir Sinn» ist seit Jahrhunderten in der Kunst, Philosophie und Psychiatrie präsent. Auch wird man immer wieder fasziniert von den Kunstwerken der «art brut» oder «outsider art», was dann leicht zur Behauptung einer allgemein erhöhten Kreativität psychisch kranker bzw. psychiatrischer Patient*innen verleiten kann (ebda, S. 155 f.).

4.4 Kreativer Kontext

Kreativität lässt sich ebenfalls in Verbindung zum *Kontext* zu bringen: Das vorliegende Modell (Abbildung 5) des ungarischen Psychologen Mihály Csíkszentmihályi (1934–2021) ist das erste Kreativitätsmodell, welches die individuelle Ebene der Kreativität auf die soziale und kulturelle Ebene erweitert: Die Wechselwirkungen zwischen Individuum, sozialem System und Kultur beeinflussen die Entwicklung der Kreativität.

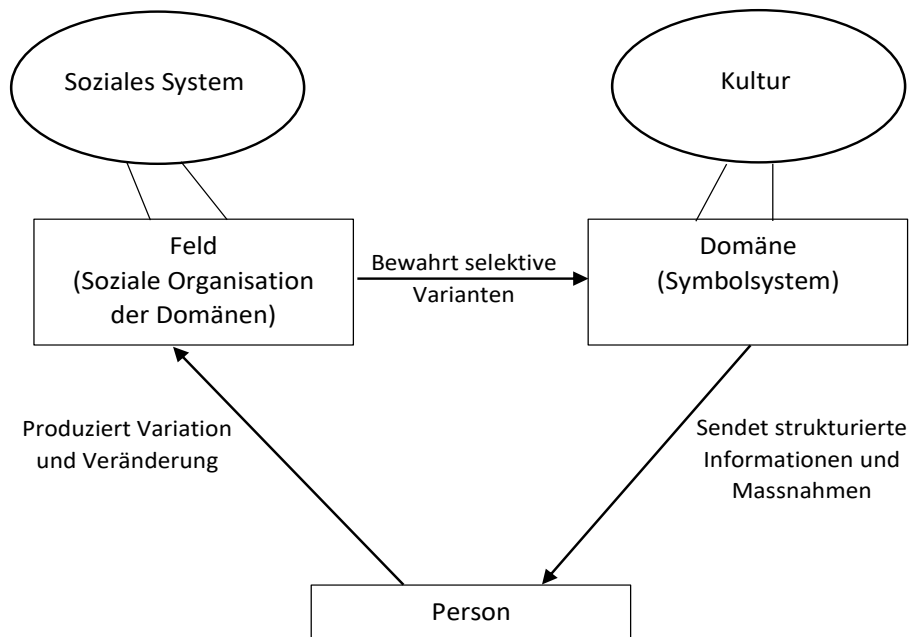


Abbildung 5: Kreativitätsmodell nach Csikszentmihályi
(Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Csikszentmihályi, 1988b, S. 329, in Krampen, 2019, S. 244)

Rogers hat auch den Einfluss der *Umwelt* für die Kreativität betont. Gemäss ihm lässt nur eine bedingungslos wertschätzende und empathisch verstehende Umgebung zu, die Persönlichkeitsentwicklung einer Person, d.h. auch die Entwicklung der Kreativität, zu fördern (Rogers, 2016, S. 346 ff.).

Eines der wichtigsten Forschungsfelder des sehr breiten Themas Kreativität ist das Zusammenspiel von **Kreativität und Persönlichkeit**, dem nun in der Folge nachgegangen werden soll.

4.5 Kreative Persönlichkeit

Das Thema einer kreativen, schöpferischen Persönlichkeit lässt sich bis in die Antike verfolgen. «Aber erst die Zeit der Aufklärung verhalf den Prinzipien gedanklicher Freiheit und Individualität zur ausreichender Geltung, um persönliche Eigenschaften als Quelle kreativer Leistungen in den Blickpunkt zu rücken», schreiben Schuler und Görlich (2007, S. 10).

Nach Frank Barron und David M. Harrigton (1981, in Schuler & Görlich, 2007, S. 12) zählen zu den Merkmalen einer kreativen Person Eigenschaften wie (1) ästhetische Werte, (2) breite Interessen, (3) hohe Energie, (4) Anzogenensein durch Komplexität, (5)

Unabhängigkeit des Urteils, (6) Autonomie, (7) Intuition, (8) Selbstvertrauen, (9) Aufklärung von Widersprüchen und (10) Selbstbild «kreativ». Richard S. Mannsfield und Thomas V. Busse (1981, in Schuler & Görlich, 2007, S. 12) wiederum fassen die typischen Merkmale einer kreativen Persönlichkeit wie folgt zusammen: (a) überdurchschnittliche Intelligenz, (b) umfangreiche Ausbildung, (c) emotionale Regulierung, (d) Autonomie, (e) Flexibilität und Offenheit, (f) Bedürfnis originell zu sein, (g) Bedürfnis nach beruflicher Anerkennung, (h) Arbeitsengagement und (i) ästhetisches Feingefühl.

Wie bereits weiter oben gesagt, wird Kreativität als einer der Indikatoren von seelischer Gesundheit und optimaler Persönlichkeitsentwicklung angesehen (Krampen, 2019, S. 30). Dies wird in unterschiedlichen Behandlungsansätzen, u.a. auch in der Musiktherapie, für somatische, psychiatrische und psychosomatische Krankheiten, zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Selbstbestimmung genutzt. Für eine kreative Person ist auch typisch, dass sie Fähigkeiten wie Selbstaktualisierung, Autonomie, Selbstkontrolle und Bindung besitzt (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 163).

Die wesentlichen Forschungsrichtungen, die sich mit der Frage der Kreativität beschäftigen, sind die Kreativitätstheorien und weitere Ansätze, die in einer starken Verbindung zur Persönlichkeit eines Menschen und zu dessen individueller gesunder Entwicklung stehen.

Zu den wichtigsten humanistischen Theorien, die sich mit Persönlichkeit und ihrer Entwicklung befassen, gehört die Persönlichkeitstheorie von Maslow und die Selbsttheorie der Persönlichkeit nach Rogers, welche nun im Detail vorgestellt werden sollen.

4.5.1 Humanistische Persönlichkeitstheorie von Maslow

Abraham Harold Maslow (1908–1970), US-amerikanischer Psychologe und Gründer der «humanistischen Psychologie», war der Erste, der sich in seiner wissenschaftlichen Arbeit mit der Entwicklung von gesunden Personen befasst hat. Aus seinen Beobachtungen entstand die bekannte Bedürfnispyramide des Menschen (siehe Abbildung 6). Die Selbstverwirklichung des Menschen stellt er zuoberst in seiner Bedürfnishierarchie dar: Das ist das Maximum der Persönlichkeitsentwicklung. Hier platziert er auch die Kreativität eines Menschen. Über die Kreativität schreibt Maslow: «Ich habe das Gefühl, dass das Konzept der Kreativität [...] und das Konzept der gesunden, sich selbstaktualisierenden, vollkommenen menschlichen [...] Person sich immer näher zu kommen scheinen, und es mag sein, dass sich herausstellt, dass sie dasselbe sind» (Maslow, 1959, 1971, in Krampen, 2019, S. 298). In seinem Artikel «Creativity in Self-Actualizing People» nimmt Maslow

(2000) später nochmals Bezug zum Thema Kreativität. Er gibt zu, dass der Begriff der Kreativität sich im Laufe der Zeit für ihn geändert hat. Die anfängliche Überzeugung, dass die Kreativität die Eigenschaft der Expert*innen ist, wich der Überzeugung, dass die Kreativität eine Kraft ist, die jedem Menschen innewohnt (Maslow, 2000, S. 1 ff.). Er unterscheidet in seinen Überlegungen die «primäre Kreativität» von der «sekundären Kreativität» (ebda, S. 9). Die primäre Kreativität vergleicht er mit der Improvisation im Jazz (ebda, S. 8). Sie ist auf primäre Prozesse ausgerichtet und zeichnet sich aus durch Spontanität, Offenheit, Aufgeschlossenheit gegenüber Erfahrungen oder durch die Fähigkeit, Impulse und Ideen ohne Unterdrückung auszudrücken (ebda, S. 9). Die sekundäre Kreativität bezieht sich mehr auf das Denken; sie ist verantwortlich für das Zusammenlegen und Weiterentwickeln von Ideen anderer Menschen (ebda, S. 9). Die beiden Kreativitätsformen ergänzen einander: Ihre Verbindung nennt Maslow «integrierte Kreativität». Aus dieser Form entstehen gemäss ihm grossartige naturwissenschaftliche Werke, Kunstwerke usw. (ebda, S. 9).

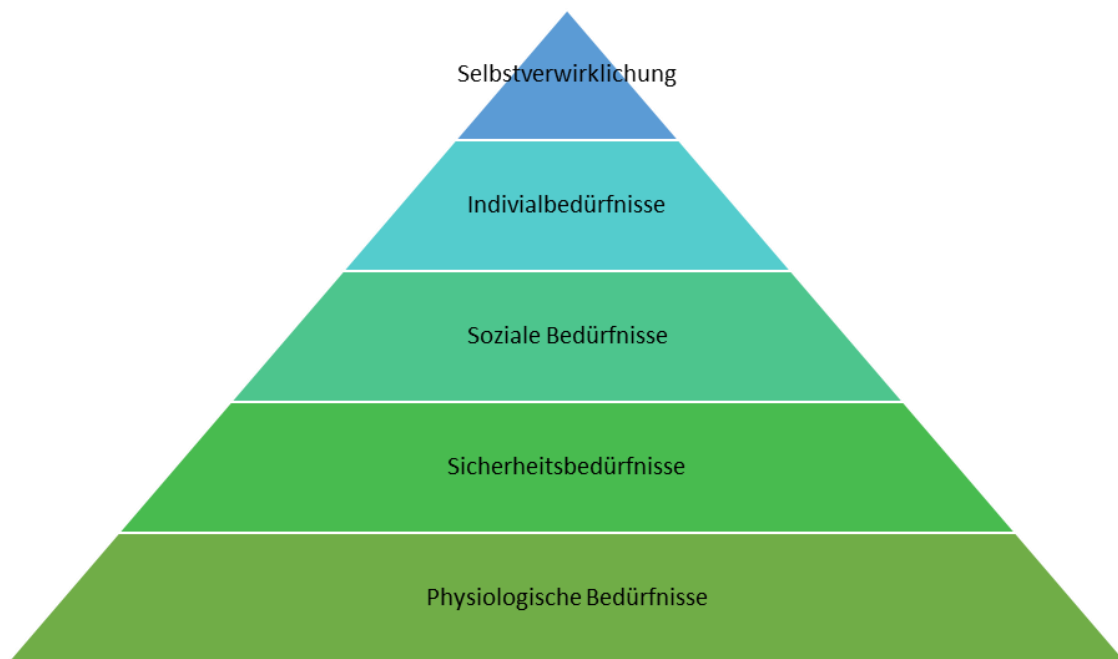


Abbildung 6: Maslowsche Bedürfnishierarchie
(Quelle: Eigene Darstellung)

4.5.2 Humanistische Selbst-Theorie der Persönlichkeit nach Rogers

Der US-amerikanische Psychologe und Psychotherapeut Carl Rogers (1902–1987) hat aus seinen praktischen therapeutischen Erfahrungen mit psychisch kranken Menschen die theoretischen Grundlagen seiner Selbsttheorie der Persönlichkeit entwickelt. Die Kreativität taucht in seinen Schriften in enger Verbindung mit der Selbstaktualisierung eines

Menschen auf (Krampen, 2019, S. 304). Rogers geht davon aus, dass die Kreativität «die Tendenz des Menschen ist, sich selbst zu aktualisieren, die eigenen Möglichkeiten zu realisieren» (Rogers, 1954, in Krampen, 2019, S. 304). Er schreibt: «Damit meine ich eine Gerichtetheit, die sich in allem organischen und menschlichen Leben zeigt: der Drang nach Expansion, Ausdehnung, Entwicklung und Reife; die Tendenz, alle Kapazitäten des Organismus oder des Selbst zum Ausdruck zu bringen und zu aktivieren» (Rogers, 2016, S. 340). Diese Tendenz kann seiner Meinung nach bei einem Menschen zwar tief «begraben» sein, sie ist aber nie gänzlich weg und wartet nur auf die richtigen Bedingungen, um freigesetzt und ausgedrückt zu werden (ebda).

Die inneren Bedingungen für Kreativität sind für ihn die Offenheit eines Menschen gegenüber der Erfahrung, seine/ihre Fähigkeit, mit Begriffen und Elementen zu spielen, und seine/ihre Fähigkeit, eine innere Bewertungsinstanz zu haben (ebda, S. 343 f.). Das bedeutet, dass weder Lob noch Tadel anderer den Wert des Werkes eines solchen Menschen bestimmt, denn diesen bestimmt der Mensch selbst (ebda, S. 344).

4.6 Kreativität und Spiel

In Bezug auf Kreativität und Musiktherapie ist es sehr wichtig, auch die Theorien des Spiels nicht unerwähnt zu lassen.

Die sozial-kognitive Tätigkeitstheorie des sowjetischen Psychologen Lew Semjonowitsch Wygotski (1896–1934) stellt Bezüge zwischen Imaginationsfähigkeit, Kreativität und Kinderspiel her (Krampen, 2019, S. 284 f.). Wygotski schreibt: «[...] Das Spiel eines Kindes ist nicht einfach eine Reproduktion von dem, was es erlebt hat, sondern vielmehr eine kreative Umarbeitung der Eindrücke, die es gewonnen hat. Es kombiniert diese und nutzt sie, um eine neue Realität zu konstruieren, die an die eigenen Bedürfnisse und Wünsche angepasst ist [...]» (Wygotski, 1930, 1967, 2004, in Krampen, 2019, S. 285).

Für den englischen Kinderarzt und Psychoanalytiker Donald W. Winnicott (1896–1971) gehört Kreativität zum Lebendigsein: «Mehr als alles andere ist es die kreative Wahrnehmung, die dem einzelnen das Gefühl gibt, dass das Leben lebenswert ist», schreibt er (Winnicott, 2019, S. 78). Als Grundlage der Kreativität bezeichnet er das Spiel und die Fähigkeit eines Menschen, zu spielen (ebda, S. 65). Diese Eigenschaft des Menschen zu fördern, ist seiner Meinung nach in der Therapie sehr wichtig (ebda, S. 49). «Halten Sie viel von der kindlichen Fähigkeit zu spielen! [...] Ist im Spiel eine reiche Phantasie am Werk, vergnügt sich aber das Kind auch bei Spielen, wo es auf eine exakte Wahrnehmung der äusseren Realität ankommt, dann können Sie wirklich glücklich sein, selbst wenn das

betreffende Kind einnässt, stottert, Wutanfälle hat oder Leibschmerzen und Depressionen aufweist. Das Spiel zeigt die Fähigkeit des Kindes, in einer vernünftigen, stabilen und guten Umwelt seine persönliche Lebensform zu entwickeln und schliesslich ein ganzer Mensch zu werden, der so, wie er ist, akzeptiert und von der ganzen Welt angenommen wird», so Winnicott (1946, in Davis & Wallbridge, 2018, S. 101). Er betont, dass «Gerade im Spielen und nur im Spielen [...] das Kind und der Erwachsene sich kreativ entfalten und seine ganze Persönlichkeit einsetzen, und nur in der kreativen Entfaltung [...] das Individuum sich selbst entdecken» könne (Winnicott, 2019, S. 66). Und fügt weiter aus, dass der wesentliche Aspekt des Spielens mit einem gewissen Wagnis verbunden sei, das sich «aus dem Zusammenwirken von innerer Realität und dem Erlebnis der Kontrolle über reale Objekte ergibt» (ebda, S. 59). Schöpferische, körperliche und geistige Aktivität, die sich im Spiel manifestieren, bilden die Grundlage für ein Selbstgefühl eines Menschen (ebda, S. 68). Nur unter solchen Bedingungen kann «das Individuum zu sich selbst kommen und als Einheit existieren, und zwar nicht aus Angstabwehr sondern als Ausdruck des ‹Ich-bin›, ‹Ich-lebe›, ‹Ich-bin-Ich›» (Winnicott, 1962, in Winnicott, 2019, S. 69). «Wenn ein Patient nicht spielen kann, muss der Therapeut sich zuerst diesem Hauptsymptom widmen, bevor er auf Einzelheiten des Verhaltens eingeht» (Winnicott, 2019, S. 59).

4.7 Kreativität in der Therapie

Das Thema Kreativität ist in der Heilkunde generell auch nicht neu, auch wenn es in dem heutigen psychologischen Verständnis der Therapie der Krankheit nur am Rande zu finden ist (Krampen, 2019, S. 566).

Schon der Schweizer Psychiater und Begründer der analytischen Psychologie Carl Gustav Jung (1875–1961) schrieb in seinen Schriften, dass der schöpferische Drang durch alles gehe, was es in dieser Welt gibt, und dass der Mensch, wenn an diesen Drang angeschlossen, gesund sei. So könne er zu sich selbst finden, indem «noch zu wenig Entwickeltes entwickelt, Überfälliges losgelassen, abgespaltene Anteile integriert» werden: «Indem Menschen schöpferisch sind, gestalten sie sich auch selbst» (Kast, 2014, S. 294). Der Individuationsprozess bei Jung ist ähnlich dem schöpferischen, «kreativen» Prozess beschrieben (ebda).

Auch der österreichische Psychoanalytiker Otto Rank (1884–1939) widmet sich, noch deutlicher als Jung, dem Thema Kreativität. Während für seinen Zeitgenossen und Kollegen, den Arzt, Neurophysiologen und Tiefenpsychologen Sigmund Freud (1856–1939),

ein Mensch von seinen Trieben gesteuert wird und ein zum Teil mangelhaftes Wesen ist, sieht Rank «in der Kreativität den Wesenskern des Menschen» (Janus, 2014, S. 303). Seine richtungsweisenden Gedanken waren für die spätere Entwicklung der humanistischen Psychologie und pränatalen Psychologie (ebda, S. 304), im weitesten Sinne auch für die Musiktherapie und andere künstlerischen Therapien grundlegend und wegweisend und werden im Weiteren näher betrachtet, zumal sie auch die Vorgehensweise der Autorin massgeblich beeinflusst haben.

Während sich in der freudianischen Psychoanalyse durch eine*n wissende*n Therapeut*in, der/die deutet und dadurch dem/der Patient*in hilft, sich eine hierarchische Struktur der therapeutischen Beziehung und des therapeutischen Prozesses zeigt, bleibt die Kreativität des Einzelnen und seine eigenen Gestaltungsmöglichkeiten deutlich begrenzt (ebda, S. 310). Für Rank hingegen sind wir aber nicht nur die Geschöpfe, sondern auch die Schöpfer unser Selbst (ebda, S. 311). Er plädiert im therapeutischen Prozess für die Entfaltung der eingeschränkten Persönlichkeit des/der Patient*in, der/die sich in seiner/ihrer vollen Lebendigkeit finden, erfinden und entfalten sollte. Der/die Therapeut*in ist in so einem Prozess nur «fördernder Begleiter» und nicht die väterliche Autorität (ebda). Auch betont Rank das Vorhandensein der Vorsprachlichkeit im Beziehungsgeschehen, die stark auch in künstlerischen Therapien in den Vordergrund tritt und erst im therapeutischen Prozess «zum Sprachlichen hingeführt» wird (ebda, S. 306 ff.). Das zentrale Element des Menschenbildes ist demzufolge ein Verständnis des Menschen als Individuum mit kreativem Potential, das ihm zu seiner Lebendigkeit und zu seinem Willen, seinen eigenen Lebensentwurf zu entwickeln, zu verhelfen vermag (Janus, 2014). Den Willen setzt Rank ins Zentrum des Geschehens: Er wird als Urphänomen, als Lebendigkeit, als gestaltende Macht und «als ureigensten Ausdruck der Handlungsintentionen einer Person» im Leben verstanden (ebda, S. 311 ff.).

Zusammenfassend kann man sagen, dass es nach Rank in der Therapie darum geht, den/die Patient*in seinen/ihren eigenen Willen und die eigene «Kreativität» entdecken zu lassen und ihn/sie bei der Entfaltung dieser seelischen Kräfte zu unterstützen (ebda, S. 311 f.). «Die Therapie selbst versteht er als Inszenierung eines missglückten Lebensentwurfes mit einem besseren Ausgang» (ebda, S. 312). Die Kreativität gehört für Rank zu den zentralen Phänomenen jeder Therapie (ebda, S. 314). Den Begriff «Künstler» versteht er daher nicht nur als bildenden Künstler, sondern in einem weiten Sinne des Wortes: Wir alle können auch zu Künstler*innen werden, wenn wir unser kreatives Potential

zur Lebensgestaltung zu nutzen lernen. «Künstler im engeren Sinne ist für ihn gewissermaßen das Modell für diese menschliche Möglichkeit» (ebda).

4.8 Förderung von Kreativität

Ein wesentlicher Aspekt der Kreativitätsforschung liegt in der Frage, wie man die Kreativität praktisch fördern kann. Die Kreativitäts- und Musikpsychologie, auch die Philosophie und einige Psychotherapievertreter*innen beschäftigen sich schon lange mit dieser Frage. Inzwischen wurden vier Tätigkeiten herauskristallisiert, die als kreativitätsfördernde Prozesse gelten und bei welchen kreative Impulse entstehen: (1) Komposition, (2) Improvisation, (3) Imagination und (4) Achtsamkeit. Auf alle vier Phänomene wird an dieser Stelle kurz eingegangen.

Kai S. Lothwesen und Andreas C. Lehmann (Lothwesen & Lehmann, 2018, S. 341) schreiben, dass Komponieren und Improvisieren zu den kreativen Tätigkeiten in der Musik gehören. Aus kognitionspsychologischer Sicht wird die *Improvisation* als beständige Abfolge von Handlungen und Entscheidungen betrachtet, die eine fortdauernde Evaluation erfordern, um aktuelle musikalische Ideen in Echtzeit entweder zu wiederholen, möglicherweise weiterzuentwickeln oder auch zu verwerfen. Die Improvisation geschieht «online», sehr oft in der Gruppe, und die zeitlichen Vorgaben dabei sind sehr streng (ebda, S. 345).

Komposition kann als Serie einzelner, abgeschlossener, improvisationsartiger Episoden betrachtet werden. Sie findet dagegen «offline» statt und unterliegt kaum einem zeitlichen Druck (ebda).

Nach Leuner (2012, S. 282) impliziert die Fähigkeit eines Menschen zu *imaginieren* die Eigenschaft kreativer Produktion. Er zitiert Landau, der postuliert, dass kreativ zu sein auf dem Mut beruhe, sich ins Neue, Unbekannte und Ungewisse vorzuwagen (Landau, 1984, in Leuner, 2012).

Kreativität bedeutet zugleich aber auch *Kommunikation*: «Das Individuum ist in ständigem Kontakt mit seiner Aussen- und Innenwelt. Die Offenheit, mit der es seine Umwelt erlebt, ermöglicht ihm, die Existenz von Problemen zu erkennen und sie emotional zu empfinden. Die Beziehung zu seiner Innenwelt ergibt Assoziationen mit Gewusstem und Erlebtem, die zu Lösungen führen. Die neuen, zunächst nur subjektiv relevanten Einsichten bedürfen dann der Objektivierung, um sie kommunikativ der Aussenwelt in verständlicher Form zugänglich zu machen» (Landau, 1984, in Leuner, 2012).

Für Jung war die *Imagination* «als schöpferische Tätigkeit, als Erinnerung oder als die Grundlage für etwas Neues, vielleicht sogar für etwas in dieser Form noch nie Dagewesenes, auch fundierend auf Erinnerung, aber in einer neuen Weise orchestriert» (Kast, 2016, S. 29). Er war der Meinung, dass man durch das Schöpferische zu sich selbst finde (ebda). Das menschliche Ich, meinte Jung, könne nicht ohne Kreativität leben. Es erfindet immer wieder etwas Eigenes, Ungewöhnliches, vielleicht sogar Gefährliches. Für ihn sind alle kreativen Impulse, die aus Imaginationen, Träumen, Einfällen stammen, im Individuationsprozess enorm wichtig (ebda, 29 f.).

Auch *Achtsamkeit* ermöglicht die Freisetzung von Kreativität: Karl H. Brodbeck (2012) nennt in seinem Artikel «Zur Philosophie der Kreativität», dass die Achtsamkeit eine wichtige Bedingung der Kreativität ist. Er schreibt, dass «die eigentliche Einsicht, die neue Erkenntnis ein im höchsten Masse wacher Zustand» sei (Brodbeck, 2012, S. 26). Der Ort der Kreativität sei daher stets eine bewusste Offenheit (ebda). «Diese Offenheit besitzt eine kognitive Natur [...] Um als neue Idee im Geist aufzutauchen, muss dafür ein Raum eingeräumt werden. [...] Um Neuem Raum einzuräumen, müssen sowohl der Denkprozess, die Wahrnehmung wie die fortlaufende Konstitution des Egos aufhören oder durchbrochen werden» (ebda). «Der schöpferische Augenblick ist somit eine Lücke in den gewohnten Bewusstseinsabläufen» (Erickson & Rossi, 1981, in Brodbeck, 2012, S. 26). Und weiter betont Brodbeck, dass diese Lücke oder das, was bleibt, kein Nichts sei, sondern eine «Offenheit, für die der beste Begriff «Achtsamkeit» ist» (Brodbeck, 2012, S. 26). Somit ist ein echter kreativer Prozess auch ein achtsamer Prozess und ohne Achtsamkeit nicht möglich.

4.9 Abhandlung von Subkowski über Kreativität, Kunst und Sucht

4.9.1 Kreativität, Kunst und psychoaktive Substanzen

Schlussendlich steht Kreativität ebenfalls in einer engen Verbindung zu Kunst. Kreativität war schon immer die unabdingbare Bedingung des schöpferischen Schaffens eines Künstlers bzw. einer Künstlerin. Sie zu verlieren, bedeutet für eine/n Künstler*in meistens alles zu verlieren, sein/ihr Ego, seine/ihre narzisstische Selbstbestätigung, seine/ihre Identität und schliesslich sich selbst.

Psychoaktive Substanzen, so glauben zumindest viele Künstler*innen, würden ihnen helfen, kreativer zu werden oder kreativ zu bleiben. Dies, obschon manche Untersuchungen (Ludwig, 1990, 2001, in Subkowski, 2018, S. 466) zeigen, dass nicht direkt die psychoaktiven Substanzen, sondern der Glaube an deren Wirkung (Placebo) die Kreativität

verbessert, und dass der kreative Rausch letztlich subjektiv überschätzt wird (Subkowski, 2018, S. 466). Es gibt zwar auch einige Studien (Curry, 1968, Tart, 1971, Aldrich, 1944, Reed, 1974, in Fachner, 2005, S. 62; Hess, 1995, Fachner, 2002, in Fachner, 2005, S. 63), deren Resultate einen gewissen Einfluss der psychoaktiven Substanzen auf den kreativen Prozess vermuten lassen; d.h. sie halten ihn durchaus für möglich. Nach Wolfgang Schmidbauer und Jürgen Vom Scheid (1999, in Subkowski, 2018, S. 465) erlauben bestimmte Substanzen dem Menschen, im berauschten Zustand zwar andere Wirklichkeiten zu erleben und «einen breiten Zugang zum Unbewussten» zu erreichen. Doch bleibe die Kreativität des Künstlers/der Künstlerin schlussendlich die feste Variable, die dann über den gelingenden kreativen Prozess entscheide und ihn auch ohne Einwirkung von Drogen möglich mache (Subkowski, 2018, S. 465). Nach Schmidbauer und Von Scheidt (1999, in Subkowski, 2018, S. 466) wusste z.B. auch der französische Schriftsteller und Lyriker Charles Baudelaire (1821–1867), der in seinem Essay «Die künstlichen Paradiese» einen Lobgesang für Drogen niederschrieb, dass die Drogen in einem nur das «bewegen» können, was in einem ohnehin bereits enthalten ist.

Im vorliegenden Kontext geht es um die Kreativität als persönliche Fähigkeit eines Menschen oder einer Gruppe von Menschen zusammen, ein «neues» und von dem anderen so auch bezeichnetes Produkt bzw. Werk hervorzubringen.

4.9.2 Kreativität und Sucht

In der bereits in der Einleitung angesprochenen Abhandlung «Psychodynamik des Rauschs und der Sucht» des deutschen Psychoanalytikers Peter Subkowski (2018) wird dieses Thema aufgegriffen. Darin werden aus psychodynamischer Perspektive Parallelen zwischen Kunst, Kreativität und Sucht aufgezeichnet. In seinen Auslegungen über die Sucht entwickelt Subkowski die Idee, dass Sucht und Rausch, Kreativität und Kunst bezüglich Motivation und psychischer Funktion einige gemeinsame Merkmale zeigen und deswegen miteinander verglichen werden können. Seiner Meinung nach strebt sowohl der/die Süchtige als auch der/die Kreative nach einer narzisstischen Bestätigung und Selbstintegration, die sich durch einen starken Drang nach Befriedigung und Lustgewinn auszeichnen. Sowohl kreative Prozesse wie auch süchtiges Verhalten können u.a. dem Versuch dienen, frühere oder auch aktuelle seelische Traumata zu überwinden und sich psychisch «vollkommener und runder» zu fühlen. Anders als bei einem wirklichen «kreativen» Prozess, bei dem die Suche nach Auseinandersetzung mit der Realität und nach etwas «Neuem» im Zentrum stehen, tritt in der Sucht aber das Streben nach einer

ständigen Wiederholung des Gleichen ohne Möglichkeit zur psychischen Weiterentwicklung und Reife auf, somit führt sie auch zu keiner «Kreativität». Der durch den Einsatz exogener Suchtmittel hervorgerufene Rauschzustand kann möglicherweise in der Phase des schädlichen Gebrauches kreative Prozesse fördern, indem er – durch Enthemmung und Aufhebung der Abwehr – unbewusste Inhalte leichter ausdrück- und externalisierbar macht. Tatsächlich ermöglicht der Rausch einem, gewisse unbewusste, primärprozesshafte Wahrnehmungen jenseits einer kritisch-logischen Weltsicht zu erleben und dadurch scheinbar die Kreativität zu erhöhen. Mit fortschreitender Entwicklung der Sucht findet aber eine andere Entwicklung statt (Subkowski, 2008, S. 467).

Gemäss Subkowski ist für das Erleben im Rausch charakteristisch, dass der/die Abhängige sich selbst in diesem Zustand für überaus originell und kreativ hält und scheinbar seine/ihre Probleme in der Hand hält, was ihm/ihr in jenem Moment eine vermeintliche «kindliche, magische, narzisstische Grösse» beschert. Im Zustand der Ernüchterung wird aber eine eben ernüchternde Wirklichkeit offenlegt, dass alles im Rausch Erlebte eine Illusion war, wodurch der Drang zu einem erneuten Rausch aufkommt, um sich wieder besser zu fühlen (ebda).

Subkowski betont, dass der Mensch im Gegensatz zu gelungenen «kreativen» Prozessen in seiner süchtigen Verstrickung nicht mehr in der Lage ist, von seinen narzisstischen Grössenideen Abstand zu nehmen. Die «kreativen» Entwicklungsprozesse, die durch Entwicklung von Neuem, durch Veränderung und durch Auseinandersetzung mit Lebenskrisen und Grenzen des Daseins geprägt sind, gehen verloren. Es entwickelt sich eine süchtige Haltung, aufgrund derer es nicht mehr möglich ist, sich der Realität des Lebens, mit allen Leiden und allem möglichen Scheitern, zu stellen. Auch geht die Fähigkeit zur Beziehungsaufnahme und zur Öffnung gegenüber anderen Menschen verloren, was zum sozialen Rückzug, zur Isolation und zum Versanden aller «kreativen» Prozesse führt (ebda). Somit entwickelt sich für mich die fortschreitende **«Sucht als Bild der verlorenen «Kreativität»**»; je ausgeprägter die Sucht ist, desto stärker tritt dieses Bild hervor.

Für Subkowski steht fest, dass durch den Prozess der Sucht sämtliche Aspekte der «Kreativität», also die Fähigkeit, in einen kreativen Prozess einzutauchen, ein kreatives «neues» Produkt oder Werk zu erschaffen und vor allem die «Kreativität» als Lebenskraft und Energie, um sich mit dem Leben auseinanderzusetzen und das Leben zu leben, verloren gehen.

Es entsteht ein rigides System der Sucht, das Fritz Hegi, um dies nochmals zu betonen, System der Fixierung und Blockierung genannt hat (Hegi-Portmann et al., 2007, S. 49).

Hegi schreibt: «Eine fixierte Form stirbt ab, weil sie ihre Wandelbarkeit ausschliesst [...]» (2010, S. 121). Wenn dieses System so rigid und nicht mehr kreativ ist, verliert es an Lebendigkeit, in der ausgeprägtesten Form ist das System sogar «tot», sagt Winnicott (1960, in Winnicott, 2019, S. 81 f.). Diese Rigidität der Sucht zeigt sich auf verschiedenen Ebenen:

- auf der neurobiologischen Ebene durch den stetigen Drang zur Befriedigung des Belohnungssystems
- auf der körperlichen Ebene durch die auftretenden Entzugssymptome
- auf der psychologischen Ebene durch jegliche Art von Craving
- auf der sozialen Ebene als Blockierung durch soziale Isolation und Einsamkeit, die das System schliesst

Diese verschiedenen Ebenen und ihre Symptome zeigen, dass das Problem der Sucht ein rigides System ist, das sich in fehlender Offenheit und Flexibilität bestätigt. Offenheit und Flexibilität sind aber die Merkmale der Kreativität, die es erst ermöglichen, auf verschiedene Anforderungen des Lebens «stimmig» zu reagieren und sich weiterzuentwickeln. Winnicott (2019, S. 66) hat als Grundlage der Kreativität «das Spiel» und «das Spielen» bezeichnet. Ist ein System nicht «kreativ», dann kann es auch nicht spielen. Die Sucht ist also das «System des nicht Spielens». Durch das unflexible, rigide System der Sucht gehen sowohl das Spielerische als auch das «Kreative» verloren.

Wie kann man dann die «Kreativität», dieses Spielerische, wieder zum Leben erwecken? **Nach Aussage von Winnicott sollte man spielen.** Es reicht nicht, sich etwas zu denken oder zu wünschen, man muss handeln. Das Spiel ist Handeln (ebda, S. 52).

Winnicott schreibt dazu, dass man von der Möglichkeit auszugehen kann, «dass es eine völlige Zerstörung der kreativen Lebensfähigkeit eines Menschen nicht geben kann und dass selbst in Fällen äußerster Anpasstheit [...] irgendwo im Verborgenen ein geheimer Lebensbereich besteht, der befriedigend ist, weil er kreativ ist und dem betreffenden Menschen entspricht. Er ist nur insoweit unbefriedigend, wie er verborgen ist und nicht durch lebendige Erfahrung bereichert wird» (1968, in Winnicott, 2019, S. 81). Winnicott stellt somit fest, «dass alles Reale, alles Bedeutsame, alles Persönliche, Ursprüngliche und Schöpferische in schweren Fällen verborgen ist und sich in nichts äussert» (Winnicott, 2019, S. 81). Weiter fügt er hinzu, dass man den kreativen Impuls als etwas Eigenständiges betrachten kann, das natürlich notwendig ist, «wenn ein Künstler ein Kunstwerk

erschafft, das aber auch bei jedem anderen vorhanden ist – sei er nun ein Kleinkind, ein Kind, ein Jugendlicher, ein Erwachsener oder ein Greis [...]» (ebda, S. 82). Im Augenblick des bezogenen Lebens eines geistig zurückgebliebenen Kindes, das sich am Atem erfreut, ist es ebenso vorhanden wie in der Inspiration eines Architekten, schreibt Winnicott. Er stellt fest, dass niemals jemand in der Lage sein wird, den kreativen Impuls gänzlich zu erklären. Aber es sei möglich und sinnvoll, kreatives Leben und Leben überhaupt miteinander in Verbindung zu setzen und die Gründe zu untersuchen, warum eine «kreative Lebensweise» verloren geht und warum das Gefühl eines Menschen, dass das Leben real oder sinnvoll ist, verschwindet (ebda, S. 82 f.).

Wenn die «Kreativität» ein Zeichen der Gesundheit ist und bei der Sucht die «Kreativität» verloren geht, dann ist für die Genesung ihre Zurückgewinnung bedeutend und wichtig. Die zahlreichen aufgezählten Aspekte der Kreativität zeigen, dass Kreativität in einer engen Beziehung zu vielen Perspektiven steht. Dementsprechend ist es einerseits wichtig, bei der praktischen Förderung von Kreativität gleichzeitig viele Aspekte zu berücksichtigen. Andererseits gibt es viele verschiedene Wege, diese Thematik anzugehen und Kreativität anzuregen.

Musiktherapie gehört, wie oben schon wiederholt erwähnt, zu den künstlerischen Therapien. Künstlerische Therapien verwenden verschiedene künstlerische Medien. Die Musiktherapie verwendet die **Musik** und **das musikalische Spiel**.

Künstlerische Therapien sind aber auch kreative Therapien. Das Thema Kreativität verbindet diese Art von Therapien, und der Überbegriff «Kreative Therapien» fasst sie alle zusammen. Und trotzdem (erstaunlicherweise) ist das Konzept Kreativität weder theoretisch noch empirisch fundiert untersucht und operationalisiert, auch nicht in der Musiktherapie. Krampen (2019, S. 581 ff.) schreibt aber, dass die beinahe einzigen Therapien, die sich mit diesem therapeutischen Thema beschäftigen, die künstlerischen Therapien sind, zu denen auch die Musiktherapie gehört. Auch wenn die Fachliteratur der Musiktherapie das Thema Kreativität nicht explizit theoretisch behandelt und sich mehr dem musikalischen Spiel, gemäss Winnicott (2019, S. 66) der Grundlage der Kreativität, widmet, machen die weiter oben geschilderten Wirkungsdimensionen der Musik, aber auch der Umstand, dass in der Musiktherapie Phänomene wie Spiel, Komposition,

Improvisation, Imagination und Achtsamkeit vertreten sind, offensichtlich, dass die Musiktherapie dem/der Patient*in einen Kontext bieten kann, der nach Treder-Wolff (1990) kreative Prozesse auslösen und Kreativität fördern kann.

Der deutsche Psychologe Peter Fiedler schreibt: «Persönlichkeit gestattet es, zu funktionieren, zu wachsen und sich an das Leben anzupassen. Die Persönlichkeit mancher Menschen wird jedoch starr und unflexibel» (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 34). Ihnen fehlt die Kraft, die Maslow, Rogers, Winnicott und Subkowski «Kreativität» nennen. Sie können nicht (mehr) «kreativ» sein, da der Rausch bei ihnen zur Sucht, zu einem starren System, geworden ist. Die Formulierung «nicht (mehr)» wurde bewusst gewählt, da bei manchen die Kraft der «Kreativität» erst durch die Sucht oder auch durch andere schmerzhaft, ungünstige, zufällige oder auch geplante, selbst verursachte oder von aussen zugefügte negative, die gesunde Lebensentwicklung und Entfaltung behindernde Erlebnisse und Erfahrungen verloren gegangen ist. Bei anderen war sie möglicherweise noch nie da. Bei manchen ist der Drogenkonsum ein illusionärer Versuch, diese Kraft wiederzufinden. Bei anderen ist er der vergebliche Versuch, sie nicht zu verlieren. Bei sehr vielen aber sind die Drogen jene destruktive Kraft, durch welche die «Kreativität» endgültig verloren geht.

Die «Kreativität» wird hier als Lebenskraft und Fähigkeit jedes einzelnen verstanden, das eigene Leben selbstbewusst zu gestalten, als Energie, die einem hilft, sich mit den Schwierigkeiten des Lebens auseinanderzusetzen, als intrinsischen Wunsch und Fähigkeit sich weiterzuentwickeln. Rainer M. Holm-Hadulla (interne Kommunikation, 25. November 2021) bezeichnet «Kreativität» als einen alle Psychotherapieschulen übergreifenden Wirkfaktor. Seiner Meinung nach ist die «Kreativität» die Energie und die Kraft, sein eigenes Leben zu gestalten.

Der Wunsch und das Ziel des nachfolgend vorgestellten Musiktherapie-Behandlungsentwurfs ist, diese Kraft in den eigenen Patienten*innen aufzuspüren und sie entsprechend aufzubauen. Dafür muss der/die Therapeut*in selbst mutig, offen und kreativ sein. Somit wurde in jeder der Musiktherapiestunden die «Kreativität», die Suche nach ihr und ihre Förderung ins Zentrum gestellt.

Die tiefe und gründliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Sucht und die Schilderung zahlreicher Aspekte der Sucht in den vorherigen Kapiteln dienen dazu, der musiktherapeutischen Arbeit eine Orientierung, einen gewissen Rahmen zu geben, und verhindern, dass man sich in dem doch sehr heterogenen Bild der Sucht und ihrer

Behandlungsmethoden verliert. Gleichwohl erlaubt dies in der Therapiearbeit aber auch, sehr frei und kreativ zu sein. Je nach Situation kann der Schwerpunkt auf verschiedene Aspekte der Sucht gesetzt werden. Zudem kann mit den therapeutischen Ansätzen anderer Therapieschulen vernetzt gearbeitet oder auch das Künstlerische, das Ästhetische, das Lustbetonte und Spielerische ins Zentrum einer Stunde gerückt werden.

Die Musiktherapiestunden sind nicht nur der Frage gewidmet, wie jedem/jeder einzelnen Patient*in geholfen kann, sodass er/sie diese Lebenskraft in sich entdeckt, spürt und sie wieder oder ein Stück weit neu entwickelt, sondern auch, wie er/sie selbst aus eigener Kraft diese wieder oder neu aufbauen kann. In diesem Sinne geht es nicht nur um die Kraft der «Kreativität», die er/sie bei sich entdeckt, sondern auch darum, dass er/sie nach dieser Kraft in der Aussenwelt sucht, hoffentlich findet und in sein/ihr Leben mit einfließen lässt. Dies gibt dem/der Patient*in täglich Energie und Motivation, um «banale» Dinge des Lebens zu bewältigen, wie z.B. einen sozialen Kontakt zu pflegen, in die Schule zu gehen oder sich gesund zu ernähren. Man strebt dabei nicht nur grandiose Ziele an, sondern auch ganz simpel den Willen für ein gesundes und normales Leben, das von dem/der Patient*in gelebt werden will.

Das Thema Kreativität und Sucht hat nicht nur eine theoretische Faszination entwickelt, sondern regte auch dazu an, ganz praktisch selbst in der eigenen musiktherapeutischen Stunde die «Kreativität» der Patient*innen zu fördern und sich diesbezüglich eine eigene Arbeitsweise zu erarbeiten.

Die amerikanischen Musiktherapeuten Susan Gardstrom und James Hiller (2016) zitieren in ihrem Artikel «Resistances in Group Music Therapy with Women and Men with Substance Use Disorders» die Psychotherapeutin Eileen A. McConaughy, die 1987 schrieb: «[...] it is the character and interpersonal style of the therapist that determine the nature of the therapy that is offered to clients. The actual techniques employed by therapists are of lesser importance than the unique character or personality of the therapists themselves. Therapists select techniques and theories because of who they are as persons: the therapy strategies are manifestations of the therapist's personality. The therapist as a person is the instrument of primary influence in the therapy enterprise» (McConaughy, 1987, in Gardstrom & Hiller, 2016, S. 18). Mit diesem Gedanken wollen wir uns nun der Vorstellung des Arbeitsentwurfes zuwenden und soll nachfolgend die musiktherapeutische Vorgehensweise präsentiert werden, welche die Autorin in ihren Therapiestunden mit Suchtpatient*innen entwickelt hat.

5. Arbeitsentwurf

Wie schon in der Einleitung erwähnt, entstand bei der Auseinandersetzung mit den oben behandelten theoretischen Konzepten über Kreativität, Kunst und Sucht und dem Artikel «Music Therapy As a Facilitator of Creative Process in Addictions Treatment» (Treder-Wolff, 1990) die Idee, ein eigenes Konzept für die Musiktherapie in der Privatklinik Meiringen auf der Station für Abhängigkeitskrankheiten mit komorbiden Erkrankungen zu erarbeiten.

Da ich in meinem Berufsleben noch nie einen Arbeitsentwurf konzipiert habe und keine Vorerfahrungen mit der musiktherapeutischen Arbeit mit Suchtpatient*innen hatte, war die Entwicklung des Konzeptes für mich anspruchsvoll.

Ich habe mir zum Ziel gesetzt, eine einmal wöchentlich stattfindende Musiktherapiegruppe für die Patient*innen auf der Station anzubieten, welche ich leiten würde. So wollte ich einerseits das Behandlungsangebot für unsere Patient*innen erweitern und andererseits eine zusätzliche, nonverbal-orientierte Therapieform fördern.

Anfänglich bin ich unstrukturiert und spontan vorgegangen. In meiner Psychotherapiegruppe habe ich ab und zu Sequenzen mit freier Improvisation ausprobiert. Die Reaktionen und Bemerkungen wie z.B. «Katzenmusik», «Warum müssen wir das spielen?» oder «Wir wussten nicht, wohin wir gehen und warum wir spielen», haben mich zum Teil verunsichert und auch verletzt. Ich konnte auf die Reaktionen und Bemerkungen der Patient*innen nicht mit adäquaten Antworten reagieren, da ich zu diesem Zeitpunkt selbst noch nicht wusste, «warum wir spielen und wohin wir gehen». Es war mir damals noch nicht klar, wie ich mit den Suchtpatient*innen arbeiten könnte, sollte und möchte. Deswegen hatte ich nach diesen ersten Stunden meine musiktherapeutischen Versuche vorerst für eine Weile *ad acta* gelegt.

Die musiktherapeutische Arbeitsweise, welche auf Offenheit, Resonanz und das Spielerische Wert legt, habe ich in meinen ärztlichen Gesprächen trotzdem beibehalten. Wie es aber im Leben oft ist, war meine Entscheidung, die Musiktherapie auf die Seite zu legen, nicht von langer Dauer. Die Teilnahme an der Tagung des Freien Musikzentrums München zum Thema «Musiktherapeutische Ansätze in der Suchttherapie» (im März 2021) und der Beitrag einer jungen Musiktherapeutin, Martina Leipoldt-Döring (interne Kommunikation, März 2021), über ihre Arbeit mit suchtkranken Patient*innen mit der regulativen Musiktherapie nach Schwabe haben mich so fasziniert und überzeugt, dass ich mich erneut entschieden habe, mit der Musiktherapie auf unserer Station einen neuen Anlauf zu wagen. Auch diesmal bin ich unstrukturiert, sehr spontan und experimentier-

freudig vorgegangen. Ich habe meinen Patient*innen nochmals während der Psychotherapiestunde angeboten, es mit Musik zu probieren. Ich wollte erfahren, was passiert, und war innerlich bereit, das aufzunehmen, was von ihrer Seite her als Reaktionen kommen würde. Die stressgeladene und unruhige Atmosphäre in der Gruppe hat sich sofort gelegt, als sich die Klänge des instrumentalen Musikstücks «Das Märchen von der Wolke» von Duo Stiehler/Lucaciu im Raum ausbreiteten. Plötzlich wirkte für mich jede und jeder im Raum still und bei sich. Die Stimmen des Saxofons und Klaviers haben damals in meinen Patient*innen so viel ausgelöst, was bearbeitet werden konnte, dass ich mich in jenem Moment definitiv entschieden habe, die Musiktherapie auf meiner Station aufzubauen und weiterzuverfolgen. Aber nicht nur ich, sondern auch die Patient*innen waren von dieser Art von Therapie und Vorgehensweise begeistert: Sie haben mich nachdrücklich darum gebeten, die Musiktherapie weiter zu fördern und auf unserer Station zu implementieren. So geriet der Prozess des Analysierens, Planens, Konzipierens und Einführens auf unserer Station in Bewegung.

Als mein Therapieraum feststand, war es Zeit zu überlegen, wie die Musiktherapiestunde gestaltet werden soll. Ich erinnere mich an den Abend, als ich allein in diesem Raum sass und mir lange überlegt habe, wie ich mit meinen Patient*innen, die ich auch ärztlich betreue, musiktherapeutisch arbeiten möchte. Dabei haben sich vier Thesen, die für meine Arbeit wichtig wären bzw. sind, herauskristallisiert:

1. Die erste These besagt, dass nur das behandelt werden soll, womit sich der/die Therapeut*in bereits auseinandergesetzt hat. Sonst kann man mehr schaden als helfen. Deshalb fand nicht nur eine ärztliche Auseinandersetzung mit der Sucht als psychische Störung statt, sondern es wurde gleichzeitig immer auch wieder versucht, Sucht und Abhängigkeit als kulturelles Phänomen zu verstehen. Die Frage danach, wie die Menschen süchtig werden, was sie beim Konsum psychotroper Substanzen fühlen, welche Schwierigkeiten oder Konflikte sie mit dem Konsum zu lösen versuchen und nach welchen Impulsen sie handeln, was für sie bedeutend und prägend ist, stand im Zentrum.
2. Die zweite These bildet das Ziel, eine Arbeitshereingangsweise zu konzipieren, die für ein sehr heterogenes Störungsbild – wie es die Abhängigkeitserkrankungen sind – gut anwendbar ist.
3. An dritter Stelle steht der Wunsch, so zu arbeiten, dass auch die individuellen Bedürfnisse jedes und jeder einzelnen Patient*in berücksichtigt werden können.

4. Die vierte und letzte These bildet der Anspruch, in der oft störungs-spezifischen Behandlungswelt der Medizin eine therapeutische Arbeitsweise aufzubauen und sie beizubehalten, die das Wesen der künstlerischen Therapien ausmacht: durch Offenheit, Freiheit, das Spielerische und die Förderung der Kreativität Möglichkeit eröffnen, sich sinnlich ästhetisch auszudrücken und sich zu erleben.

Daraus folgend wurden die dafür relevanten Bedingungen aufgebaut:

Ich habe mich für die Arbeitsweise in Form einer Therapiegruppe entschieden. Die Musiktherapiegruppe besteht aus maximal 6 Patient*innen und eine Therapiesitzung dauert 90 Minuten. So schaffe ich mir einen genügend grossen Zeitraum, um einerseits mit der ganzen Gruppe zusammen und andererseits auch mit jedem und jeder Patient*in individuell arbeiten zu können.

Parallel dazu nahm ich mir weiter intensiv Zeit, mich mit möglichen musiktherapeutischen Arbeitsweisen im Umgang mit Sucht auseinanderzusetzen, um Anregungen und Impulse für meine eigene Praxis zu sammeln. Dabei orientierte ich mich sowohl an den Erkenntnissen aus dem Forschungsstand, die ich im Kapitel 3 der Arbeit vorgestellt habe, als auch aus den Kreativitätstheorien, die im Kapitel 4 aufgeführt werden.

Zudem empfand ich es bereichernd, mich sowohl mit der integrativen Weise der Suchtbehandlung als auch mit den Arbeitsweisen anderer Psychotherapieschulen auseinanderzusetzen. Dies aus dem Grund, dass ich diese später in meine Methodik einfliessen lassen könnte. Die wichtigen Erkenntnisse, die ich dabei gewonnen habe, sind im Kapitel 2 kurz geschildert und zusammengefasst.

5.1 Grundbausteine

Wie schon erwähnt, war das Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit nicht nur, Kreativität als theoretisches Thema zu behandeln, sondern es bestand auch der Wunsch, einen praktischen Arbeitsentwurf zu diesem Thema zu entwickeln. Im Weiteren sollen einige wichtige Punkte der dazu gewählten Arbeitsweise vorgestellt werden:

Ziel

Als Ziel der musiktherapeutischen Arbeit wird die Förderung der «**Kreativität**» im Patienten bezeichnet.

Innere Haltung als Therapeutin

Eine bedingungslos wertschätzende, akzeptierende und humanistische Grundhaltung gegenüber den Suchtpatient*innen, die sich als sehr bedeutend in der Suchtbehandlung bewiesen hat, zu entwickeln und eine spezielle Atmosphäre, die zu weiten Teilen über die Beziehungsgestaltung vermittelt wird, zu ermöglichen, ist eines der Hauptziele in der Suchtbehandlung (Schnell, 2020, S. 12). Barbara Gindl schreibt: «Jemand, der eine solche Qualität emotionaler Resonanz durch einen anderen Menschen erfährt, erlebt gleichzeitig eine tiefe Verbindung zu diesem Menschen und zu sich selbst in der ihm eigenen wesenhaften Identität; er fühlt sich dabei selbst in seinem tiefsten Wesen gemeint und angesprochen» (Gindl, 2002, S. 185). Für sie ermöglicht ein solches Prinzip der therapeutischen Beziehung bzw. eine solche emotionale Resonanz, «dass sich die Fähigkeit zur Ambivalenz und damit zur Artikulation des Eigenen, des Erleben des Anderseins, ohne dadurch die zwischenmenschliche Verbundenheit und Bezogenheit zu verlieren, ausbilden kann. Damit wird der Boden bereitet für Individuation und gleichzeitige Beziehungsfähigkeit, für Widerstandskraft und Konfliktfähigkeit» (ebda). Es wurde versucht, in den Musiktherapiestunden solch eine Atmosphäre, innere Haltung und Resonanz den Patient*innen anzubieten bzw. entgegenzubringen.

Menschenbild

Dabei wurde ein humanistisch orientiertes Menschenbild als Basis genommen, das in der Selbsttheorie der Persönlichkeit und in der Personenzentrierten Psychotherapie nach Rogers zu finden ist, weshalb sich diese Arbeit sowohl auf die Kreativitätstheorien als auch auf die Psychotherapie der Sucht bezieht.

Der Menschen wird als etwas Ganzes gesehen, als Einheit aus Körper, Seele und Geist, die sich stets aus sich selbst heraus entwickeln und zu einer «full functioning person» werden möchte.

Gruppentherapie

Als Therapieformat fiel die Entscheidung für die Gruppentherapie. Im Gruppengeschehen diene theoretisch das Modell der Wirkung von Musik und musikalischem Spiel von Lutz Hochreutener als Stütze, bei dem das Musikspiel als «Eindruck», «Ausdruck» und «Kommunikation» verstanden werden kann (Lutz Hochreutener, 2009, S. 35 ff.). Ebenfalls bot das Modell der Wechselwirkungen zwischen Menschen und ihrer Umwelt von

Edith Stocker Orientierung (E. Stocker, persönliche Kommunikation, 4. Dezember 2018). Das Gruppengeschehen wird grafisch vorgestellt (Abbildung 7).

Damit sind in der praktischen Arbeit die Verbindungen zu den theoretischen Grundlagen der Musiktherapie gegeben.

Auch wird die Gruppe als Feld betrachtet, wo nach Yalom korrigierende Erfahrungen entstehen können und die Gruppe als validierende Kraft wirkt. Damit sind in der gewählten Arbeitsweise die Verbindungen zu der psychotherapeutischen Gruppenarbeit bei Sucht nach Yalom ebenfalls vertreten.

Musiktherapiegruppe

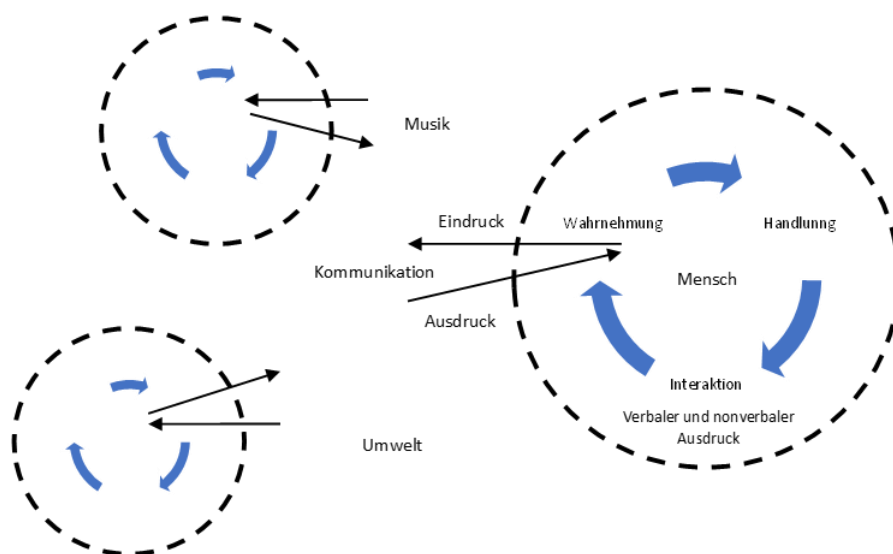


Abbildung 7: Gruppengeschehen in der Musiktherapie
(Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an Lutz Hochreutener und Stocker)

Gespräch

Für das Gespräch dienen die in der Psychotherapie der Sucht etablierten Gesprächsmodellen wie das sokratische Gespräch und die motivierende Gesprächsführung als theoretische Angelpunkte.

Musik

Musik als Therapiemedium in der Musiktherapiestunde ist gleichzeitig als Ästhetik im engeren (als etwas Schönes, Kunstvolles) und im weiteren Sinne (als sinnliche authentische Erfahrung) zu verstehen. Sie ist auch direkt an der Entstehung einer therapeutischen Atmosphäre, die entwicklungsfördernd sein sollte, und an der therapeutischen Beziehung beteiligt.

In den Musiktherapiestunden wurden jeweils nur kurze Musikstücke abgespielt, die ca. 3–6 Minuten dauern. Sie gehören zu verschiedenen Genres: z.B. Klassik, Jazz, Filmmusik. Die meisten Musikstücke gehören – nach der Taxonomie nach Wärja und Bonde (2014, in C. Steingruber & H. P. Weber, persönliche Kommunikation, 14. November 2021) – zu drei Subkategorien «The supportive and safe field», «The supportive and opening field» und «The supportive and exploring field» der Kategorie «Supportive music». Dies deswegen, da die für diese Arbeit untersuchten Patient*innen eine sehr heterogene Gruppe sind und ihr psychisches Strukturniveau, d.h. auch ihre Fähigkeit, die ausgelösten Erlebnisse in der Therapie zu bewältigen, unterschiedlich ist.

Musiktherapieart

Konkret ist jede Musiktherapiestunde in einen aktiven und einen rezeptiven Teil aufgeteilt. Im aktiven Teil spielen die Patient*innen und der/die Therapeut*in zusammen. Im rezeptiven Teil wird mit dem Anhören von komponierten Musikstücken gearbeitet. Nicht jede Stunde verläuft gleich. Oft wird gemeinsam mit den Patient*innen entschieden, mit welchem der obgenannten Teile die Stunde beginnen soll; damit werden die Entscheidungskraft und Selbstwirksamkeit der Patient*innen gefördert. Im rezeptiven Teil werden entweder von dem/der Therapeut*in ausgewählte kurze Musikstücke oder von den Patient*innen mitgebrachte, für sie bedeutende Musik in jeglicher Form gehört. Somit werden die Patient*innen angeregt, mit noch nicht vertrauter Musik in Kontakt zu kommen. Doch wird aber auch freier Raum dafür gegeben, dass sie mit Mut und Selbstbewusstsein ihre Musik den anderen präsentieren und mitteilen können, was ihnen an dieser liegt. Damit orientiert sich das therapeutische Vorgehen an beiden in der Musiktherapie etablierten Vorgehensweisen, sowohl an der aktiven als auch an der rezeptiven Musiktherapie.

Die Entscheidung, die Musiktherapiestunde in einen rezeptiven und aktiven Teil aufzuteilen, hat sowohl konzeptuelle als auch situative Gründe:

Einerseits ermöglicht die **rezeptive Vorgehensweise** dem/der Patient*in achtsam in den Kontakt zu eigenen Körperempfindungen, Gedanken, Bildern oder Impulsen zu kommen. Dabei bezieht sich der Arbeitsentwurf auf das Konzept der regulativen Musiktherapie nach Schwabe, auf die sogenannte Selbstwahrnehmungsschulung und Differenzierung, die auch bestimmte Verbindungen zu den Grundlagen der Achtsamkeitslehre hat, von der

wiederum gewisse Komponenten in der multimodalen Suchttherapie zu finden sind. Auch ist Achtsamkeit ein unverzichtbarer Aspekt der Kreativitätsförderung.

Andererseits erlaubt die rezeptive Vorgehensweise, mit den Patient*innen musikimaginativ zu arbeiten und sich die Vorstellungskraft des/der Einzelnen zunutze zu machen, um ihm/ihr zu helfen, sich entweder neue Verhaltensweisen anzueignen, innere Konflikte zu lösen oder eigene Ressourcen aufzubauen, was insbesondere Persönlichkeitswachstum und Reifung anregt. Dabei kann abwechselnd die verhaltenstherapeutische, die psychodynamische oder die humanistische Vorgehensweise im Vordergrund stehen; das Konzept von Frohne-Hagemann beinhaltet die imaginative Vorgehensweise. Verknüpfungen zu Kreativitätstheorien und zu der modernen Suchttherapie sind ebenfalls gegeben.

Zusätzlich ermöglicht der rezeptive Teil, nach den Prinzipien von Horesh zu arbeiten und auf diese Weise auch jeweils Persönlichkeitswachstum bzw. «Kreativität» zu fördern.

Ein weiterer grosser Vorteil der rezeptiven musiktherapeutischen Arbeit mit Suchtpatient*innen sind die Förderung einer gesunden und nüchternen Genussfähigkeit und das Erfahren positiver Erlebnisse ohne psychoaktive Substanzen, durch das Hören von komponierter Musik. Der Kontakt der Patient*innen zu Kunst, ihrer Ästhetik und Kreativität trägt zur Förderung der «Kreativität» der Patient*innen bei.

Auch im **aktiven Teil** können sowohl Achtsamkeit als auch die anderen obgenannten Prozesse angeregt werden. Im hier vorgestellten Konzept zeichnet sich der aktive Teil aber hauptsächlich durch die Fähigkeit der aktiven Musiktherapie bzw. Improvisation aus, welche (1) ermöglicht, die Patient*innen im «Hier und Jetzt» in die reale Handlung und Interaktion zu bringen, (2) sie ermutigt, mit verschiedenen Handlungs- und Interaktionsmustern zu experimentieren, und (3) sie befähigt, im Anschluss daran die erfahrenen Erlebnisse im Gespräch zu reflektieren. In der Arbeit vieler im Kapitel 3 vorgestellten Musiktherapeut*innen ist die aktive musiktherapeutische Vorgehensweise zu finden, zusätzlich steht sie durch das Phänomen Improvisation in einer engen Verbindung zu den Kreativitätstheorien. Dem interaktionellen Aspekt der Arbeit von Yalom mit Suchtpatient*innen wird hier auch Beachtung geschenkt.

Der situative Grund, wann in der Musiktherapiestunde rezeptiv oder aktiv vorgegangen werden sollte, liegt hauptsächlich darin, welche Art des musiktherapeutischen Tuns in der konkreten Situation am sinnvollsten erscheint: Entscheidend sind dabei die Gruppenzusammensetzung, die Problematik der Patient*innen, ihre Wünsche, Vorlieben und musiktherapeutischen Vorerfahrungen, aber vor allem auch die Ziele der Therapiestunde.

Die beschriebenen Möglichkeiten erlauben eine grosse Vielfalt bei der Gestaltung der Musiktherapie. So ist es möglich, sehr individuell vorzugehen, um «auf die Spur der <Kreativität>» bei jedem Einzelnen zu gelangen.

5.2 Grundlage der Vorgehensweise

Als Grundlage des therapeutischen Vorgehens wurden die drei Bereiche «**Wahrnehmung**», «**Handlung**» und «**Interaktion**» des menschlichen Daseins ausgewählt, an denen sich das Gruppengeschehen orientiert und worauf es sich konzentriert.

Um diese drei Bereiche besser zu verstehen, sollen sie an dieser Stelle kurz vorgestellt werden.

Wahrnehmung



Wenn man diesen jungen Mann betrachtet, könnte man sich fragen: Was spürt er? Was und wie nimmt er wahr? Was geht in ihm vor? «Wahrnehmen und Spüren heisst, Kontakt zu sich selbst und zur Welt aufzunehmen» (Fuchs, 2014, in Geuter, 2019, S. 85). «Wer die Sinne offen hat, nimmt innen und aussen mehr wahr. Wahrnehmen ist auch Weltbezug, der sich im Hinsehen, Zuhören, Aufhorchen, Lauschen, Ertasten, Betrachten, Erspähen oder Erspüren als Möglichkeiten dieses Bezugs abspielt» (Allesch, 2004, in Geuter, 2019, S. 85).

Das frühere naturwissenschaftliche Paradigma betrachtete den Prozess des Wahrnehmens als Phänomen, das passiv und «gespalten» abläuft, zwischen Subjekt und Objekt. Das Subjekt war, gemäss diesem Paradigma, gegenüber der objektiv wirkenden Umwelt ein passiver Empfänger (Petersen, 2009, S. 457). Die neue phänomenologische Betrachtungsweise konstituiert den Wahrnehmungsprozess hingegen als einen aktiven Prozess, bei dem drei Bereiche unbedingt gewahrt sein müssen: Erkennen, Spezifität des jeweiligen Wahrnehmungsbereiches und Intentionalität (ebda). Der Ausgangspunkt einer solchen Betrachtungsweise ist die Leiberfahrung und Sinneserfahrung eines Individuums als ganzheitlicher Prozess (ebda). Dadurch ergeben sich mehrere Wahrnehmungsbereiche. Zu den klassischen Bereichen Hören, Sehen, Tasten usw. werden noch weitere dazu gezählt wie Bedeutsinn, Personsinn, zu der die unmittelbare Wahrnehmung der Person, die Stilbildung in der Kunst usw. gehören (ebda). Manche Musiktherapeut*innen vertreten die Auffassung, eine solch ganzheitliche Wahrnehmungsfähigkeit eines Menschen

könne durch Therapieformen wie künstlerische Therapien bzw. Musiktherapie besser angesprochen werden als dies durch die Sprache möglich ist (ebda, S. 458).

Differenzierte Wahrnehmung ist eine wichtige Eigenschaft eines gesunden Menschen und Basis bzw. vorausgehender Akt unserer Handlungen und unseres Verhaltens. Chronisch konsumierende Menschen verlieren durch die Wirkung psychoaktiver Substanzen mehr oder weniger jeden Bezug zu sich selbst und zu ihrem Befinden. Einen grossen Teil ihrer Zeit befinden sie sich in der Welt der veränderten Wirklichkeiten, die durch die Wirkung der Drogen oder auch Medikamente etwas «Künstliches, Verzerrtes und Unwirkliches» haben. Je stärker und länger die Wirkung der psychoaktiven Substanzen stattgefunden hat, desto schwieriger ist es, den gesunden Kontakt zu sich selbst wiederzufinden.

Ihn durch Wahrnehmungsübungen zu fördern und den Patient*innen so einen besseren Kontakt zu sich selber zu ermöglichen, ist das Ziel der hier vorgestellten musiktherapeutischen Stunden.

Handlung



Die junge Dame läuft. Sie ist ja in Bewegung. Und jede Bewegung ist ein Teil der Handlung. Handlung kann zu neuen Erfahrungen führen und ein Agens der Veränderungen sein: «Wenn es Patienten gelingt, seelisches Geschehen handelnd in Bewegung umzusetzen, gewinnen sie ein Stück Verfügungsgewalt über ihren Prozess. Therapie sollte daher ihre Fähigkeit fördern, Gefühle und Bedürfnisse handelnd in die Welt zu tragen» (Geuter, 2019, S. 337).

Wer handelnd etwas Neues ausprobiert, erfährt auch neue Handlungsmöglichkeiten, deswegen ist das Probehandeln in der Therapie auch so wichtig (ebda, S. 338). Wir können keine Liebe, keine Nähe, Lust oder Bindung erfahren, wenn wir nicht handeln (ebda, S. 337). Zur Bewegung und zum Handeln zu kommen, ist daher ein bedeutsames Prozessziel; so auch in der Musiktherapiestunde (Geuter, 2019, S. 138). Hierfür ist die aktive Musiktherapie und ihr Hauptelement Improvisation, aber auch der Körper ausschlaggebend.

Interaktion



Auch beim letzten Bild kann man sich fragen: Was machen die junge Frau und der ältere Herr da miteinander? Wie ist ihre Kommunikation? Findet eine Interaktion statt? Ist eine Beziehung da? Unsere Realität wird durch Kommunikation und Interaktion gebildet (Frohne-Hagemann, 2001, S. 126).

Als Interaktion bezeichnet man die Wechselbeziehungen zwischen mindestens zwei oder mehreren Faktoren bzw. Partner*innen. Es geht hier um Kontakt, Grenze, Nähe und Distanz; um die Beeinflussung voneinander oder Konfrontation gegeneinander. Es geht um die Resonanz, die wir zueinander entwickeln. Dabei handelt es sich um Aktion, Reaktion oder Konventionen beim Angreifen, Fliehen oder Standhalten (Hegi & Rüdüsüli-Voerkerl, 2013, S. 145). Das interaktionale Verhalten wird generell durch drei Grundmöglichkeiten geprägt: Führen, Folgen und Warten (ebda). Das «Führen» wird verstanden als das Übernehmen und Behalten von Verantwortung für «eine Leitidee», bis sie «ausgeschöpft» ist, das «Folgen» als die Fähigkeit sich anzupassen, wenn dies sinnvoll ist. Und als «Warten» bezeichnet Hegi das Gold des Schweigens und die Zurückhaltung des Klugen (ebda, S. 145 f.). Das «Innehalten», «Halt machen», «Aushalten», Geduld, Pause und Stille gehören ebenfalls dazu (ebda, S. 146).

Den für diese Arbeit untersuchten Patient*innen fehlen diese Fähigkeiten oftmals oder es gelingt ihnen nicht, sich sinnvoll und flexibel zwischen obgenannten Interaktionsmustern zu entscheiden, sie ausprobieren. Deswegen ist das interpersonale Lernen, auch in der Musiktherapie, bei diesen Patient*innen unerlässlich.

Wer keinen Code und keine Möglichkeit zur Kommunikation und Interaktion hat, ist isoliert und zwangsläufig in seiner kleinen Welt eingeschlossen und wird verkümmern, weil die Intersubjektivität, das Teilen der gemeinsamen Wirklichkeiten und das «wechselseitige Begehen psychischer Landschaften» nicht möglich ist (Frohne-Hagemann, 2001, S. 132). Die soziale Isolation begünstigt auch das Suchtverhalten. Deswegen kann die soziale Interaktion zur mehr Lebendigkeit führen und der Sucht entgegenwirken.

Durch bessere Wahrnehmung des Selbst und der anderen, durch musikalisch-leibliche Handlungen und Interaktionen verbessern zudem sich die Emotions- und Impulsregulation, das Selbstwertgefühl, die internalen Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit

der Patient*innen. Sie wagen in der Musiktherapie etwas, was sie später im alltäglichen Leben, auch in Bezug auf die Sucht, meistern wollen müssen. Auch helfen die Erfahrungen in der Gruppe dem/der Patient*in, achtsamer mit sich selber umzugehen und mit der Umwelt zu kommunizieren.

Im Bereich **Wahrnehmung** dienen theoretische Konzepte der musiktherapeutischen Arbeit von Schwabe (2004, S. 206 ff.; Schwabe & Röhrborn, 1996) und Frohne-Hagemann (2001, S. 47) als Stütze, in denen die Schulung der Wahrnehmung eine wichtige Rolle spielt. Daher wird hauptsächlich mit Musikhören und Förderung des Erlebens von eigenen Gedanken, Gefühlen, inneren Bildern, motorischen Impulsen sowie körperlichen Empfindungen gearbeitet. Die Verbindungen zur körperorientierten Psychotherapie der Sucht sind hier auch gegeben, weshalb sie an dieser Stelle kurz vorgestellt werden.

(Hin-) (zu-) Hören. Die Aufmerksamkeit auf das Hören zu richten, ist insoweit wichtig, als unser alltägliches Leben sehr oft auf das Visuelle und nicht auf das Auditive ausgerichtet ist. Das Hören soll auch als Hinhören oder Zuhören verstanden werden. Damit ist das Hören in sich, das Hören auf sich selbst, auf die anderen oder auf die Umwelt gemeint. Deuter schreibt dazu erläuternd: «Das Hören hat mit der Intention der Kontaktaufnahme zu tun; das Hören setzt uns in Beziehung zur Umgebung und zum Gegenüber, schafft einen Weltbezug, vermittelt Orientierung über die Welt und gleichzeitig über das hörende Subjekt» (Deuter, 2012, S. 10).

Wahrnehmungsübungen, die auf das Hören gerichtet sind, können die Klangwahrnehmung des/der Hörenden schulen und dadurch zu mehr Achtsamkeit im Alltäglichen verhelfen, was für die Suchtpatient*innen sehr wichtig ist.

Erleben. Das Erleben wird als «inneres Leben» eines Menschen definiert. Es umfasst Gedanken, Gefühle, Emotionen, innere Bilder und körperliche Empfindungen, motorische Impulse und «innere Handlungen» (Geuter, 2019, S. 74 f.). «Man kann das Selbsterleben auf allen Kanälen ausgehend von einem Kanal her öffnen. Welcher er es auch ist, wir erreichen den ganzen Menschen» (ebda, S. 80).

Das musiktherapeutische **Handeln** und die musikalische **Interaktion** zielt darauf ab, das Selbstwertgefühl, die Selbstwirksamkeit und die gelingende zwischenmenschliche

Kommunikation zu fördern und zu unterstützen. Darin sind die Parallelen zu den Konzepten von Timmermann (1983) und Frohne-Hagemann (2001, S. 47) gegeben.

Somit ist die Arbeit mit den Hauptbereichen «Wahrnehmung», «Handlung» und «Interaktion» theoretisch durch die in der dritten Recherche gewonnenen Daten, durch die Kreativitätstheorien, durch die theoretischen Grundlagen der Musiktherapie und durch einige theoretische und praktische Grundlagen der psychotherapeutischen Behandlung der Sucht gestützt.

5.3 Fokusse

Der Hauptfokus, auf welchen sich diese Arbeit methodenmässig konzentriert, liegt auf dem **Spiel**.

Dabei stehen als Erstes die Auslegungen von Winnicott (2019, S. 65) im Zentrum, dass die Grundlage jeglicher Kreativität Spiel ist. Winnicott (1971, in Davis & Wallbridge, 2018, S. 106) definiert das wie folgt: «Im Spielen und nur im Spielen kann das Kind oder der Erwachsene sich kreativ entfalten und seine Persönlichkeit einsetzen, und nur in der kreativen Entfaltung kann das Individuum das Selbst entdecken [...]». Es wird sowohl aktiv in der Realität gespielt durch den spielerischen Umgang mit **Bewegung**, in der musikalischen **Improvisation**, aber auch in der Vorstellung während des **Imaginierens**.

Bewegung wird an dieser Stelle kurz vorgestellt. Die Methoden Imagination und Improvisation sind uns Musiktherapeut*innen gut bekannt; sie wurden im Kapitel 4 zusätzlich kurz erwähnt. Deswegen soll hier nicht näher auf sie eingegangen werden.

Bewegung. Die Bewegung eines Menschen stellt seine Körperlichkeit dar (Geuter, 2019, S. 333). Sie drückt aus, was in ihm vorgeht, worauf er reagiert und was er verändern möchte; im besten Fall geht sie mit seiner inneren Bewegtheit als Beweggrund einher (ebda). Wer sich bewegt, die Arme sich ausstrecken und die Beine laufen lässt, der «lebt seine innere Bewegtheit in seinem Körper» (ebda). Eines der Ziele in der Therapie ist, eine innere «Bewegung» wahrzunehmen, sich mit ihr zu verbinden und sie gegebenenfalls in den körperlichen Ausdruck zu geleiten (ebda, S. 334). Die seelischen Schwierigkeiten und Probleme in eine körperliche Haltung und Bewegung zu bringen, so Geuter, könne einem Patienten/einer Patient*in im selbstregulatorischen Prozess helfen, an einen Punkt zu kommen, an dem er/sie genau das nicht mehr braucht und will, was ihn/sie so lange belastet habe, weil er/sie dabei etwas Neues und Anderes entdeckt (ebda).

Somit gelten als wichtigste Fokusse der hier vorgestellten Arbeitsweise **die Bewegung, die Improvisation und die Imagination**. Dadurch ist eine direkte Beziehung dieser Arbeitsweise zu den Kreativitätstheorien ersichtlich und klar.

Achtsamkeit

Wie schon im Kapitel 4 erwähnt, sind Kreativität und Achtsamkeit ebenfalls eng miteinander verbunden. Deswegen sollte im musiktherapeutischen Tun versucht werden, achtsamkeitsorientiert zu arbeiten. Dies untermauern sowohl die Kreativitätstheorien, das Konzept von Schwabe (2004; Schwabe & Röhrborn, 1996), aber auch die achtsamkeitsorientierte Suchtbehandlung, die im Kapitel 2 bereits Erwähnung fand.

Hauptsächlich zur Anwendung kommende Methode ist dabei das Musikhören und die Förderung des Erlebens von eigenen Gedanken, Gefühlen, inneren Bildern, motorischen Impulsen sowie körperlichen Empfindungen. Dies wurde schon kurz vorgestellt.

Im Weiteren zeigen die vorgestellten Fallvignetten die gewählte Arbeitsvorgehensweise praktisch und erklären, welche therapeutischen Prozesse, die die «Kreativität» fördern, dabei ausgelöst werden können.

5.4 Fallvignetten

Der folgende Ausschnitt aus einer Therapiestunde soll illustrieren, wie durch Imagination mit Bewegung und Musik die «innere und äussere Rigidität» des Patienten, seine zwanghafte Fixierung «gelockert» werden konnte und wie Raum für etwas Neues (eine neue Sichtweise und eine neue Handlung) entstehen konnte:

Herr M. ist ein Ingenieur und Dozent an einer Hochschule. Sein Leben wird von Präzision und Zuverlässigkeit geprägt. Er habe, seiner Meinung nach, Schwierigkeiten im Leben, auf äussere Faktoren flexibel zu reagieren. Aufgewachsen sei er mit einem sehr strengen Vater, dem selbst die Beachtung strenger moralischer Werte und vieler Regeln sehr wichtig war; Gleiches verlangte er auch von seinen Kindern. Herr M. habe einerseits darunter gelitten, andererseits habe er gelernt präzise und zuverlässig zu arbeiten, was ihm ein hohes Ansehen in der Berufswelt gebracht habe. Auch sei es schwierig gewesen, eine Lebenspartnerin zu finden, da seine hohen Ansprüche oft die Beziehung belasteten. So sei er seit vielen Jahren Single und es gehe ihm gut.

Seit seinem Eintritt auf der Station war er oft kritisch und angespannt bei Dingen, die seiner Meinung nach nicht optimal abliefen.

Alkohol habe er schon immer gerne getrunken. Der Grund seines regelmässigen Alkoholkonsums seit ca. zwei Jahren sei die Kündigung seiner Wohnung gewesen. Seit er vor zwei Jahren plötzlich und ohne Vorwarnung aus seiner geliebten Wohnung «rausgerissen» worden sei, könne er sich nicht mehr erholen und müsse die ganze Zeit trinken ...

*Als er in der Musiktherapiestunde angeleitet wird, bei der laufenden Musik «Octopussy (arr. C. Egan)» sich im Raum zu bewegen und sich seine Füsse «mit Wurzeln eines Baumes vorzustellen», sie bei jedem weiteren Tritt aus dem Boden herauszuziehen und wieder neu «zu verpflanzen», zeigt er grosse Mühe beim Laufen und muss seine Knie bei jeder Bewegung auffällig weit, bis auf Höhe des Brustkorbs ziehen. Auf meine Frage an die Patient*innen nach der Übung, wie es ihnen dabei ergangen ist, sagt Herr M., dass er grosse Mühe gehabt habe, da seine Wurzeln sehr dick und fünf Meter lang gewesen seien. Ich frage ihn, wie er sich jetzt denn fühle, und bekomme die Antwort, dass er doch noch froh sei, dass er das geschafft habe. Auf meine Frage, was genau er geschafft habe, meinte er, er sei sehr froh, diese Übung bewältigt zu haben. Schliesslich wisse er jetzt, dass es möglich sei, auch tiefe Wurzeln zu bewegen. Und es geschehe nichts «Schlimmes», wenn er das tue ... So könne er sich woanders «wieder einpflanzen», er müsse nur noch einen schönen Ort dafür finden ...*

Es bedarf noch einiger Therapiestunden, um eine «innere und äussere Lockerung» in das Leben dieses Patienten zu bringen und diese dann in sein Leben zu transferieren ...

Vor kurzem hat er mir geschrieben und mitgeteilt, dass es ihm gut gehe. Er sei glücklich, weil er eine neue schöne Wohnung und eine neue hübsche Landschaft im Jura für sich entdeckt und gefunden habe; dass er abstinent sei und dass er weiter intensiv arbeite ...

Ein weiteres Beispiel schildert, wie Wagnis zur Handlung und Interaktion in der Gruppe selbstwertstärkend wirken und die Selbstwirksamkeit fördern kann. Die Gruppe wirkt als validierende Kraft und erlaubt es, korrigierende Erfahrungen zu machen.

Herr H. ist ein 55-jähriger Mann, der zum zweiten Mal in der Klinik ist. Er hat eine Polytoxikomanie und konsumiert immer wieder verschiedene Substanzen.

Er sei in einem Dorf nahe der Westschweiz aufgewachsen. Seinen Vater kenne er fast nicht. Die Mutter sei ihr ganzes Leben berufstätig gewesen, weshalb er viel Zeit bei den Grosseltern verbracht habe. Von sich selbst sagt er, dass er schüchtern, scheu und nicht genug durchsetzungsfähig im Leben sei. Obwohl er viele Interessen habe, u.a. E-Gitarre spiele, sei es ihm beruflich nie gelungen Fuss zu fassen. Aufgrund seiner Konzentrationsstörungen habe er einige Berufslehren abbrechen müssen. So sei die Enttäuschung immer gross gewesen. Deshalb habe er sich immer mehr auf die Drogenwelt eingelassen, sich mit Heroin und Sedativa involviert. Jetzt sei er substituiert, könne aber auf Sedativa nicht verzichten. Er ist zudem Single, lebt allein und fühlt sich sozial isoliert.

*Ich habe für diese Musiktherapiestunde die Patient*innen gebeten, für sie bedeutende Musik mitzubringen. Auf die Frage, was er mitgebracht habe, antwortete er, dass er nicht wisse, welches Stück er vorstellen solle, weil er sehr viele Lieblingsstücke habe. Erst auf Nachdruck der Gruppe hin entscheidet er sich für das Lied «Moi ... Lolita» der französischen Sängerin Alizée und fügt nebenbei hinzu: «Eigentlich ist dieses Lied nicht meine Musik. Ich höre solche Lieder nicht, und trotzdem möchte ich euch dieses Lied vorstellen.»*

Die Klänge und Melodie ertönen im ganzen Raum und alle hören aufmerksam zu. Im darauffolgenden Gespräch in der Gruppe fragen wir Herr H., was ihm an diesem Lied liegt und warum er es ausgewählt hat. Er wird innerlich angespannt, unsicher und sagt zuerst, dass er es nicht wisse, bis er plötzlich zugibt: «Ich bin ein Hardrockler und höre solche Lieder nicht. Für mich ist aber dieses Lied bedeutend, weil ich es gestern im Fitnessraum gehört habe. Das Lied haben sich zwei junge Frauen angehört. Als ich sie

fragte, was das für ein Lied sei, haben sie mir nicht nur geantwortet, sondern sich auch mit mir eine Weile unterhalten. Sie wollten wissen, wie ich heiße, was ich mache und wie ich das Lied finde.» Ich habe mir gedacht: «Du bist noch kein Wrack, M. Du bist für andere noch etwas wert, da sie sich mit dir so lange unterhalten wollen. Deswegen ist das Lied für mich gerade so bedeutend. Sonst höre ich solche Musik nicht. Ich bin ein Rocker.»

Die Gruppe war sehr berührt von der Offenheit eines älteren Rockers und hat ihm das Gefühl gegeben, dass er auf jeden Fall etwas wert ist. Herr H. wirkte dabei gelöst, entspannt und befreit. Er hat in jener Stunde erfahren und erlebt, wie fragil sein Selbstwertgefühl ist, weiter auch, dass die Wertschätzung der anderen wichtig ist und gleichzeitig, dass es sich lohnt, sich offen und mutig gegenüber den anderen zu verhalten, weil erst dann diese Wertschätzung erfahrbar ist.

Die erlebten Erfahrungen können helfen, sich in Zukunft ähnlich zu verhalten und so etwas am eigenen Leben zu verändern. Es zeigt ebenfalls, dass die Rolle der Gruppe in diesem Fall darin besteht, das Mitgeteilte wahrzunehmen, sich damit auseinanderzusetzen, dieses zu validieren und zu überprüfen.

Ein drittes Beispiel zeigt ein musikimaginatives Erleben eines Patienten.



Abbildung 8: Zeichnung eines Resonanzbildes eines Patienten
(Quelle: Eigene Darstellung)

Das Bild des Patienten stellt sein Erleben während der Imagination dar. Er hat bildlich festgehalten, wie seine anfänglich aufgetauchte Szene mit einem Glas Wein und einer Kerze ihm zuerst Angst gemacht hat. Im weiteren Verlauf der Imagination hat sich die Szene in eine Quelle mit reinem Wasser in den Bergen umgewandelt, welche in die Form eines Herzes fließt. Diese Umwandlung hat dem Patienten Zuversicht gegeben, dass alles doch noch gut kommen kann.

Solche Imaginationen, bei denen derartige «gefährliche», mit dem Substanzenkonsum assoziierte Bilder durch positive Bilder mit «Reinheit, Schönheit, Gesundheit»

überdeckt werden, sind in der Suchtbehandlung sehr wichtig. Mit Hilfe der Vorstellungskraft kann man zukünftigen Risikosituationen entgegenwirken. In der Verhaltenstherapie werden sie sehr verbreitet benutzt; in der Musiktherapie können sie auch mit Musik gestaltet werden. Sie sind entwicklungsstiftend und können den/die Patient*in anregen, die Zukunft als Raum für Veränderungen wahrzunehmen und zu realisieren. Das imaginative Erleben der Patient*innen kann sich aber auch anders gestalten: Das Aufgetauchte kann auch konfliktbehaftet sein und in der Imagination plötzlich zur Erscheinung kommen, um dann später verarbeitet zu werden.

Etwas Derartiges schildert ein viertes Beispiel, bei dem die Selbstwertproblematik und das Konfliktbewusstsein «Bindung versus Autonomie» während der Imagination zur Erscheinung kommt und im Weiteren bearbeitet werden kann.

Frau C. ist eine 30-jährige Wissenschaftlerin, die aktuell keine Arbeit hat. Sie hat sich gegen ihre gesamte Familie durchgesetzt und einen akademischen Werdegang ausgewählt. Sie hat an der Universität studiert und ihr Studium mit Master abgeschlossen. Aktuell ist sie aber arbeitslos. Ihr Leben enthält immer weniger Struktur, sodass sie keine klaren Ziele im Leben anstrebt. Sie weiss nicht genau, wie dies anders werden soll. Sie hat viele Ressourcen, spielt Klavier und hat viele Jahre Tanzunterricht genommen, aber eigentlich sei sie dabei immer durchschnittlich gewesen und es habe nie zu einer Berufskarriere gereicht, weder in der Musik noch im Tanz. Auch gibt sie zu verstehen, dass sie Single ist und bleiben möchte. Autonomie beizubehalten ist für sie das Allerwichtigste. Ihr Angst besteht darin, dass ihre Familie vielleicht doch recht gehabt hat, ihr von einem Hochschulstudium abzuraten; sie hat ja schliesslich aktuell keinen Job. Mit einer Lehre würde es ihr jetzt vielleicht besser gehen. Deswegen trinke sie immer mehr. Bei Beobachten auf der Station fällt es auf, dass Frau C. sich viel mehr um die anderen kümmert als um sich selbst. Auch ist es für sie schwierig, anderen «nein» zu sagen.

Ich leite die Imagination an und wähle intuitiv die Musik «Das Märchen von der Wolke» vom Duo Stiehler/Lucaciu aus, welche den Raum zu füllen beginnt. Als ich später die gesamte Gruppe zum Gespräch bitte, sagt Frau C. mit aufgewühlter Stimme, dass sie sich outen möchte. Sie wolle sagen, dass sie glaube, etwas Wichtiges erfahren zu haben: In ihrer Imagination sei sie am Strand gerannt und wurde unvorbereitet von der einer Felswand aufgehalten. Sie wollte fliehen, doch rechts war nur ein grosses Meer, das ihr keine

klare Orientierung gegeben habe. Deswegen musste sie umkehren ... Auf einmal befand sie sich neben einer Bar in der Nähe ihrer Wohnung. Dort traf sie junge Menschen, Frauen und Männer, welche sich miteinander unterhielten ... Unsicher floh sie in ihre Wohnung, wo sie eine Flasche Vodka sah ... Plötzlich sieht sie beides, die Flasche Vodka und die jungen Menschen in der Bar ... Sie möchte zu den Menschen, traut sich aber nicht und bleibt da, wo sie ist.

Beim weiteren Gespräch wird sie sich ihrer Wünsche bewusst, dass sie einerseits eine Beziehung ausleben möchte, aber andererseits auch Angst davor hat, dabei zu scheitern. Als ich sie frage, warum sie scheitern sollte, erwidert sie: «Die Menschen finden mich vielleicht nicht gut genug und möchten mit mir nicht in Kontakt treten.» In diesem Moment wird mir klar, wie zerbrechlich das Selbstwertgefühl dieser Frau ist. Sie wünscht sich etwas, gleichzeitig hat sie aber auch Angst davor. Am Schluss sagt sie: «Ich bin mir nicht mehr sicher, ob ich wirklich Single bleiben möchte. Ich bin auch nicht mehr überzeugt, ob mir Autonomie so wichtig ist.» Ich frage sie, was mit ihr wäre, wenn sie keine Angst hätte zu scheitern. Wie würde sie dann klingen? Ich sage ihr, dass sie hier ein Musikinstrument auswählen und damit spielen könne. Sie sagt: «Das wäre ein Glissando auf dem Klavier, hier gibt es aber keines.» Da bin ich plötzlich angefordert kreativ zu sein und gehe darauf ein: «Wie wäre es, es mit der Stimme zu probieren, ein Glissando nachzuahmen und zu singen?» Frau C. ist sich unsicher. Ich frage sie, ob ich es zuerst probieren und singen solle. Die Spannung in der Gruppe steigt, es ist still und trotzdem hochgeladen. Ich fange an «ta-ta-ta-ta» immer schneller zu singen und warte, ob sie auch mit einstimmt. Ganz leise traut sie sich mitzumachen. Ich rege sie an, es immer von Neuem und immer lauter zu probieren, bis ein lautes «ta-ta-ta-ta» von Frau C. den ganzen Raum füllt und die ganze Gruppe unisono schreit: «JA!!!» Frau C. lächelt, scheu, aber irgendwie zufrieden. Sie sagt, dass sie es sich nicht vorstellen konnte, so viel Kraft in der Stimme zu haben, und dass sie sich hier so viel zugetraut hat.

Das fünfte Beispiel zeigt ein Probehandeln in der Gruppenimprovisation. Dadurch entstandenes neues, korrigierendes Selbsterleben kann später in das reale Leben integriert werden.

Wir entscheiden uns in der Gruppe, dass jede und jeder in der Improvisation so spielt, wie sie/er im Leben handeln möchte, wie es ihm/ihr aber nicht gelingt. Herr O. sagt, er bleibe immer in seinen «sturen» Verhaltensmustern. Er könne sich nicht erlauben, aus

diesen auszubrechen, obwohl er dies gern möchte. Viele Jahre hat er in der Hotelbranche gearbeitet und musste den strengen Regeln der Vorgesetzten folgen. Frau S. möchte stärker ihre Meinung sagen, sich mehr bei den anderen behaupten können und für sich Raum einnehmen. Sie ist Hausfrau und hat ihr ganzes Leben lang den Rücken der anderen freigehalten und auf sich selbst verzichtet. Jede und jeder für sich entschied, in der nächsten Improvisation aus solchen alten Mustern auszubrechen. Herr O. nimmt sich den Klangbaustein mit einem Schlägel und Frau S. ein Xylophon. Ich wähle für mich eine Rassel aus. Etwas chaotisch und unsicher beginnen wir zu spielen. Mit der Zeit beginnt Herr O., den Klangbaustein kreativ anders zu benutzen, indem er ihn umdreht und auf die Holzseite hämmert. Frau S. hingegen wird immer lauter und hantiert mit schwungvollen, energischen Armbewegungen an ihrem Xylophon. Ich gebe dabei mit der Rassel den Rhythmus an. Es entwickelt sich ein lautes Füreinander, Miteinander, Durcheinander. Wir schauen einander in die Augen und lächeln uns alle an, bis plötzlich alle aufhören. Lautes Gelächter breitet sich aus. Als Herr O. Frau S. auf ihr lautes Spielen anspricht, schmunzelt sie listig und artikuliert wie folgt: «Ja. Ich habe laut gespielt. Schlussendlich bin ich ja auch <opper>.» – «Das glaub ich dir», sagt Herr O. «Ich habe aber etwas anderes ausprobiert. Ich habe beim Spielen gemerkt, dass ich wieder in meine alten Muster falle und dann habe ich mir gesagt, jetzt denkst du gar nichts mehr nach, S. ... und in dem Moment, glaube ich, habe ich angefangen auf das Holz zu hauen. Es war ja gut, das Alte wahrzunehmen und das Neue auszuprobieren. Jetzt fühle ich mich gut, so soll es weitergehen.»

Anhand dieses Beispiels kann man rückschliessen, dass für Patient*innen nicht nur das Erkennen und Explorieren des Problems oder der Wünsche wichtig sind, sondern auch das reale Ausleben der Wünsche. Dies geschieht im aktiven Spiel und durch die eigenen musikalischen Handlungen. Ein Zusammenspiel, die Interaktion, und das nachfolgende Gespräch in der Gruppe darüber, was beim Spiel geschehen ist, spielt dabei eine zentrale Rolle. Das Vergleichen des eigenen Spiels mit dem Spiel der anderen und die daraus gewonnen Erkenntnisse helfen einem, sich besser im eigenen interaktionalen Geschehen zu orientieren und zu finden. Das zeigt, dass auch aktive Musiktherapie in der Suchtbehandlung wichtig ist.

5.5 Der musiktherapeutische Prozess

Das folgende Bild (Abbildung 8) fasst nochmals grafisch zusammen, wie der vorliegende Ansatz den musiktherapeutischen Prozess bei der stoffgebundenen Sucht versteht und woran er sich orientiert. Das Bild zeigt, dass die Förderung der «Kreativität» den Menschen unterstützen kann, eine neue gesunde Perspektive im Leben zu finden und so der Kraft der psychoaktiven Substanzen zu widerstehen. Dazu braucht es ein kreatives Feld, das die kreativen Prozesse und die Lebenskraft, die Rogers, Maslow und Winnicott «Kreativität» benannt haben, auslösen kann. Die Musiktherapie ist ein solch kreatives Feld.

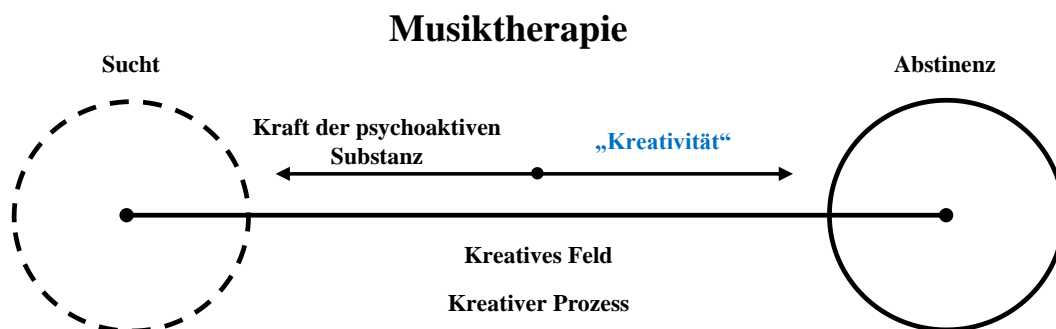


Abbildung 9: Therapeutischer Prozess in der Musiktherapie
(Quelle: Eigene Darstellung)

5.6 Fazit

Die vorgestellte musiktherapeutische Vorgehensweise zeigt, dass es sinnvoll ist, bei Suchtpatient*innen die rezeptive und die aktive Musiktherapie in der gleichen musiktherapeutischen Stunde ineinanderfließen und einander ergänzen zu lassen. Das Wahrnehmen und das Handeln, um von spontan entstandener Möglichkeit oder Notwendigkeit vom Rezeptiven ins Aktive überzugehen, hat sich als ein sehr wichtiges Zusammenspiel, als eine untrennbare Dualität erwiesen.

Der rezeptive Teil regt den/die Patient*in an, sich seinem/ihrem inneren Erleben zuzuwenden; dabei entstehen innere Impulse, die aktiv ausgelebt werden möchten. Der aktive Teil bringt ihn/sie in die aktive Handlung, wodurch sich auch seine/ihre Wahrnehmung ändert – wobei diese Unterteilung sehr reduziert und schematisch ist. Sowohl im rezeptiven als auch im aktiven Teil wirken immer alle drei Ebenen zusammen. So wie in der Therapie, so ist es auch im Leben: Wenn man am Meer entlangläuft, nimmt man das Rauschen des Wassers wahr. Wenn man Musik hört, beginnt man möglicherweise mit dem Bein zu wippen und möchte tanzen gehen. Wahrnehmung beeinflusst Handlung, die

Handlung ändert die Wahrnehmung. Die Interaktion beeinflusst die Handlungen, daraus entsteht eine andere Wahrnehmung.

Der interaktionale Charakter des Gruppengeschehens ermöglicht nicht nur die eigene mitgeteilte Lebendigkeit, Verletzlichkeit, die eigenen Ängste und Sorgen mit anderen zu teilen, sondern auch, durch die Gruppe Validierung eigener Gefühle und Handlungen zu erfahren.

Die «Regulative Musiktherapie» nach Schwabe (2004; Schwabe & Röhrborn, 1996) ist ein gutes Instrument, um die Wahrnehmung (Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung) der Patient*innen zu schulen und ihre Persönlichkeit dadurch zu stärken. Wohingegen die freie Improvisation der aktiven Musiktherapie jeden und jede fordert, aus sich herauszugehen und sich durch die aktive Handlung in den Raum zu stellen, wo sich auch die anderen befinden.

Der rezeptive Teil mit der komponierten Musik hat sich für die Suchtpatient*innen als besonders geeignet erwiesen. Dies nicht nur, weil sie den späteren Einstieg in die Improvisation ebnet, sondern auch, weil die Patient*innen nach dem Austritt aus der Klinik diese Musik immer wieder hören können. Sie dient ihnen dann möglicherweise als Übergangsobjekt, als Ressource oder als natürlicher und gesunder Genuss. Substanzenabhängige Menschen leiden oft an einer «Genusslosigkeit»; auch fehlen ihnen natürliche und gesunde positive Erlebnisse. Nach natürlichen, schönen Erlebnissen zu suchen und sie zu finden, ist aber sehr wichtig – und das kann auch komponierte Musik leisten. Oft haben diese Menschen nicht viel Schönes in ihrem Leben erlebt. Sie mit der Schönheit und Ästhetik der Kunst, wie sie die komponierte Musik widerspiegelt, in Berührung zu bringen, kann vieles bewirken. Nicht von ungefähr gehört die komponierte Musik zu den «Schönen Künsten». «Das Schöne der Musik» ist auch ein Therapeutikum (Poltrum, 2016). Der hier dargestellte Therapieprozess kann die Meinung nicht bestätigen, dass Suchtpatient*innen klassische Musik nicht mögen: Sie betonen oft, wie gut sie ihnen tut. Möglicherweise ist es die klare Form und Struktur komponierter Stücke, die sie beruhigt, ihnen Halt gibt, was ihnen hilft, sich in ihren Gefühlen nicht zu verlieren.

Das vorgestellte Arbeitskonzept und die Implementierung dieser Arbeitsweise in die integrative psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der stoffgebundenen Sucht zeigt, dass die Musiktherapie in der integrativen Behandlung von Sucht eine sinnvolle und wirksame Therapieform ist, welche sich gut in das bestehende Behandlungssystem integrieren lässt. In ihrer Wirkung ist sie den anderen Therapien ebenbürtig und manchmal sogar überlegen, weil sie ein solch starkes psychotherapeutisches Agens verwendet,

wie dies der Musik eigen ist: Durch ihren non-verbale Charakter ist die Musik fähig, auf einem anderen Wege den therapeutischen Prozess in Gang zu bringen und positiv zu beeinflussen. Wie man an den Fallbeispielen sieht, aber auch an den Reaktionen der Patient*innen erkennt, kann Musiktherapie vieles bewirken. Frau C. sagte über ihre Erfahrungen in der Musiktherapie: «Ohne die Musiktherapie hätte ich nie die Erkenntnisse gewinnen können.» Frau S. hat nicht nur gewagt, während der Improvisation laut zu spielen, sie hat auch im Alter von 60 Jahren, während ihres Klinikaufenthaltes gelernt, ein erstes Mal in ihrem Leben Fahrrad zu fahren, und sie hat bei uns in der Klinik ein Konzert in klassischer Musik besucht, was sie vorher nie getan hat.

Wie bereits oben erwähnt, streben wir nicht nur nach dem einen grandiosen Ziel. Man geht viele kleine Schritte vorwärts und es bedarf viel Kraft, diesen Weg zu gehen. Der Kraft der Lebendigkeit nachzuspüren und sie jedes Mal von Neuem zu finden, das ist das Ziel der hier vorgestellten Musiktherapiestunden.

Der Gründer der humanistischen Psychologie, Maslow, hat in seinem Vortrag «Creativity in Self-Actualizing People» während einer Vorlesung an der Michigan State University im Jahre 1959 etwas gesagt, wovon ich mich in meiner Arbeit stets leiten und begleiten lasse. Über die schöpferische Kraft, die er als Kraft der «Kreativität» bezeichnete, sagte er: «In any case, this all sounds as if we are dealing with a fundamental characteristic, inherent in human nature, a potentiality given to all or most human beings at birth, which most often is lost or buried or inhibited as the person gets enculturated.» Auf Deutsch übersetzt: «In jedem Fall klingt dies alles, als hätten wir es mit einer fundamentalen Eigenschaft zu tun, der menschlichen Natur innewohnend, ein Potenzial, das bei der Geburt allen oder den meisten Menschen gegeben wird, das meist verloren oder begraben oder eingehemmt wird, wenn eine Person inkulturiert wird» (Maslow, 2000, S. 4). Besonders Menschen, die an stoffgebundener Sucht leiden, brauchen diese Kraft, um einer anderen starken Kraft – derjenigen der psychoaktiven Substanzen – entgegenzuwirken und sie besiegen zu können. Die Musiktherapie hilft dabei, diese Kraft zu mobilisieren und die Patient*innen auf ihrem Weg zu unterstützen.

Das vorgestellte Konzept erhebt keinen Anspruch auf Endgültigkeit und Vollständigkeit der musiktherapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen. Auch kann dieser Entwurf nur einige Aspekte der komplexen Suchtbehandlung streifen und ist vielmehr der Versuch, anhand von eigenen Behandlungserfahrungen mit abhängigen Menschen die musiktherapeutische Arbeitsweise mit diesen Patient*innen zu konzipieren und sie theoretisch zu begründen.

6. Diskussion und Ausblick

In dieser Arbeit rückte das Thema Kreativität ins Zentrum der musiktherapeutischen Behandlung von stoffgebundener Sucht. Das erste Ziel der Masterarbeit war, die Relevanz der «Kreativität» in der musiktherapeutischen Behandlung von stoffgebundener Sucht im Rahmen der integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung durch eine Literaturrecherche im medizinischen, psychotherapeutischen und musiktherapeutischen Bereich zu erforschen. Die erste konkrete Fragestellung lautete:

Welche Relevanz hat die «Kreativität» in der musiktherapeutischen Behandlung der stoffgebundenen Sucht im Rahmen der integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung?

Eine wichtige Anmerkung ist zunächst, dass es sich in dieser Fragestellung um die «Kreativität» als Lebenskraft handelte (daher die Schreibweise in Anführungszeichen, wie bereits in Kapitel 1, 2 & 4 ausführlich dargestellt).

Um diese Fragestellung zu beantworten, wurde in erster Linie eine Literaturrecherche durchgeführt (wie in Kapitel 3 detailliert beschrieben).

Da initial hypothetisch angenommen wurde, was auch in der späteren Übersicht der Kreativitätstheorien bestätigt werden konnte, dass die «Kreativität» als Lebenskraft ein Teil des breiten und sehr komplexen Phänomens Kreativität ist, wurde entschieden, in der Recherche nach Kreativität in allen ihren möglichen Erscheinungsformen zu suchen – mit dem Wunsch und Ziel, während der Recherche auch Quellen zur «Kreativität» als Lebenskraft zu finden. Durch die Ermittlung des Forschungsstandes sollte ersichtlich werden, ob die Kreativität in der Musiktherapie wissenschaftlich diskutiert und ob in diesem Fachbereich auch die «Kreativität» als Lebenskraft thematisiert wird.

In einer ersten Literaturrecherche zeigte sich, dass Kreativität nach aktuellem Forschungsstand nicht behandelt wird, und zwar in keiner Weise und Form. Deshalb wurde eine zweite Literaturrecherche durchgeführt, zusätzlich mit dem Hintergrund, mehr über den «Fokus» und die «Methode» in der musiktherapeutischen Behandlung von Sucht zu erfahren; die Diskussion dieser Aspekte ist im Kapitel 3 abgebildet. Leider war die Kreativität – wie erwartet – auch in der zweiten Literaturrecherche nicht zu finden; hingegen konnten viele Informationen zu der musiktherapeutischen Behandlung von stoffgebundener Sucht zusammengetragen werden. Diese dienten als Anhaltspunkte in der Erstellung

des Arbeitsentwurfes (in Kapitel 5). Anschliessend wurde die Suche nach Kreativität in einer dritten Recherche weitergeführt, deren Ziel nun war, neben der Literatur, die den Forschungsstand repräsentiert, die gesamte Bibliografie der Musiktherapie zu durchforschen und so womöglich die Kreativität in Fallstudien, Erfahrungsberichten, Arbeitsanleitungen etc. zu finden. Auch die Ergebnisse hierzu wurden im Kapitel 3 vorgestellt und diskutiert.

An dieser Stelle sollen die wichtigsten Erkenntnisse zur Beantwortung der Fragestellung hier noch einmal aufgegriffen werden:

In der dritten, am breitesten angelegten Literaturrecherche konnte das Thema Kreativität gefunden werden. Wichtig ist zu erwähnen, dass es sich dabei nicht um «Kreativität» als Lebenskraft handelt, sondern um Kreativität als kreativen Prozess und Kontext. Treder-Wolff berichtet in ihrem Artikel «Music Therapy as a Facilitator of Creative Process in Addictions Treatment» von 1990 über Kreativität. Darin wird die Bedeutung des kreativen Prozesses für die Genesung eines/einer Patient*in aufgezeigt. Auch betont die Autorin die Notwendigkeit der Entwicklung bestimmter Fähigkeiten des/der Patient*in, die den Genesungsprozess unterstützen, wie z.B. sozialer Kommunikation oder der Offenheit gegenüber der eigenen Krankheit. Somit wird die Entwicklung einer gesunderen Persönlichkeit hervorgehoben, die im Zentrum des Genesungsprozesses steht. «Kreativität» als Lebenskraft wird zwar nicht explizit ersichtlich, aber die Arbeit mit der Persönlichkeit und deren Entwicklung, die Timmermann in seinem Bericht «Einzelmusiktherapie mit einem suchtkranken Rockmusiker» von 1984 noch deutlicher in den therapeutischen Fokus rückt, zeigt, dass das Thema «Kreativität» indirekt vorhanden ist.

Zusätzlich wurde in dieser Arbeit ein Exkurs zu den theoretischen Grundlagen der Musiktherapie gemacht, um festzustellen, ob und inwieweit das Thema Kreativität in der theoretischen musiktherapeutischen Diskussion vorhanden ist und thematisiert wird.

Abschliessend kann die Fragestellung wie folgt beantwortet werden:

Die Relevanz von «Kreativität» in der evidenzbasierten musiktherapeutischen Behandlung der stoffgebundenen Sucht im Rahmen der integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ist nicht ersichtlich, da die Thematik nach aktuellem Forschungsstand erstens nicht auffindbar ist und zweitens dementsprechend auch nicht bearbeitet und diskutiert wird.

Kreativität kommt hingegen als kreativer Prozess oder Kontext im theoretischen Diskurs vor und ist auch indirekt als «Kreativität» aufzufinden, aber nur mittels breitangelegter

Recherche in der gesamten musiktherapeutischen Bibliografie. Das bedeutet, dass (dennoch) eine gewisse Relevanz dieses Phänomens und Themas in der nicht-evidenzbasierten musiktherapeutischen Literatur und in der praktischen musiktherapeutischen Behandlung der stoffgebundenen Sucht vorhanden ist und auch nachgewiesen werden konnte.

Die Relevanz von «Kreativität» in der Suchtbehandlung kann durch die musiktherapeutische Auffassung der Kreativität nicht theoretisch gestützt werden, da es eine solche Auffassung gar nicht explizit gibt. Ihre Relevanz gewinnt aber durch die Betrachtung der Sucht aus medizinischer, psychologischer und musiktherapeutischer Perspektive und durch die theoretische Auseinandersetzung mit den Kreativitätstheorien nicht nur an praktischer, sondern auch an theoretischer Bedeutung. Darüber wurde in den Kapiteln 1, 2, 4 und 5 ausführlich berichtet. An dieser Stelle werden die wichtigsten Erkenntnisse noch einmal kurz zusammengefasst:

Sucht kann als Manifestierung der «verlorenen Kreativität» bezeichnet werden, da ein solches Verständnis dieses Krankheitsbildes durch aktuelle neurobiologische und psychosoziale Erkenntnisse der stoffgebundenen Abhängigkeit wissenschaftlich-theoretisch gestützt werden kann. Bei der Sucht besteht das Leben des/der Abhängigen zum grossen Teil aus Beschaffung und Konsum der psychoaktiven Substanzen und es zeigt sich regelmässig der gleiche Rhythmus oder die gleiche Konsumdynamik, was u.a. auch neurobiologisch zu erklären ist. Diese Auffassung stimmt mit dem psychodynamischen Verständnis der Sucht von Subkowski überein, wonach die Auseinandersetzung mit dem Leben, was als «Kreativität» in ihrer Essenz bezeichnet werden kann, bei Sucht verloren geht und stattdessen eine Wiederholung des Gleichens stattfindet. Die Persönlichkeitslehre von Rogers, welche zu den humanistischen Kreativitätstheorien zählt, die Selbstaktualisierung eines Menschen als seine «Kreativität» ins Zentrum des Geschehens stellt und als Grundlage der etablierten psychotherapeutischen Behandlung von Sucht gilt, stützt diese These indirekt auch. Somit gewinnt die «Kreativität» in der musiktherapeutischen Behandlung der Sucht an Relevanz, auch wenn sie (wie gesagt) in der musiktherapeutischen Fachliteratur zur stoffgebundenen Sucht nicht zu finden ist. Ihre Förderung spielt in der Behandlung der Sucht somit eine Rolle.

Die zweite konkrete Fragestellung lautete:

*Wie kann die «Kreativität» der Patient*innen in der musiktherapeutischen Stunde im Rahmen der integrativen Behandlung der stoffgebundenen Sucht praktisch gefördert werden?*

Um diese Frage zu beantworten, wurde im Kapitel 5 eine eigene Arbeitsmethode entworfen. In dieser wurden die Erkenntnisse aus den Kapiteln 1, 2, 3 und 4 und aus der eigenen Arbeitserfahrung in der Klinik kombiniert. Die wichtigsten Punkte des Entwurfes, der die «Kreativität» in den Patient*innen fördern soll, werden hier noch einmal aufgegriffen. Als Gesamtes wird der Entwurf der musiktherapeutischen Stunde im Kapitel 5 vorgestellt und diskutiert.

Das Grundgerüst des vorgestellten Entwurfes orientiert sich an den Kreativitätstheorien, den Konzepten von Rogers und Winnicott und an einigen Erkenntnissen praktischer musiktherapeutischer Arbeit mit Suchtpatient*en von anderen Musiktherapeut*innen. Gemäss Winnicott ist «das Spielen» für die Förderung der «Kreativität» essenziell. Der hier präsentierte Entwurf versucht daher, «das Spielen» durch folgende Methoden umzusetzen:

- Imagination
- Improvisation
- Achtsamkeit

Diese drei Methoden ermöglichen, die Wahrnehmung, Handlung und Interaktion der Patient*innen zu fördern, wodurch die Exploration des Selbst und der Umwelt, die Selbstaktualisierung sowie das Persönlichkeitswachstum bzw. auch die «Kreativität» angeregt werden können.

Diese drei Methoden sind gleichsam die Antwort auf die zweite Fragestellung, weil diese Methoden in der Kreativitätsforschung als kreativitätsfördernd betrachtet werden und somit eine optimale Grundlage bieten, um die «Kreativität» in einer musiktherapeutischen Stunde anzuregen. Es geht bei diesen Methoden nicht direkt um die Förderung von «Kreativität» an sich, sondern sie bieten das nötige Umfeld und den Kontext dafür und sind somit fähig, einen kreativen Prozess zu initialisieren, der das Persönlichkeitswachstum unterstützt und so der Persönlichkeit ermöglicht, «kreativ» zu werden.

Die Komposition, die als vierte Methode zur Kreativitätsförderung in der Kreativitätsforschung zu finden ist, kommt in der hier vorgestellten Arbeit nicht zur Anwendung, da es dafür ein besonderes Know-how braucht, welches die Autorin nicht besitzt. Dass aber die Komposition als kreativitätsfördernde Methode in der praktischen Behandlung der Sucht eine positive Rolle spielen kann, ist meines Erachtens eine sehr wichtige Erkenntnis der musiktherapeutischen Arbeit mit Suchtpatient*innen. Sie stimmt mit den Erkenntnissen der zweiten Literaturrecherche überein, bei der Songwriting (das zur Methode Komposition gehört) an einer der ersten Stellen bei der Behandlung von Sucht steht. Komposition löst folglich in der Suchtbehandlung die Improvisation als *Via Regia* der aktiven Musiktherapie ab und erweitert somit das Verständnis aktiver Musiktherapie ganz allgemein. Dass Komposition – wie auch die Methoden Lyric Analysis und die Arbeit mit komponierter Musik – für Patient*innen bedeutend ist, wie in der Arbeit von Horesh ausführlich dargestellt wird, gehört daher zu den wichtigen allgemeinen musiktherapeutischen Erkenntnissen, die durch die Wahl dieses Themas für die Masterarbeit erlangt werden konnten. Sie erlauben die Annahme, dass nicht für jede psychische Störung die Improvisation als Methode am besten geeignet ist und dass Musiktherapeut*innen hier viel differenzierter vorgehen und die aktive Musiktherapie vielmehr als Vielfalt verschiedener Methoden, die gleichberechtigt einzusetzen wären, betrachten sollten.

Welche anderen Erkenntnisse konnten durch die Themenwahl dieser Masterarbeit zusätzlich gewonnen werden?

Einerseits erweitert das Aufgreifen des Themas «Kreativität» in der musiktherapeutischen Behandlung von stoffgebundener Sucht das naturwissenschaftliche Verständnis der Suchterkrankung und gibt Anstöße für neue Behandlungsmöglichkeiten, und dies nicht nur in der Musiktherapie.

Andererseits ist ersichtlich geworden, dass Kreativität als Phänomen in der Musiktherapie (bisher) nicht theoretisch behandelt wird, was erstens überrascht, weil die Musiktherapie eine kreative Therapieform ist, und zweitens enttäuscht, da genau dieses Phänomen den künstlerisch-kreativen Therapien so eigen ist und daher als theoretische Basis und theoretisches Modell für das Verständnis des musiktherapeutischen Tuns dienen könnte. Die Musiktherapie verwendet nicht selten die Menschenbilder anderer Psychotherapieschulen. Dabei prägt doch der Blick auf die Kreativität eines Menschen das Menschenbild der künstlerischen Therapieformen, weshalb die Kreativität als Phänomen in der Musiktherapie fachlich diskutiert werden sollte.

Die zweite und die dritte Literaturrecherche (in Kapitel 3) haben gezeigt, dass die therapeutische Arbeit mit Musik bei stoffgebundener Sucht erfolgreich sein kann, obwohl die Musik nicht selten mit dem Konsum der psychoaktiven Substanzen verwoben ist. Im Bericht von Hoerisch, der in der dritten Recherche erwähnt wird, steht die Musik, die triggern, psychisch destabilisieren und sogar einen Konsumrückfall hervorrufen kann, im Zentrum der musiktherapeutischen Arbeit. Die Musik der Patient*innen ist hier nicht nur ein Genuss- oder Suchtmittel, ein Attribut ihres Lebens, sondern wird als sehr wichtiger Teil ihrer Krankheits- und Lebensgeschichte, ihres Selbsterlebens betrachtet, der die Möglichkeit gibt, ihrer Erkrankung aus einer anderen Perspektive zu begegnen. Dies ist ein zusätzlicher neuer Aspekt musiktherapeutischer Arbeit bei der stoffgebundenen Sucht.

In Bezug auf die theoretische und praktische Aufarbeitung dieses Themas zeigten sich überraschende Phänomene:

Die Autorin war nicht davon ausgegangen, dass sich das Implementieren einer zusätzlichen kreativen Therapieform in das integrative Behandlungskonzept in mehrerer Hinsicht auf das gesamte Behandlungskonzept auswirken würde: erstens trat das behandelte Thema Kreativität stärker in den Fokus der Behandlung, zweitens brachte die Musiktherapie für das gesamte restliche Behandlungskonzept viele zusätzliche, gewinnbringende Informationen, Hypothesen oder auch mögliche Lösungen.

Generell wirkte sich das Implementieren der Musiktherapie auf das gesamte Behandlungssystem aus. So ist das Behandlungssystem dadurch grösser, flexibler, variabler offener und auch kreativer geworden. Die Patient*innen haben nun die Möglichkeit, zwischen zwei kreativen Therapien (dem gestaltenden Atelier und der Musiktherapie) auszuwählen oder auch beide in Anspruch zu nehmen. Es entstehen manchmal Schwierigkeiten, sich zwischen den Therapien zu entscheiden, weil es eine grössere Bandbreite an Möglichkeiten gibt und der Zeitfaktor ebenfalls eine Rolle dabei spielt, doch fordert es die Entscheidungskraft der Patient*innen und trägt zusätzlich zu ihrer Entwicklung bei. Die Musiktherapie ihrerseits bekommt vermehrt Aufmerksamkeit und gewinnt an grösserer Bedeutung. Die entstandenen Synergien unter den verschiedenen Therapierichtungen erlauben es, die Problematik der Patient*innen mehrperspektivischer anzusehen.

Ausblick

Im Weiteren wäre es interessant und wichtig, die Arbeitsweise des hier vorgestellten Entwurfes mit einer grösseren Anzahl von Patient*innen empirisch zu überprüfen und die Methode gegebenenfalls weiterzuentwickeln und zu modifizieren. Welche Messinstrumente für eine solche empirische Untersuchung geeignet wären, ist die nächste Frage, die beantwortet werden müsste. In diesem Zusammenhang wurden die folgenden Überlegungen angestellt, die in weiteren Fragen münden:

Was soll als Messinstrument gewählt werden, das für eine grössere Zahl von Patient*innen geeignet ist und mit welchem die Entwicklung des Krankheitsverlaufes gemessen werden kann? Als Beispiel könnte man hier die Interviews für die Lebensqualität benutzen (Schumacher, 2003). In Frage käme auch die Bewertung der depressiven Symptomatik, da diese bei sehr vielen Suchtpatient*innen vorhanden ist, welche mit dem Selbsteinschätzungsbogen BDI untersucht und evaluiert werden könnte (Beck et al., 2013). Die Untersuchung mit einem Achtsamkeitsbogen wäre eine andere Möglichkeit (Heidenreich et al., 2006).

Es stellt sich weiter die Frage, ob statt der quantitativen evtl. eine qualitative Untersuchung sinnvoller wäre, bei welcher die subjektiven Erlebnisse der Patient*innen festgehalten werden könnten, um daraus wichtige Erkenntnisse zu gewinnen. In Bezug auf die qualitativen Veränderungen des improvisatorischen Spielens ist zu überlegen, ob die Verwendung der musiktherapeutischen Ausdrucks- und Kommunikationsskala (MAKS) von Dorothee von Moreau möglich wäre (von Moreau, 1996). Damit könnten womöglich auch die Veränderungen in einem kürzeren Arbeitsprozess, wie er in der Klinik üblich ist, besser erfasst werden. Das Polaritätsmodell von Theodore Millon würde sich evtl. auch dafür eignen, um Veränderungen in bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen des/der Patient*in aufzudecken (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 148 ff.). Möglicherweise könnte dieses Modell für die Feststellung von Veränderungen im improvisatorischen Spiel adaptiert werden. Zudem könnten auch kreativitätsspezifische Tests in Frage kommen (Krampen, 2019, S. 514 ff.).

Generell ist es aber schwierig, ein geeignetes Messinstrument dafür zu finden, weil es viele Möglichkeiten gibt und weil die Kreativität und ihre Auswertung ein sehr komplexes Phänomen ist, weswegen man sich in diese Thematik zwingend vertiefen sollte.

Abschliessend soll noch einmal unterstrichen werden, dass Ziel dieser Arbeit in erster Linie war, Wissen über das Thema der stoffgebundenen Sucht und «Kreativität» mit einer

weiten Perspektive auf ihre verschiedenen Aspekte zusammenzutragen und anschliessend die theoretischen Erkenntnisse zu Sucht und «Kreativität» gewichtet nach ihrer Relevanz in die praktische Arbeitsweise zu integrieren.

7. Literatur

- Abdollahnejad, M. R. (2010). The Role of Music Therapy in Helping Drug Dependents. In D. Aldridge (Hrsg.). *Music therapy and addictions* (1. Aufl.). London: Kingsley. 75–87.
- Abhängigkeitspotential* (2022). Abgerufen auf Drugcom am 12. März 2022 von <https://www.drugcom.de/drogenlexikon/buchstabe-a/abhaengigkeitspotential/>
- Aichmüller, C., & Soyka, M. (2013). Stationäre Therapie Suchtkranker mit komorbiden Störungen. *Suchtmed*, 15(1), 21–32.
- Aichmüller, C., & Soyka, M. (2016). Suchtbehandlung bei komorbiden psychischen Krankheiten. *Nervenheilkunde*, 35(11), 784–791. doi:10.1055/s-0037-1616452
- Albornoz, Y. (2011). The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(3), 208–224. doi:10.1080/08098131.2010.522717
- Baker, F. A., Gleadhill, L. M., & Dingle, G. A. (2007). Music therapy and emotional exploration: exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions. *The Arts in Psychotherapy*, 34(4), 321–330. doi:10.1016/j.aip.2007.04.005
- Batra, A., Mann, K. F., Berner, M. M., & Günthner, A. (2019). Suchterkrankungen. In M. Berger (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*. In Zusammenarbeit mit der Cochrane Deutschland Stiftung (6., vollständig neu bearbeitete Aufl. mit umfangreichen Ergänzungen auf der Online-Plattform). Amsterdam: Elsevier. 247–300.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2013). *Beck Depressions-Inventar – FS* (1. Aufl.). Frankfurt a.M.: Pearson Assessment & Information GmbH.
- Bensel, W. (2016). Der personenzentrierte Ansatz. In M. Vogelgesang & P. Schuhler (Hrsg.). *Psychotherapie der Sucht: Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (3., erweiterte und aktualisierte Aufl.). Lengerich: Pabst Science Publishers. 173–194.
- Bibb, J., Castle, D., Bonomo, Y., & McFerran, K. S. (2018). Reducing Anxiety through Music Therapy at a Community Residential Alcohol and Drug Withdrawal Unit. *Journal of Addictive Behaviors, Therapy & Rehabilitation*, 7(2). doi:10.4172/2324-9005.1000179
- Bilitza, K. W. (2008). Gruppenpsychotherapie und die psychotherapeutische Arbeit mit Gruppen in der Suchtklinik heute. In K. W. Bilitza (Hrsg.). *Psychotherapie der Sucht: Psychoanalytische Beiträge zur Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 93–110.
- Borling, J. (2017). Stage Two Recovery for Substance Use Disorders: Considerations and Strategies for Music Therapists. *Music and Medicine*, 9(1), 59–63. doi:10.47513/mmd.v9i1.525

- Bourdaghs, S., & Silverman, M. J. (2020). A neurological rationale for music therapy to address social connectivity among individuals with substance use disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 70. doi:10.1016/j.aip.2020.181681
- Brodbeck, K. H. (2012). *Zur Philosophie der Kreativität. Historische und interdisziplinäre Aspekte*. In J. Schick & R. Ziegler (Hrsg.). *Residenzvorlesungen. Abgerufen über die Website des Autors am 12. März 2022 von <https://khhbrodbeck.homepage.t-online.de/philkrea.pdf>*
- Cevasco, A. M., Kennedy, R., & Generally, N. R. (2005). Comparison of Movement-to-Music, Rhythm Activities, and Competitive Games on Depression, Stress, Anxiety, and Anger of Females in Substance Abuse Rehabilitation. *Journal of Music Therapy*, 42(1), 64–80. doi:10.1093/jmt/42.1.64
- Chen, X.-J., Wang, C.-G., Liu, W., Wang, D.-M., Gorowska, M., & Li, Y.-H. (2018). Identification of the Features of Emotional Dysfunction in Female Individuals with Methamphetamine Use Disorder Measured by Musical Stimuli Modulated Startle Reflex. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, Artikel 230. doi:10.3389/fnhum.2018.00230
- Cournoyer Lemaire, E., Loignon, C., & Bertrand, K., (2021). A critical scoping Review about the impact of music in the lives of young adults who use drugs. *Drug and Alcohol Review*, 40(1), 135–154. doi:10.1111/dar.13136
- Daumann, J., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2015). *Amphetamine, Ecstasy und Designerdrogen* (1. Aufl.). Reihe Sucht: Risiken – Formen – Interventionen. Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Davis, M., & Wallbridge, D. (2018). *Eine Einführung in das Werk von D. W. Winnicott* (5., unveränderte Aufl.). Hohenwarsleben: Westarp.
- Decker-Voigt, H.-H., & Weymann, E. (2009) (Hrsg.). *Lexikon Musiktherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Deuter, M. (2012). Das Hören des Therapeuten, Zwischen Raum und Richtung. In Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (Hrsg.). *Jahrbuch Musiktherapie 2012* (Band 8). Wiesbaden: Reichert. 65–82.
- Dijkstra, I. T. F., & Hakvoort, L. G. (2010). Music Therapy with Chemically Dependent Clients: A Relapse Prevention Model. In D. Aldridge & J. Fachner (Hrsg.). *Music therapy and addictions* (1. Aufl.). London: Kingsley. 88–102.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. / Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD–10 Kapitel V (F) klinisch–diagnostische Leitlinien* (10. Aufl., unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Bern: Hogrefe.
- Dingle, G. A., Gleadhill, L., & Baker, F. A. (2008). Can music therapy engage patients in group cognitive behaviour therapy for substance abuse treatment? *Drug and Alcohol Review*, 27(2), 190–196. doi:10.1080/09595230701829371

- Dingle, G. A., Kelly, P. J., Flynn, L. M., & Baker, F. A. (2015). The influence of music on emotions and cravings in clients in addiction treatment: a study of two clinical samples. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 18–25. doi:10.1016/j.aip.2015.05.005
- Droge (o.J.). Abgerufen auf Wikipedia am 12. März 2022 von <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Droge&stableid=220188387>
- Dülberg, D. (2014). Zwischen strukturierender Suggestion und musikinduzierter Assoziation – Betrachtung zu KIP und BMGIM. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.). *Guided imagery and music: Konzepte und klinische Anwendungen*. Wiesbaden: Reichert. 85–114.
- Dürsteler, K. M., Vogel, M., & Walter, M. (2019). Psychotherapieforschung bei Suchterkrankungen. In M. Soyka, A. Batra, A. Heinz & F. Moggi (Hrsg.). *Suchtmedizin* (1. Aufl.). Amsterdam: Elsevier. 67–80.
- Edison Carter, T., & Panisch, L. S. (2020). A Systematic Review of Music Therapy for Psychosocial Outcomes of Substance Use Clients. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 1551–1568. doi:10.1007/s11469-020-00246-8
- Fachner, J. (2005). Drogen und Musik – Ein Überblick. *Suchttherapie*, 6(2), 60–65. doi:10.1055/s-2005-858342
- Farahmand, S. R. E., Ahadi, H., Golkar, M. K., & Sedaghat, M. (2020). Comparison of the Effectiveness of Music Therapy and Cognitive Behavioural Therapy on Quality of Life, Craving and Emotion Regulation in Patients Under Methadone Maintenance Therapy. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 26, Artikel 2. doi:10.32598/ijpcp.26.2.3212.1
- Ficken, T. (2010). Music Therapy with Chemically Dependent Clients: A Relapse Prevention Model. In D. Aldridge & J. Fachner (Hrsg.). *Music therapy and addictions* (1. Aufl.). London: Kingsley. 103–122.
- Fiedler, P., & Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Fritz, T. H., Vogt, M., Lederer, A., Schneider, L., Fomicheva, E., Schneider, M., & Villringer, A. (2015). Benefits of listening to a recording of euphoric joint music making in polydrug abusers. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, Artikel 300. doi:10.3389/fnhum.2015.00300
- Frohne-Hagemann, I. (2001). *Fenster zur Musiktherapie: Musik-therapie-theorie 1976–2001*. Wiesbaden: Reichert.
- Gardstrom, S. C., Carlini, M., Josefczyk, J., & Love, A. (2013). Women with Addictions: Music Therapy Clinical Postures and Interventions. *Music Faculty Publications*, 5.
- Gardstrom, S. C., & Hiller, J. (2016). Resistances in Group Music Therapy With Women and Men With Substance Use Disorders. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 16(3), Artikel 3. doi:10.15845/voices.v16i3.880

- Gardstrom, S. C., Klemm, A. & Murphy, K. M. (2016). Women's Perceptions of the Usefulness of Group Music Therapy in Addictions Recovery. *Nordic Journal of Music Therapy*, 26(4), 338–358. doi:10.1080/08098131.2016.1239649
- Gäsche, D. (2008). *Born to be wild oder Die 68er und die Musik*. Leipzig: Militzke.
- Geiger, E. M., & Maack, C. (2010). *Lehrbuch guided imagery and music nach Helen Bonny (GIM)*. Wiesbaden: Reichert.
- Geuter, U. (2019). *Praxis Körperpsychotherapie: 10 Prinzipien der Arbeit im therapeutischen Prozess*. Heidelberg/New York: Springer.
- Ghetti, C. M. (2004). Incorporating Music Therapy into the Harm Reduction Approach to Managing Substance Use Problems. *Music Therapy Perspectives*, 22(2), 84–90. doi:10.1093/mtp/22.2.84
- Gindl, B. (2002). *Anklang – die Resonanz der Seele: Über ein Grundprinzip therapeutischer Beziehung*. Paderborn: Junfermann.
- Grof, S. (2015). *LSD-Psychotherapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grof, S. (2022). Webauftritt des Psychiaters, abgerufen am 12. März 2022 von <https://www.stangrof.com>
- Gründer, G. (2022). *Psychedelika in der Psychiatrie: Aktueller Stand*. Aufzeichnung des Vortrags vom 6. April 2022 im Wissenschaftskolloquium der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Frankfurt a.M. Abgerufen am 12. März 2022 von <https://www.youtube.com/watch?v=ujKaUrtsWAY>
- Hanscarl Leuner (o.J.). Abgerufen auf Wikipedia am 12. März 2022 von https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Hanscarl_Leuner&stableid=219238107
- Hasler, G. (o.J.). *LSD-, Psilocybin- und MDMA-Behandlung*. Abgerufen am 12. März 2022 von <https://www.unifr.ch/med/de/research/groups/hasler/psychedelika-therapie>
- Hedigan, J. P. (2010). Authenticity and Intimacy: The Experience of Group Music Therapy for Substance Dependent Adults Living in a Therapeutic Community. In D. Aldridge (Hrsg.). *Music therapy and addictions* (1. Aufl.). London: Kingsley. 35–56.
- Hegi, F. (2010). *Improvisation und Musiktherapie: Möglichkeiten und Wirkungen von freier Musik* (unveränd. Neuaufl.). Wiesbaden: Reichert.
- Hegi, F., & Rüdüsili-Voerkel, M. (2013). *Der Wirkung von Musik auf der Spur: Theorie und Erforschung der Komponenten* (2., verb. Aufl.). Wiesbaden: Reichert.
- Hegi-Portmann, F., Lutz Hochreutener, S., & Rüdüsili-Voerkel, M. (2007). *Musiktherapie als Wissenschaft: Grundlagen, Praxis, Forschung und Ausbildung*. Zürich: Eigenverlag.
- Heidenreich, T., Ströhle, G., & Michalak, J. (2006). Achtsamkeit: Konzeptuelle Aspekte und Ergebnisse zum Freiburger Achtsamkeitsfragebogen. *Verhaltenstherapie*, 16(1), 33–40. doi:10.1159/000091521

- Hillecke, T. K., & Wilker, F.-W. (2007). Ein heuristisches Wirkfaktoren Modell der Musiktherapie, *Erhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 28(1), 62–85.
- Hohmann, L., Bradt, J., Stegemann, T., & Koelsch, S. (2017). Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: a systematic review. *PLOS ONE* 12(11), e0187363. doi:10.1371/journal.pone.0187363
- Holm-Hadulla, R. M. (2021). Vortrag am 25. November 2021 am DGPPN Kongress 2021.
- Horesh, T. (2006). Dangerous Music: Working with the Destructivity and Healing Power of Popular Music in the Treatment of Substance Abusers. In D. Aldridge & J. Fachner (Hrsg.). *Music and altered states: Consciousness, transcendence, therapy and addiction*. London: Kingsley. 125–139.
- Horesh, T. (2010). Drug Addicts and Their Music: A Story of a Complex Relationship. In D. Aldridge (Hrsg.). *Music therapy and addictions* (1. Aufl.). London: Kingsley. 57–74.
- Imagination* (o.J.). Abgerufen auf Wikipedia am 12. März 2022 von <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Imagination&stableid=218691635>
- Integrative Psychiatrie – Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK; o.J.). Abgerufen am 12. März von <https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/erwachsenenpsychiatrie/angebote/stationaere-angebote/integrative-psychiatrie>
- Jansen, R. (2021). Rückfall – Alles auf Anfang? In C. Galle-Hellwig & M. Baumann (Hrsg.). *Musiktherapeutische Ansätze in der Suchttherapie*. Wiesbaden: Reichert. 81–90.
- Janus, L. (2014). Otto Rank: Der Mensch als Künstler – Kreativität als Wesenskern des Menschen. In G. Gödde & J. Zirfas (Hrsg.). *Lebenskunst im 20. Jahrhundert: Stimmen von Philosophen, Künstlern und Therapeuten*. Paderborn: Wilhelm Fink. 303–320.
- Jones, J. D. (2005). A Comparison of Songwriting and Lyric Analysis Techniques to Evoke Emotional Change in a Single Session with People Who are Chemically Dependent. *Journal of Music Therapy*, 42(2), 94–110. doi:10.1093/jmt/42.2.94 sowie Korrektur in: *Journal of Music Therapy*, 42(4), 320. doi:10.1093/jmt/42.4.320
- Jungaberle, H., Biedermann, N., Nott, J., Zeuch, A., & von Heyden, M. (2018). Salutogene und nicht-pathologische Formen von Substanzenkonsum. In M. von Heyden, H. Jungaberle & T. Majić (Hrsg.). *Handbuch Psychoaktive Substanzen*. Heidelberg: Springer. 175–194. doi:10.1007/978-3-642-55125-3
- Kapteina, H. (2004). Rezeptive Musiktherapie bei Suchterkrankungen. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.). *Rezeptive Musiktherapie: Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert. 253–270.
- Kast, V. (2014). Lebenskunst bei Carl Gustav Jung. In G. Gödde & J. Zirfas (Hrsg.). *Lebenskunst im 20. Jahrhundert: Stimmen von Philosophen, Künstlern und Therapeuten*. Paderborn: Wilhelm Fink. 291–302.

- Kast, V. (2016). *Imagination: Zugänge zu inneren Ressourcen finden* (2. Aufl., völlig überarbeitete und erweiterte Neuauflage). Düsseldorf: Patmos.
- Keller, M. (2017). *Sexuelles Erleben und Verhalten bei Patientinnen mit einer Kokainstörung – Eine qualitative Studie*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Zürich: Universität Zürich & Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik.
- Kern, E. (2016). Körperorientierte Psychotherapie bei Suchterkrankungen. In M. Vogelgesang & P. Schuhler (Hrsg.). *Psychotherapie der Sucht: Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (3., erweiterte und aktualisierte Aufl.). Lengerich: Pabst Science Publishers. 195–220.
- Koch, S. C., & Martin, L. A. (2017). Verkörperte Ästhetik: Ein identitätsstiftender Wirkfaktor der künstlerischen Therapien. In R. Tüpker & H. Gruber (Hrsg.). *Spezifisches und Unspezifisches in den Künstlerischen Therapien*. Hamburg/Potsdam/Berlin: HPB University Press. 81–106.
- Krampen, G. (2019). *Psychologie der Kreativität: Divergentes Denken und Handeln in Forschung und Praxis* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe. doi:10.1026/02982-000
- Leipoldt-Döring, M. (2021). *Musiktherapeutische Ansätze in der Suchttherapie*. Vortrag am 6. März 2021 an der Tagung des Freien Musikzentrums München.
- Leuner, H. (2012). *Katathym-imaginative Psychotherapie: Grundstufe – Mittelstufe – Oberstufe* (4. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Lothwesen, K. S., & Lehmann, A. C. (2018). Komposition und Improvisation. In A. C. Lehmann & R. Kopiez (Hrsg.). *Handbuch Musikpsychologie* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe. 341–366.
- Lutz Hochreutener, S. (2009). *Spiel – Musik – Therapie: Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Bern: Hogrefe.
- Maslow, A. (2000). *Kreativität bei selbstverwirklichenden Menschen*. Abgerufen am 12. März 2022 von <https://www.cocre.eu/app/download/9482227986/Maslow+-+Prim%C3%A4re+und+sekund%C3%A4re+Kreativit%C3%A4t.pdf?t=1631947011>
- Mathis, W. S., & Han, X. (2017). The acute effect of pleasurable music on craving for alcohol: a pilot crossover study. *Journal of Psychiatric Research*, 90, 143–147. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.04.008
- Megranahan, K., & Lynskey, M. T. (2018). Do creative arts therapies reduce substance misuse? A systematic review. *The Arts in Psychotherapy*, 57, 50–58. doi:10.1016/j.aip.2017.10.005
- Moggi, F., & Donati, R. (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Bern: Hogrefe.
- Mulder, J., Ter Bogt, T. F. M., Raaijmakers, Q. A. W., Gabhainn, S. N., Monshouwer, K., & Vollebergh, W. A. M. (2009). Is it the music? Peer substance use as a mediator of

- the link between music preferences and adolescent substance use. *Journal of Adolescence*, 33(3), 387–394. doi:10.1016/j.adolescence.2009.09.001
- Mundle, G. (2018). *Achtsamkeit in der Suchttherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Murphy, K. M. (2017). Music Therapy in Addictions Treatment: A Systematic Review of the Literature and Recommendations for Future Research. *Music & Medicine*, 9(1), 15–23. doi:10.47513/mmd.v9i1.556
- Petersen, P. (2000). *Der Therapeut als Künstler: Ein integrales Konzept von künstlerischen Therapien und Psychotherapien*. Frankfurt a.M.: Info3.
- Petersen, P. (2009). Sinneswahrnehmung. In H.-H. Decker-Voigt & E. Weymann (Hrsg.). *Lexikon Musiktherapie* (2., überarb. und erw. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Petry, J. (2016). Psychotherapie bei Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit: Motivation und Motivierung. In M. Vogelgesang & P. Schuhler (Hrsg.). *Psychotherapie der Sucht: Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (3., erweiterte und aktualisierte Aufl.). Lengerich: Pabst Science Publishers. 55–70.
- Poltrum, M. (2016). Das Ästhetische als Freiheitsimpuls und Stimulus des Lebens. In M. Poltrum (Hrsg.). *Philosophische Psychotherapie: Das Schöne als Therapeutikum*. Berlin: Parodos. 68–69.
- Psychotrope Substanz* (o.J.). Abgerufen auf Wikipedia am 12. März 2022 von https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Psychotrope_Substanz&stabileid=220882477
- Riedl, H. (2021). «Wollen Sie wirklich spielen?»: *Alfred Schmölz und die Wiener Musiktherapie – kommentierte Quellentexte*. Wien: Praesens.
- Rogers, C. R. (2016). *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (20. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ross, S., Cidambi, I., Dermatis, H., Weinstein, J., Ziedonis, D., Roth, S., & Galanter, M. (2008). Music Therapy: A Novel Motivational Approach for Dually Diagnosed Patients. *Journal of Addictive Diseases*, 27(1), 41–53. doi: 10.1300/J069v27n01_05
- Scherbaum, N. (2019). *Das Drogentaschenbuch* (6., unveränderte Aufl.). New York: Thieme.
- Schmidt, T. T., & Majić, T. (2018). Empirische Untersuchung veränderter Bewusstseinszustände. In M. von Heyden, H. Jungaberle & T. Majić (Hrsg.). *Handbuch Psychoaktive Substanzen*. Heidelberg: Springer. 175–194. doi:10.1007/978-3-642-55125-3
- Schmölz, A. (2021). Der kreative Aspekt innerhalb der Musiktherapie. In H. Riedl (Hrsg.). «Wollen Sie wirklich spielen?»: *Alfred Schmölz und die Wiener Musiktherapie – kommentierte Quellentexte*. Wien: Praesens. 94–99.
- Schnell, T. (2020). *Verhaltenstherapie der Sucht* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schuler, H., & Görlich, Y. (2007). *Kreativität: Ursachen, Messung, Förderung und Umsetzung in Innovation*. Bern: Hogrefe.

- Schultes, R. E., & Hofmann, A. (1992). *Plants of the gods: Their sacred, healing, and hallucinogenic powers*. Rochester: Inner Traditions.
- Schumacher, J. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Bern: Hogrefe.
- Schwabe, C. (2004). Regulative Musiktherapie (RMT) – Wegmarken einer Konzeptionsentwicklung. In I. Frohne-Hagemann (Hrsg.). *Rezeptive Musiktherapie: Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert. 205–216.
- Schwabe, C., & Röhrborn, H. (1996). Anwendungsbereiche und Modifikation der Regulativen Musiktherapie. In C. Schwabe & H. Röhrborn (Hrsg.). *Regulative Musiktherapie: Entwicklung, Stand und Perspektiven in der psychotherapeutischen Medizin* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Jena: Gustav Fischer. 135–229.
- Selig, H. (2021). Die Therapeutin, die Musik und die Droge – Zur Beziehungsdynamik in der Musiktherapie mit Suchtkranken. In C. Galle-Hellwig & M. Baumann (Hrsg.). *Musiktherapeutische Ansätze in der Suchttherapie*. Wiesbaden: Reichert. 57–80.
- Short, A. D. L. & Dingle, G. A. (2015). Music as an auditory cue for emotions and cravings in adults with substance use disorder. *Psychology of Music*, 44(3), 559–573. doi:10.1177/0305735615577407
- Silverman, M. J. (2003). Music therapy and clients who are chemically dependent: a review of literature and pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 30(5), 273–281. doi:10.1016/j.aip.2003.08.004
- Silverman, M. J. (2011). Effects of Music Therapy on Change Readiness and Craving in Patients on a Detoxification Unit. *Journal of Music Therapy*, 48(4), 509–531. doi:10.1093/jmt/48.4.509
- Silverman, M. J. (2012). Effects of Group Songwriting on Motivation and Readiness for Treatment on Patients in Detoxification: A Randomized Wait-List Effectiveness Study. *Journal of Music Therapy*, 49(4), 414–429. doi:10.1093/jmt/49.4.414
- Silverman, M. J. (2014). Effects of Music Therapy on Drug Avoidance Self-Efficacy in Patients on a Detoxification Unit: A Three-Group Randomized Effectiveness Study. *Journal of Addictions Nursing*, 25(4), 172–181. doi:10.1097/JAN.0000000000000047
- Silverman, M. J. (2015a). Effects of Lyric Analysis Interventions on Treatment Motivation in Patients on a Detoxification Unit: A Randomized Effectiveness Study. *Journal of Music Therapy*, 52(1), 117–134. doi:10.1093/jmt/thu057
- Silverman, M. J. (2015b). Effects of Educational Music Therapy on Knowledge of Triggers and Coping Skills, Motivation, and Treatment Eagerness in Patients on a Detoxification Unit: A Three-Group Cluster-Randomized Effectiveness Study. *Korea Open Access Journals*, 17(2), 81–101. doi:10.21330/kjmt.2015.17.2.81
- Silverman, M. J. (2019a). Songwriting to Target State Shame, Guilt, and Pride in Adults with Substance Use Disorder on a Detoxification Unit: A Cluster-Randomized Study. *Substance Use & Misuse* 54(8), 1345–1354. doi:10.1080/10826084.2019.1580742

- Silverman, M. J. (2019b). Effects of group-based educational songwriting on craving in patients on a detoxification unit: a cluster-randomized effectiveness study. *Psychology of Music* 47(2), 241–254. doi:10.1177/0305735617743103
- Silverman, M. J. (2019c). Quantitative comparison of group-based music therapy experiences in adults with substance use disorder on a detoxification unit: a three-group cluster-randomized study. *Arts & Health* 13(1), 49–62. doi:10.1080/17533015.2019.1608568
- Silverman, M. J. (2020). Therapeutic Songwriting for Perceived Stigma and Perceived Social Support in Adults with Substance Use Disorder: A Cluster-Randomized Effectiveness Study. *Substance Use & Misuse*, 55(5), 763–771. doi:10.1080/10826084.2019.1701037
- Société Axxess (2009). *Neurowissenschaften und Sucht*. Collège romand de médecine de l'addiction. Abgerufen am 12. März 2022 von https://www.praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/pdf/neurowissenschaften_und_sucht_100401.pdf
- Soyka, M. (2019). Diagnostische Kriterien für Suchterkrankungen. In M. Soyka, A. Batra, A. Heinz, F. Moggi & M. Walter (Hrsg.). *Suchtmedizin* (1. Aufl.). Amsterdam: Elsevier. 3–12.
- Soyka, M., & Küfner, H. (2008). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie; 49 Tabellen* (6., vollst. überarb. Aufl.). New York: Thieme.
- Stanislav Grof (o.J.). Abgerufen auf Wikipedia am 12. März 2022 von https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Stanislav_Grof&stableid=219238429
- Stegemann, T. (2018). *Was MusiktherapeutInnen über das Gehirn wissen sollten: Neurobiologie für die Praxis*. München: Ernst Reinhardt.
- Stocker, E. (2018). Vortrag am 8. Dezember 2018 an der Zürcher Hochschule der Künste ZHdK.
- Subkowski, P. (2018). Psychodynamik des Rauschs und der Sucht. In M. von Heyden, H. Jungaberle & T. Majić (Hrsg.). *Handbuch Psychoaktive Substanzen*. Heidelberg: Springer. 463–476.
- Taets, G. G. C., Jomar, R. T., Abreu, A. M. M., & Capella, M. A. M. (2019). Effect of music therapy on stress in chemically dependent people: a quasi-experimental study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, 3115.
- Thompson, R. F. (2015). *Das Gehirn: Von der Nervenzelle zur Verhaltenssteuerung* (Nachdr. der 3. Aufl. 2001). Heidelberg: Springer.
- Timmermann, T. (1983). Einzelmusiktherapie mit einem suchtkranken Rockmusiker. *Musiktherapeutische Umschau*, 4(1), 39–50.
- Treder-Wolff, J. (1990). Music Therapy as a Facilitator of Creative Process in Addictions Treatment. *The Arts of Psychotherapy*, 17(4), 319–324. doi:10.1016/0197-4556(90)90051-Q

- Ullrich, J. (2018). Sucht, Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch. In M. von Heyden, H. Jungaberle & T. Majić (Hrsg.). *Handbuch Psychoaktive Substanzen*. Heidelberg: Springer. 207–214.
- Vaitl, D. (2012). *Veränderte Bewusstseinszustände: Grundlagen – Techniken – Phänomenologie; mit 33 Abbildungen und 11 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer.
- Van Dort, C., & Grocke, D. E. (2014). Music, Imagery, and Mindfulness in Substance Dependency. In L. Rappaport (Hrsg.). *Mindfulness and the arts therapies: Theory and practice*. London: Kingsley. 117–128.
- Veränderter Bewusstseinszustand (o.J.). Abgerufen auf Wikipedia am 12. März 2022 von https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Ver%C3%A4nderter_Bewusstseinszustand&stableid=219238043
- Vogelgesang, M. (2016). Imaginative Verfahren in der Suchttherapie. In M. Vogelgesang & P. Schuhler (Hrsg.). *Psychotherapie der Sucht: Methoden, Komorbidität und klinische Praxis* (3., erweiterte und aktualisierte Aufl.). Lengerich: Pabst Science Publishers. 221–240.
- Vollmer, B. (2020). Forschungsstand zu Kreativität und Ästhetik. In B. Vollmer. *Kreativität – Handeln in Ungewissheit*. Heidelberg: Springer. 5–44. doi:10.1007/978-3-658-31142-1_2
- von Moreau, D. (1996). *Entwicklung und Evaluation eines Beschreibungssystems (MAKS) zum Ausdrucks- und Kommunikationsverhalten in der Musiktherapie*. Diplomarbeit im Fach Psychologie. Würzburg: Julius-Maximilians-Universität.
- Walter, M., Sollberger, D., & Euler, S. (2022). *Persönlichkeitsstörung und Sucht* (2., erweiterte und überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weymann, E. (2001). Warte auf nichts. Zur Ausbildung in Improvisation als Verfahren der Musiktherapie. In H.-H. Decker-Voigt & S. Bach (Hrsg.). *Schulen der Musiktherapie*. München: Ernst Reinhardt. 78–101.
- Weymann, E. (2002). *Zwischentöne. Psychologische Untersuchungen zur musikalischen Improvisation* (1. Aufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Weymann, E. (2014). Dynamische Spielverfassung als Voraussetzung für den Umgang mit Nicht-Wissen. *Musiktherapeutische Umschau*, 35(3), 229–237. doi:10.13109/muum.2014.35.3.229
- Wiesbeck, G. A. (2017). *Kokainabhängigkeit* (1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wilber, K. (2021). *Integrale Psychologie: Geist, Bewusstsein, Psychologie, Therapie* (6. Aufl.). Freiburg i.Br.: Arbor.
- Winkelman, M. (2003). Complementary Therapy for Addiction: “Drumming Out Drugs”. *American Journal for Public Health*, 93(4), 647–651. doi:10.2105/AJPH.93.4.647
- Winnicott, D. W. (2019). *Vom Spiel zur Kreativität* (16. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Wöller, W. (2008). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In K. W. Bilitza (Hrsg.). *Psychotherapie der Sucht: Psychoanalytische Beiträge zur Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. 80–92.
- Yalom, I. D. (2004). *Liebe, Hoffnung, Psychotherapie* (3. Aufl.). München: btb.
- Yalom, I. D. (2016). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch* (12. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Yalom, I. D. (2021). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch* (14. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

8. Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Grafische Darstellung des biopsychosozialen Modells der Sucht (Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an Soyka & Kufner, 2008)</i>	<i>24</i>
<i>Abbildung 2: Das Gehirn (Quelle: eigene Darstellung)</i>	<i>27</i>
<i>Abbildung 3: Die Waage (Quelle: eigene Darstellung)</i>	<i>38</i>
<i>Abbildung 4: Grafische Darstellung des Behandlungsprozesses der stoffgebundenen Sucht hinsichtlich der Überwindung der Ambivalenz des/der Patient*in (Quelle: eigene Darstellung)</i>	<i>40</i>
<i>Abbildung 5: Kreativitätsmodell nach Csikszentmihályi (Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Csikszentmihalyi, 1988b, S. 329, in Krampen, 2019, S. 244).....</i>	<i>70</i>
<i>Abbildung 6: Maslowsche Bedürfnishierarchie (Quelle: Eigene Darstellung).....</i>	<i>72</i>
<i>Abbildung 7: Gruppengeschehen in der Musiktherapie (Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an Lutz Hochreutener und Stocker).....</i>	<i>88</i>
<i>Abbildung 8: Zeichnung eines Resonanzbildes eines Patienten (Quelle: Eigene Darstellung)</i>	<i>99</i>
<i>Abbildung 9: Therapeutischer Prozess in der Musiktherapie (Quelle: Eigene Darstellung).....</i>	<i>103</i>

9. Diagrammverzeichnis

<i>Diagramm 1: Quantitative Auswertung der Fokusse aus den 35 Texten der zweiten Recherche (Quelle: eigene Darstellung)</i>	<i>48</i>
<i>Diagramm 2: Quantitative Auswertung der Methoden aus den 35 Texten der zweiten Recherche (Quelle: eigene Darstellung)</i>	<i>48</i>

10. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Integratives Therapieangebot der Fachstation für Patienten mit stoffgebundener Abhängigkeit (Quelle: Eigene Darstellung)</i>	<i>33</i>
<i>Tabelle 2: Auflistung der Texte nach Autor(en), Veröffentlichungsdatum, Titel (Original), Fokus und Methodik (Quelle: Eigene Darstellung).....</i>	<i>54</i>
<i>Tabelle 3: Auflistung der Erkenntnisse und Texte aus der dritten Recherche, geordnet nach Fokussen (Quelle: Eigene Darstellung)</i>	<i>62</i>
<i>Tabelle 4: Auflistung der therapeutischen Dimensionen in der Musik(-Therapie) (Quelle: Eigene Darstellung)</i>	<i>65</i>

11. Erklärung der Urheberschaft

Die Autorin erklärt, dass die Arbeit selbständig, in eigener Verantwortung und ohne fremde Schreibhilfe verfasst wurde.

Luzern, 31. Oktober 2022

Unterschrift: 