

**„Musiktherapie in der Suchtkrankenhilfe – eine  
Auseinandersetzung mit den Problemen von Indikation und  
Kontraindikation in der Behandlung“**

**Master Thesis**

**Masterstudiengang Musiktherapie**

Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit der  
Fachhochschule Frankfurt am Main  
University of Applied Sciences

Referentin:  
**Prof. Dr. Birgit Gaertner**

Co-Referentin:  
**Prof. Almut Seidel**

Eingereicht von:

**Schicht, Margret**

Abgabe am 3.2.05

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>I. Die Einleitung</b>	<b>S.4</b>
1. Der aktuelle Informationsstand über die Thematik der Indikationserstellung	S.4
2. Die sprachliche Form	S.7
<b>II. Themenkreis der Fragen</b>	
1. Das Themengebiet der Indikation	S.8
1.1. Die Begriffsklärung zwischen „Sucht“ und „Abhängigkeit“	S.9
1.2. Die eigenen Begriffsverwendungen	S.10
1.2.1. „Sucht“ statt „Abhängigkeit“	S.10
1.2.2. Die Sucht wird als Krankheit bezeichnet	S.11
1.3. Die Diagnostik	S.13
1.3.1. Die stoffgebundene Sucht	S.13
1.3.2. Die Klassifikationssysteme der ICD und DSM IV	S.15
1.3.3. Die Erschwernisse in der Erstellung einer Diagnose	S.16
1.4. Die Anamnese	S.17
1.5. Die Definition nicht-stoffgebundener Abhängigkeiten	S.18
1.6. Die Indikationserstellung für eine Psychotherapie	S.19
1.7. Die musiktherapeutische Indikationserstellung	S.22
2. Überblick über die Therapiemethoden in der Suchtkrankenbehandlung	S.25
2.1. Die Psychodynamik der Sucht	S.27
2.1.1. Das Triebmodell	S.27
2.1.2. Ich- oder strukturpsychologische Modelle	S.28
2.1.3. Die Objektpsychologische Sichtweise	S.30
2.1.4. Verschiedene psychodynamische Modelle	S.31
2.2. Musiktherapeutische Suchttherapiemethoden	S.33
<b>III. Die Forschung</b>	
1. Das ExpertInneninterview	S.34
1.1. Die Begründung für die Wahl dieses Forschungsmittels	S.34
1.2. Das Forschungsziel	S.35
1.3. Die Interviewsituation	S.36
1.4. Der ExpertInnenstatus	S.36
1.5. Die Auswahl der ExpertInnen	S.34
1.6. Suche und Ergebnis	S.36
1.7. Die Interviewform	S.38

2. Die Interviewfragen	S.40
3. Die Dokumentation der Forschung	S.41
3.1. Der Technische Ablauf	S.42
3.1.1. Die Zusendung der Interviewfragen	S.42
3.1.2. Die Transkriptionen der Interviews	S.43
3.1.3. Die Beurteilung dieses Verfahrens	S.43
3.2. Die sprachliche Form der Auswertung	S.44
4. Die erste Forschungsphase	S.46
4.1. Die zeitliche Reihenfolge der Interviews	S.46
4.2. Die Übersicht der Settings	S.46
4.3. Die Auswertung der Interviews der ersten Forschungsphase	S.48
4.3.1. Die InterviewpartnerInnen im ExpertInnenstatus	S.48
4.3.2. Die Settingbedingungen	S.49
4.3.3. Die Aussagen der InterviewpartnerInnen zur Diagnoseerstellung	S.52
4.3.4. Die Aussagen in den Interviews zur Indikation	S.56
4.3.5. Der theoretische Hintergrund der einzelnen InterviewpartnerInnen	S.60
4.4. Die Schlussfolgerung	S.62
4.5. Der versuchte Einsatz eines anderen Erhebungsinstrumentes	S.62
4.6. Die Entscheidung	S.63
5. Die zweite Forschungsphase	S.65
5.1. Die zeitliche Reihenfolge der Interviews	S.66
5.2. Die Übersicht	S.66
5.3. Die Auswertung der Interviews der zweiten Forschungsphase	S.68
5.3.1. Die Aussagen der InterviewpartnerInnen zur Diagnoseerstellung	S.68
5.3.2. Die Aussagen in den Interviews zur musiktherapeutischen Indikation	S.74
5.4. Die Zusammenfassung	S.78
5.4.1. Die InterviewpartnerInnen im ExpertInnenstatus	S.78
5.4.2. Das Thema Indikation	S.79
5.4.3. Die Diagnose mit Hilfe der gemeinsamen Improvisation	S.80
5.4.4. Die Schlussfolgerung	S.84
<b>III Abschließende Zusammenfassung</b>	<b>S.85</b>
1. Die Beurteilung der Eignung des ExpertInneninterviews	S.85
1.1. Das Forschungsinstrument	S.86
1.2. Die Beurteilung der Eignung des Forschungsinstrumentes hinsichtlich des Themengebietes der „Suchtkrankenbehandlung“	S.87
2. Der Ausblick auf andere mögliche Verfahren	S.87
3. Das Fazit der Interviews	S.88
3.1. Die Settingbedingungen	S.88

3.2. Die InterviewpartnerInnen	S.88
3.3. Thesen für eine Indikation	S.88
3.4. Das theoretische Fundament einer These über Indikation	S.89

Anhang:

Abkürzungsverzeichnis	S.90
Literaturverzeichnis	S.91
Eidesstattliche Versicherung	S.96

## **I. Die Einleitung**

Die Frage, inwiefern Musiktherapie für Suchtkranke indiziert ist, berührt zwei Themengebiete: das der musiktherapeutischen Arbeit mit Suchtkranken und die Indikationsfrage für Musiktherapie.

Die vorliegende Arbeit beabsichtigt, mit Hilfe von Interviews mit musiktherapeutischen ExpertInnen einen Überblick über die Thematik zu geben und die Fragestellung zu sichten und, wo möglich, zu klären. Als wissenschaftliche Vorlage diente dabei der Modellvorschlag Meuser und Nagel<sup>1</sup>.

Der Aufbau der Arbeit orientiert sich nach der zeitlichen Abfolge der Forschungstätigkeit in der vorliegenden Arbeit. An erster Stelle steht die Erfassung des Themengebietes. Um eine Auseinandersetzung zu ermöglichen, wird zuerst eine Begriffsklärung vorgenommen. Die Leitfragen hierzu heißen: Was versteht man unter „Sucht“? Wie lässt sich die Nähe und Abgrenzung zu dem Wort „Abhängigkeit“ erklären und welche Definition überzeugt? In welchem Behandlungszusammenhang steht eine Indikationserstellung? Welche Therapien gelten als für Suchtkranke geeignet? Welche theoriegeleiteten psychoanalytischen Modelle existieren für die Suchtkrankenbehandlung? In diesem Bezugsrahmen steht eine musiktherapeutische Indikationserstellung für Suchtkrankenbehandlung. Hierbei ist zu klären, welchen Entwicklungsstand der musiktherapeutische Diskurs zum Thema Indikation allgemein und speziell in Bezug auf die Suchtkrankenbehandlung aufweist. Aus diesem Wissenstand ergibt sich das Anforderungsprofil der Interviewfragen.

An zweiter Stelle steht die Auswertung der Interviews in Bezug auf die Themenstellung. Der Auswertung wird eine Erklärung der Verwendung des Forschungsmittels, eine Aufstellung von Kriterien, sowie eine Darstellung der technischen Bedingungen vorangestellt. Da der Ausgang der Arbeit zu Beginn offen ist, wird die Erarbeitung des Themas entlang der zeitlichen Abfolge der

---

<sup>1</sup> Meuser / Nagel in: Bogner / Menz 2001

Forschungstätigkeit (Forschungsphasen eins und zwei) nachvollziehbar. Die Interpretationen sind in der Dokumentation der einzelnen Forschungsschritte enthalten. Den Schluß bildet eine Zusammenfassung.

Das Literaturverzeichnis beinhaltet im wesentlichen die Fachliteratur zur Definition der Begriffe „Sucht“, Diagnose und Indikation. Die offensichtliche Konzentration auf den Sammelband von Tretter / Müller (2001) „Psychologische Therapie der Sucht“ ist der Zeitknappheit geschuldet. Dieselbe Entschuldigung gilt der ausschließlichen Verwendung des Buches „Die Psychodynamik der Sucht“ von Detlev Rost (1996). Beide Werke erscheinen als die beste Auswahl hinsichtlich einer auf hohem qualitativem Standard stehenden Darstellung und einer Zusammenfassung theoretischer Modelle zu Erklärung des Suchtphänomens. Die Verweise der musiktherapeutischen Literatur beziehen sich neben den Veröffentlichungen von Professor Kapteina, Dr. Isabella Frohne-Hagemann und Fritz Hegi auf sogenannte „graue Literatur“, die über die Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (DGMT) zu beziehen ist.

## **1. Der aktuelle Informationsstand über die Thematik der Indikationserstellung**

Die zunehmende Verbreitung des Modells der evidenzbasierten Medizin konfrontiert auch MusiktherapeutInnen mit der Forderung, die klinische Wirksamkeit ihrer Arbeit nachweisen zu müssen. Nach Indikationen zu forschen, stellt folglich einen von mehreren Faktoren der Entwicklung dieser evidenzbasierten Behandlung dar. Weitere Fragen, die hier nicht behandelt werden, sind: die Definition von Evidenz, die Nachweisbarkeit von der Wirksamkeit von Musik grundsätzlich und die Methodenauswahl der musiktherapeutischen Interventionen. Die Frage nach Indikationen zu stellen, ignoriert, dass vieles in der Entwicklung von Wirkmechanismen der Musik sowie der Musiktherapie noch nicht ausreichend erforscht und zufriedenstellend definiert ist. Alleine die Methodenwahl stellt ein grosses Diskussions- und Entwicklungsgebiet dar.

Es existieren zudem Stimmen unter Musiktherapeutinnen, die diesem Diskurs misstrauisch oder sogar ablehnend gegenüber stehen. Dies wird z.B. damit begründet, randomisiert-kontrollierte Studien oder Therapie-Manuale als Grundlage für Verordnungen zu verwenden, hieße, die Individualität der Klienten zu missachten<sup>2</sup>. Es wird außerdem kritisiert, Diagnoseerstellungen nach Kriterien (z.B. die der International Classification of Diseases, ICD 10) und nicht nach dem beobachteten Krankheitsphänomen zu erstellen, bedeute, sich dem Diktat der Krankenkassen zu beugen und dadurch zunehmend die Wirklichkeit zu verfälschen<sup>3</sup>. Auch der Gesichtspunkt der Unterwerfung des künstlerischen Aspektes der Musiktherapie unter die von Rationalität und Marktgesetzen beherrschte, neuen Medizin wird angemahnt.<sup>4</sup> Henk Smeijsters stellt bereits „Kriterien für eine evidenzbasierte Indikation in der Musiktherapie“ auf.<sup>5</sup> In den Niederlanden wird seit Mitte der neunziger Jahre nach Indikationen für Musiktherapie geforscht.

Der Diskussionstand hinsichtlich der Definition und der Verwendung von Indikationen in der Musiktherapie ist demnach innerhalb der musiktherapeutischen Forschungslandschaft von Unsicherheiten geprägt. Diese Unsicherheit besteht auch für den spezifischen Behandlungsbereich der Arbeit mit Suchtkranken.

In Deutschland ist bis jetzt eine einzige Veröffentlichung erschienen, welches sich mit dem Thema Musiktherapie im Suchtbereich beschäftigt: das 1993 erschienene Buch von Hartmut Kapteina und Hans Hörtreiter „Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken“. Wie der Titel schon sagt, handelt es sich um einen mehrmedialen Ansatz in einem ambulanten Setting. Darin wird die Frage nach der Ähnlichkeit von Musik und Drogen, bzw. die These, Musik könne süchtig machen, den Erfahrungsberichten vorangestellt und von einer Kontraindikation in Bezug auf die Suchtkrankenbehandlung gesprochen.

---

<sup>2</sup> vgl. Aldridge 2004 Musiktherapeutische Umschau 25: 233ff

<sup>3</sup> vgl. Kühn 2004, ebenda: 384).

<sup>4</sup> vgl. Weymann 2004 a.a.O.: 386

<sup>5</sup> Smeijsters 2004 in: Musiktherapeutische Umschau Band 25: 207ff

Professor Kapteina bezieht sich in seinem Ansatz auf Äußerungen verschiedener AutorInnen.<sup>6</sup> Zentraler Ansatzpunkt der Musiktherapie bei Suchtkranken ist für ihn die regressionsfördernde Qualität des Musikerlebens. Die Ähnlichkeit zum Drogenerleben lässt Musik als das bessere Mittel erscheinen, um durch Regression frühere Ich-Mängel auszugleichen. Die Praxisdarstellungen in dem 1993 von ihm erschienenen Buch „Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken“ stammen aus Arbeitsstellen wie der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle der Evangelischen Diakonie, stationärer Behandlung (ohne Nennung der Klinik) und der suchtpreventiven Musikpädagogik. Diese Begründung wird von weiteren AutorInnen in deren Publikationen übernommen.<sup>7</sup>

Das Erscheinen des Begriffes „Kontraindikation“, also dem Gegenteil einer Empfehlung von Musiktherapie, ist mit Erstaunen zu betrachten: Bemüht sich doch die Musiktherapie als junge Wissenschaft noch um die Haltung zur Frage der Indikation. Für das spezielle Gebiet der Suchtkranken bedeutet dies zusätzlich: Eine Kontraindikation wurde bereits ausgesprochen und in einem Zusammenhang, der üblicherweise eine rein positive Konnotation erfährt, beziehungsweise der unantastbare Kern musiktherapeutischer Arbeit ist: Die Musik selbst sei der Faktor, der sich (aufgrund der Behauptung von drogenähnlicher Wirkung) suchtfördernd auswirkt. Diese Ausgangslage ist für eine musiktherapeutische Indikationserstellung für die Suchtkrankenbehandlung nicht sehr ermutigend.

Die vorliegende Arbeit soll eine weitere Auseinandersetzung in diesem Sujet ermöglichen.

## **2. Die sprachliche Form**

In der Frage des Gender Aspekts in der Wortwahl wurde durchgehend die –In Endung gewählt. Ausnahmen bilden die explizite Nennung mehrerer Männer oder

---

<sup>6</sup> s. Decker-Voigt / Knill / Weymann 1996 9-12; 245-247; 356-358

<sup>7</sup> vgl. Gouziokis/Fries 2000 und Hippel 2002.

Frauen. In der Frage des Pronomens bot sich die weibliche Form lesetechnisch an. Doppelte Benennungen (der/die) dagegen erschienen aus ästhetischen Gründen verzichtbar.

## **II. Themenkreis der Fragen**

### **1. Das Themengebiet der Indikation**

Im Folgenden wird versucht, die prozessuale Erstellung einer Indikationserstellung nachzuvollziehen. Dabei ist es notwendig, an erster Stelle den Diskurs um die Bezeichnung „Sucht“ oder „Abhängigkeit“ besonders im Hinblick auf die eigene Begriffsverwendung zu erklären. Die Frage der Krankheitswertigkeit ist hier eng verknüpft mit der allgemeinen gesellschaftlichen Diskussion um die Begrifflichkeit von Sucht in Bezug auf Verhalten oder der Einnahme von Substanzen. Danach werden die Voraussetzung einer Indikationserstellung wie Anamnese und Diagnose, jeweils in bezug auf die Suchtproblematik, erklärt. Die anschließende Erläuterung, was unter „Indikation“ zu verstehen ist, wird zuerst im allgemein medizinischen und therapeutischen Bereich erklärt, um danach das allgemeine Verständnis von Indikation im musiktherapeutischen Diskurs zu erläutern. Anschließend werden spezifisch suchttherapeutische Verfahren in Kürze dargestellt und die Basis dieser Therapien, psychodynamische Modelle, in der historischen Entwicklung der Psychologie aufgeführt.

In der Fachliteratur<sup>8</sup> wird als Voraussetzung jeder Indikation das Wissen um die Zielsetzung sowie eine sorgfältige Diagnostik hervorgehoben. Das letztendliche Ziel der Suchtkrankenbehandlung ist die zeitweise oder völlige Abstinenz der PatientIn.

---

<sup>8</sup> Tretter / Müller 2001

Da ohne Diagnostik keine Indikation gestellt werden kann, wird der suchtspezifischen Diagnostik hier ausführlich Raum gegeben. Die Diagnostik hängt im Suchtkrankenbereich in erster Linie davon ab, welche Definition der Bezeichnung „Sucht“ angewandt wird.

### **1.1. Begriffsklärung zwischen „Sucht“ und „Abhängigkeit“**

1964 forderte die WHO, den Begriff „Sucht“ („addiction“) durch den Begriff „Abhängigkeit“ („dependence“) zu ersetzen. Der Begriff „Sucht“ wird in der Fachliteratur jedoch weiterhin eher verwendet als „Abhängigkeit“. Diese Definitionsfrage erschwert auch die Zielsetzung der therapeutischen Behandlung, welche von der Diagnose abhängt, die wiederum auf die Definition zurückgreift.

Die WHO definierte „Sucht“ 1952 als „einen Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, der durch die wiederholte Einnahme einer (natürlichen oder synthetischen) Droge hervorgerufen wird“.<sup>9</sup> 1964 ersetzte die WHO den Begriff „Sucht“ durch „Drogenabhängigkeit“.<sup>10</sup>

Im Unterschied zur ersten Definition wird nun nicht mehr nur von einem „überwältigenden Verlangen oder Bedürfnis (zwanghafter Art)“ der Drogeneinnahme gesprochen, welcher eine „Tendenz zur Dosissteigerung“ aufweist, sondern von einer „wiederholten Einnahme der Droge, wobei (sie) periodisch oder kontinuierlich erfolgen kann“.<sup>11</sup> Diese Differenzierung versucht, den unterschiedlichen Wirkung von Drogen allgemein und deren individuellen Auswirkung gerechter zu werden.

Abhängigkeit wird unterschiedlich definiert. Um Wiederholungen zu vermeiden, die in den aufgeführten Diplomarbeiten sowie in der Literatur<sup>12</sup> zu finden sind, wird hier eine weniger bekannte Definition von West zitiert: Abhängigkeit wird als „ein Verhalten mit eingeschränkter oder fehlender Kontrolle zur

---

<sup>9</sup>Gouziotis/Fries 2002: 3)

<sup>10</sup> ebenda

<sup>11</sup> ebenda

<sup>12</sup> Gouziotis / Fries 2002; Hippel 2002; auch Kapteina / Hörtreiter 1993: 2; Kapteina: 245

Selbststeuerung trotz schädlicher Folgen, oder auch als Störung der Motivation“<sup>13</sup> bezeichnet. Diese Definition begreift nicht die ganze Person als „Süchtigen“, sondern stellt ein bestimmtes Verhalten heraus. Sie legt den Fokus zudem auf die gestörte Motivation und das Wissen des Handelnden um die schädlichen Folgen. Eine „Störung der Motivation“ kann vorübergehend sein. Die Schädlichkeit wird nicht in der Einnahme, sondern in den Folgen gesehen. Diese Folgen werden nicht genau bestimmt, so dass sowohl die körperliche, als auch die psychische Ebene miteingeschlossen beziehungsweise in ihrer Ausdifferenzierung offen bleibt. Durch diese Fokussierung entfällt die gesellschaftliche Abwertung bestimmter (meist kulturfremder) Drogen.

Das Wort Abhängigkeit ist zutreffend, aber nicht trennscharf. Es bezieht sich in der allgemeinen Verwendung beinahe ausschließlich auf Drogen (Drogenabhängigkeit). Abhängigkeit wird positiver konnotiert als „Sucht“ und wirkt damit weniger abschreckend. Im Begriff „Abhängigkeit“ ist ein Verständnis enthalten, da dieses Verhalten auf alle Bereiche des menschlichen Verhaltens zutrifft (niemand ist völlig unabhängig).

Die Einteilung in stoffgebundene und nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten erschien als sinnvoll, um eine Übersichtlichkeit erlangen zu können.

## **1.2. Die eigenen Begriffsverwendungen**

Vor der näheren Ausführung der Problematik einer Definition von Sucht oder Abhängigkeit werden eigene Entscheidungen zur Begriffsverwendung dargelegt:

### **1.2.1. Sucht statt Abhängigkeit.**

Die Begründung hierbei lautet, dass der Gebrauch des Wortes „Abhängigkeit“ noch stärker allen menschlichen Bereichen zugeordnet werden kann, als dies bei dem Wort Sucht bereits der Fall ist.

---

<sup>13</sup> West 2001

Als nachfolgende Begründung erscheint es sinnvoll, sich in einem medienübergreifenden Diskursstil zu bewegen, um eine Verständigung zwischen verschiedenen Disziplinen zu erreichen. Da die Bezeichnung Abhängigkeit sich bisher nicht durchgesetzt hat, sollte die Musiktherapie sich in dieser Hinsicht nicht in einer Vorreiterrolle bewegen. Es gibt noch genügend Fragen, die vorrangig zu behandeln sind, wie z.B. die Definition von „Sucht“. Es ist voraussehbar, dass eine Definitionssuche eng mit der Namensgebung zusammenhängt: diese Suche sollte gemeinsam mit anderen Disziplinen unternommen werden.

### **1.2.2. Die Sucht wird als Krankheit bezeichnet.**

Das Bundessozialgericht erkannte 1968 dem Alkoholismus als eine Krankheit an. Die Alkoholkrankheit erhielt eine eigene Klassifikation (International Classification of Diseases ICD 303 und ICD 291). Hier orientiert man sich nach der typologischen Einteilung nach Jellinek<sup>14</sup>. In der ICD 303 wird das Grundmerkmal der „Zwanghaftigkeit“ als Kriterium hervorgehoben. Verwirrenderweise wird die Alkoholabhängigkeit nicht dem Suchtbegriff im eigentlichem Sinne zugeordnet, sondern nimmt „eine gewisse Eigenständigkeit innerhalb dieser (Abhängigkeitsformen) an“<sup>15</sup>. Dies hängt damit zusammen, dass das Suchtmittel Alkohol, das gesellschaftlich eine hohe Akzeptanz und eine initiale, kulturelle Funktion besitzt, am ausgiebigsten erforscht wurde. Dabei ist die Frage, ob Alkoholabhängigkeit als Krankheit gilt oder nicht, umstritten<sup>16</sup>.

Der Streit um diese Zuordnung ist verständlich und nachvollziehbar, da die Konnotation als Krankheit nahe legt, dass es keine selbständige Entscheidung der KlientIn zum selbstschädigenden Gebrauch des Suchtmittels gab.

Eine Entscheidung zugunsten der „freien Wahl“ betont die Selbständigkeit und Selbstverantwortung der Klientinnen für ihre Lebensgestaltung. Es wird Respekt vor ihrer Entscheidung für Therapiebeginn und -abbruch bezeugt. Diese Haltung

---

<sup>14</sup> Bauer 1980: 180

<sup>15</sup> a.a.O.: 190

<sup>16</sup> vgl. Büchner 2002: 46

wirkt der gesellschaftlichen Verachtung, der in vielen Kliniken praktizierten Behandlung von Süchtigen als Unmündige und der verbreiteten Ansicht der Unmöglichkeit der Heilung von Sucht entgegen.

Die Entscheidung hingegen, von „Krankheit“ zu sprechen, rückt das Leiden der PatientInnen und ihre Hilflosigkeit angesichts der Folgen (physisch und psychisch) in den Vordergrund. Die Entscheidung des Bundessozialgerichtes zugunsten des Krankheitsbegriffes (bezüglich Alkoholismus) hob den Kontrollverlust als Symptom einer Krankheit hervor. Dieses Symptom trifft auch auf süchtigen Gebrauch anderer psychoaktiver Substanzen zu. Das Leiden wird in seinem Ausmaß als bedeutsam angesehen und die Sucht damit in die Reihe anderer Erkrankungen gestellt. Der Krankheitsbegriff „Sucht“ muss nicht das Fehlen eigener Entscheidungsmöglichkeiten enthalten. Die Diskussion um die Möglichkeit einer freien Entscheidung oder des Willens kann in anderen Krankheitsbildern ebenso geführt werden, da falsches Verhalten viele Erkrankungen hervorruft und die Möglichkeit einer freien Entscheidung aus den verschiedensten Gründen meist nicht gegeben ist. Es soll bei obiger Begriffsentscheidung nicht unreflektiert bleiben, dass die Krankheitsursache und die Folgen (Entzugssymptome) in unterschiedlichen Zeiträumen auftreten und unterschiedliche Phänomene (physisch und psychisch) aufweisen, die keinen linearen Verlauf darstellen.

Angesichts aktueller Bestrebungen, die freie Willensentscheidung aufgrund der Möglichkeit einer Kostenersparnis im Gesundheitswesen hervorzuheben, erschien es angebracht, diesen Begriff der Sucht als Krankheit zu benutzen. Zur Rechtfertigung kann auch die Tatsache angeführt werden, dass MusiktherapeutInnen zumindest im klinischen Bereich Süchtige im Stadium eines Kontrollverlustes behandeln.

### **1.3. Die Diagnostik**

Aufgabe einer Diagnostik ist es, Indizien für eine Suchterkrankung zu erstellen. Die Diagnostik hängt in erster Linie davon ab, welche Definition gewählt wird. Daher kommt der Definition des Begriffes „Sucht“ eine vorrangige Bedeutung zu.

#### **1.3.1. Stoffgebundene Sucht**

Die „Abhängigkeit“ oder „Sucht“ wird klinisch als „körperliche und psychische Abhängigkeit von einer Droge“ verstanden, „mit der Tendenz zu Toleranzentwicklung gegenüber der Drogenwirkung, die durch Dosissteigerung bis zu einem bestimmten Maß behoben werden kann.“<sup>17</sup> Dabei wird zwischen „physische(r)“ und „psychische(r)“ Abhängigkeit unterschieden, wobei anzumerken ist, dass zweifelsohne hierbei keine klare Trennungslinie besteht<sup>18</sup>.

In der Diagnose einer „stoffgebundenen Abhängigkeit“ orientiert man sich gewöhnlich nach den in den ICD 10 festgelegten Kriterien. Mindestens drei von acht Kriterien müssen für die Diagnose erfüllt sein. An dieser Stelle wird auf eine ausführliche Darstellung in der Diplomarbeit von Natalie Hippel<sup>19</sup> verwiesen.

In dem Standardwerk der „Psychologische(n) Therapie der Sucht“ von Tretter und Müller erscheint das Stadium der „Abhängigkeit“ als letzte (höchste) Stufe. Die „destruktive Eigendynamik“<sup>20</sup> wird dabei als das hervorstechende Merkmal genannt. Vor der Abhängigkeit liegen oft hilfsmäßig diagnostische Klassifikationen wie „risikoreicher Konsum“ (nicht systematisch-diagnostisch), „schädlicher Gebrauch“ (ICD 10) und „Missbrauch“. Der allgemeinste Oberbegriff ist „Konsum mit negativen Folgen“<sup>21</sup>. In jedem Stadium kann eine akute Intoxikation (Vergiftung) erfolgen<sup>22</sup>.

---

<sup>17</sup> Schenk 1980: 244ff.

<sup>18</sup> Bauer 1980: 190

<sup>19</sup> Hippel 2002: 12

<sup>20</sup> ebenda: 22

<sup>21</sup> ebenda: 25

<sup>22</sup> vgl. ebenda: 254

„Stoffgebunden“ bezieht sich dabei auf die Einnahme von Drogen. In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 werden unter „Psychische(n) und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ neben der Einzelbezeichnung Störungen durch Alkohol (F10), Opioide (F11), Cannaboide (F12), Sedativa oder Hypnotika (F13), Kokain (F14), Halluzogene (F16), flüchtige Lösungsmittel (F18) auch „sonstige Stimulantien einschliesslich Koffein“ genannt. Weitere Möglichkeiten werden unter F19 „Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen zusammengefasst“<sup>23</sup>. „Das gemeinsame Definitionselement aller Drogen ist deren psychoaktive Wirkung“<sup>24</sup>.

In der Frage des Drogengebrauchs ist weder die Menge der eingenommenen Droge noch die Dauer der Einnahme ausschlaggebend. Es gibt viele Kulturen mit einem kulturell akzeptierten hohen Drogengebrauch, die in anderen Kulturen schon zu Missbrauch zählen würden<sup>25</sup>. „Kulturfremde Drogen“ fallen sehr viel schneller in den Verdacht des Missbrauchs<sup>26</sup>.

Das Wort „Missbrauch“ ist definitionsbedürftig und bezieht sich auf gesellschaftliche Normen, von denen der Drogenkonsument abweicht. In den DSM IV (American Psychiatric Association) wird Missbrauch beispielsweise als „nicht-bestimmungsgemäßer Gebrauch“ definiert. Nicht bestimmungsgemäß ist ein relativer Begriff und bezieht sich wiederum auf gesellschaftliche (kulturelle) Normen, die eine Bestimmung definieren. Für die Diagnose des Substanzmissbrauchs muss z.B. eines von vier Kriterien erfüllt werden. Die folgende Aufzählung zeigt, dass dieser Begriff weniger diagnostisch verwendbar ist, in dem Sinne, dass sich ein bestimmtes Krankheitsstadium zeigt, sondern dass es sich um eine Bewertung der sozialen Stellung der PatientInnen in der Gesellschaft handelt: „Erhebliche berufliche oder familiäre Probleme, Gebrauch

---

<sup>23</sup> Dilling / Montabour / Schmidt (Hg.)2004

<sup>24</sup> Schenk 1980: 244ff.

<sup>25</sup> vgl. Tretter / Müller 2001: 22ff.

<sup>26</sup> vgl. Fort 1970 in: Schenk 1980: 247

in gefährlichen Situationen, Probleme mit dem Gesetz, soziale Probleme“<sup>27</sup>. Nach der Ansicht von Schenk ist daher der Missbrauchs begriff nach wissenschaftlichen Kriterien unbrauchbar<sup>28</sup>.

„Schädlicher Gebrauch“ (ICD 10) bedeutet dagegen Konsum mit nachweisbaren Schäden (oder Störungen) als Folge. Diese Bezeichnung „trifft dann zu, wenn negative Auswirkungen zumindest einen Monat mehrmals oder mehrmals in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind, ohne dass eine Abhängigkeit vorliegt.“<sup>29</sup>

„Störungen“ sind aber eigentlich keine „Schäden“. Schäden bedeuten: bleibende Störungen. Störungen sind (z.T. vorübergehende) „negative Folgen“. Dabei ist die Bezeichnung „negativ“ sowohl in physischer als auch psychischer Hinsicht zu verstehen.

### **1.3.2. Die Klassifikationssysteme der ICD und DSM IV**

In der ICD 10 Version für die Praxis werden Schweregrade „von einer unkomplizierte(n) Intoxikation bis zu eindeutig psychotischen Störungen und Demenz“ aufgezählt, z.B.: „F1x0 bedeutet akute Intoxikation; F1x1 Schädlicher Gebrauch; F1x.2 stellt das Abhängigkeitssyndrom dar.“<sup>30</sup> Diese Einteilungen unter dem Oberbegriff: „Psychische(n) und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ beschreiben aber vor allem Krankheitsverläufe von Alkoholkranken (ebenda). Die einzelnen Unterscheidungsmerkmale können also weder nach Art der Suchtmittel trennscharf bestimmt noch in ihrer Definition als abgeschlossen angesehen werden.

Im Vergleich dazu setzen die vor allem in den USA gebräuchlichen Kriterien der DSM IV für die Diagnose von Abhängigkeit die Maßgabe, drei von sieben Kriterien zu erfüllen. Dort werden die „Störungen durch Alkoholkonsum

---

<sup>27</sup> Saß et al. 2001 : 361

<sup>28</sup> a.a.O.: 247

<sup>29</sup> Bühringer 2003: 332f.

<sup>30</sup> Dilling u.a. (Hg.) 2004

(Missbrauch und Alkoholabhängigkeit)“ von anderen Drogen gesondert aufgeführt<sup>31</sup>.

Arzneimittelmissbrauch und –abhängigkeit werden der ICD 304 zugeordnet: Hier ist ein Grundmerkmal die „Zweckverschiebung“ des Mittels<sup>32</sup>, also einen Gebrauch entgegen der ärztlichen Verordnung. Andere Stoffe werden unter dem Sammelbegriff „Psychomimetika“ zusammengefasst und haben keine eigene ICD- Einordnung.

### **1.3.3. Erschwernisse in der Erstellung einer Diagnose**

Erschwerend für die Diagnose kommt die Komorbidität der meisten Suchtkranken dazu. So ist schwer zu entscheiden, welche Diagnose vorrangig zu stellen ist, wenn PatientInnen neben schwerer Intoxikation z.B. depressiv oder bulimisch sind. Wichtig ist dabei die Abklärung, ob die erkannte psychiatrische Erkrankung schon vor der Intoxikation (oder dem Suchtmittelmissbrauch oder der Abhängigkeitserkrankung – je nach Diagnose) lag und ob sie unabhängig davon auftritt. Dieser Nachweis ist sehr schwer zu finden, da ein zeitliches Limit kaum festzulegen ist. Eine zugrundeliegende Depression kann z.B. durch längeren Alkoholkonsum überdeckt und verstärkt werden. Sie kann auch als Folge eines längeren Suchtgebrauchs auftreten, da dieser eine weitere Schwächung der Ich-Stärke der PatientInnen nach sich zieht. Entscheidend dürfte ebenso die Häufigkeit einer psychischen Krankheit in der Biografie sein, die auch nach längerer Abstinenz wieder auftritt. Es ist eine Frage der Settingbedingungen, ob es möglich ist, dann eine Diagnose zu erstellen (Vorschlag von Müller: eine erneute Untersuchung nach „mindestens drei Monate(n)“<sup>33</sup>).

Die These, wonach es Drogen gibt, „die eine Suchtentwicklung gleichsam biochemisch erzwingen“<sup>34</sup> wird in der Fachliteratur skeptisch beurteilt und ist nicht bewiesen. LSD und Kokain lösen keine physischen, sondern psychische

---

<sup>31</sup> Bühringer 2003: 306

<sup>32</sup> a.a.O.

<sup>33</sup> Tretter / Müller 2001: 271

<sup>34</sup> Vgl. Küchenhoff 2002;: 32

Abhängigkeiten aus. Hierbei wird sich der Definition von Schenk angeschlossen, nach der Drogenabhängigkeit immer als „komplexes Interaktionsphänomen“ betrachtet werden muss, die durch interaktive Verbindung „dreier Variablengruppen erklärt (wird): Droge, Person und Umwelt“<sup>35</sup>.

Es sollte nicht vergessen werden, dass eine Diagnose durch die Settingbedingungen (Aufenthaltsdauer der PatientIn, Ausstattung der Kliniken etc.) sowie durch die Persönlichkeit der Diagnostizierenden (Rang der ÄrztInnen, Variabilität der individuellen Aufnahmefähigkeit, u.ä.) beeinflusst wird<sup>36</sup>. Es darf gerade wegen der Unsicherheit der Begrifflichkeit die Forderung aufgestellt werden, die gestellte Diagnose zu hinterfragen bzw. immer wieder zu aktualisieren.

Wie man an der Aufzählung sieht, ist in den Kategorien ein breiter Interpretationsspielraum enthalten, der zurecht Anlass zu unterschiedlicher Kritik gibt. Die Differenzierung ist deshalb so wichtig, da in den Einschätzungskriterien gesellschaftliche Einschätzungen und Urteile enthalten sind, von denen sich die diagnostizierende TherapeutIn frei machen muss, um einen möglichst vorurteilsfreien Blick auf die PatientInnen zu gewinnen.

Die Mittel der Diagnose sind Anamnese, medizinische Untersuchungen und standardisierte Interviews<sup>37</sup>.

#### **1.4. Anamnese**

Die Suchtanamnese wird mit der Erfragung der Symptome vorgenommen. Als Datenquellen fungieren dabei: „Das diagnostische Gespräch“, „die nonverbale Ausdrucksdiagnostik / Verhaltensbeobachtung“ des Patienten, die „Testdiagnostik“<sup>38</sup> und eine „Fremdanamnese: Angaben von ()

---

<sup>35</sup> Christiani et al. 1972 in: Schenk: 248

<sup>36</sup> vgl. Brenner 2001: 253

<sup>37</sup> Tretter / Müller 2001: 274

<sup>38</sup> s. ebenda Übersicht: 392

Familienangehörige(n), Polizei, Behörden. Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage“<sup>39</sup>. Um eine genaue Diagnose erstellen zu können, sind verschiedene Schritte nötig. Sie umfassen die Feststellung der aktuellen Situation, die mit drei Hauptfragen zum Erstkontakt <sup>40</sup> beginnt. Dazu treten medizinische Beurteilungen mit Untersuchung und Anamnese, Labordiagnostik, psychiatrische Exploration<sup>41</sup>.

Sucht bezeichnet als Begriff allerdings nicht nur die Einnahme von psychoaktiven Stoffen.

### **1.5. Die Definition nicht-stoffgebundener Abhängigkeiten**

Der aktuell sehr intensiv geführte Diskurs<sup>42</sup> wird von der Definition geprägt, nach der „jede Richtung menschlichen Interesses süchtig entarten (kann)“<sup>43</sup>. Diese an sich richtige Feststellung lässt „süchtig“ als eine Selbstverständlichkeit des menschlichen Verhaltens ansehen und entpathologisiert den Begriff. Die Definition Kristin Teubers präzisiert: „Süchtiges Verhalten ist eine Möglichkeit, die menschlichem Handeln und Erleben prinzipiell innewohnt.“<sup>44</sup> Das Phänomen ist in nahezu allen Lebensbezügen zu finden und kreiert immer neue Formen. „Online-Sucht“ ist zum Beispiel eine Form der Sucht, die weder einen Eingang in Klassifikationen, noch in die klinische Behandlung gefunden hat. Das gleiche gilt für Beziehungssucht, Fernsehsucht, Arbeitssucht usw.

„Nach Meinung der WHO hat der Drogenmissbrauch zwei Aspekte: die Beziehung des Menschen zur Droge, definiert als Drogenabhängigkeit, und die Beziehung zwischen Drogenmissbrauch und Gesellschaft.“<sup>45</sup> Die definitorische Einbindung des Begriffes in die Gesellschaftsstruktur mündet in einer umfassenden Gesellschaftskritik, welche im positivem Sinne dem traditionell gehandhabten Ausgrenzungs- und „Sündenbock-Prinzip“ entgegen wirkt. Die

---

<sup>39</sup> Müller 2001: 254

<sup>40</sup> Kanfer / Reinecker / Schmelzer 2001: 261

<sup>41</sup> vgl. ebenda: 261ff.

<sup>42</sup> Amendt 2003; Legnaro / Schmieder (Hg) 2004

<sup>43</sup> von Gebattel 2004: Widmung

<sup>44</sup> Teuber 2004. :17

<sup>45</sup> Schenk 1980: 246

Aussage: „Drogengebrauch und Suchtverhalten sind Spiegel der jeweiligen sozialpsychologischen Verfassung einer Gesellschaft“<sup>46</sup> bringt dies am deutlichsten zu Ausdruck. Folgerichtig wird in der Diskussion ein Zusammenhang zwischen negativen Entwicklungen des gesellschaftlichen Systems und der Zunahme von Drogenmissbrauch gesehen. „Wir registrieren heute eine generelle Zunahme bzw. Ausweitung süchtigen Verhaltens als kompensatorische konsumtive Entschädigung für die Zumutungen in einer entfesselten Leistungs- und Konsumgesellschaft.“<sup>47</sup>

Diese Sichtweise differenziert allerdings nicht mehr die spezifischen Wirkungen der Drogen und ihre individuellen Ursachen aus. Die generalisierende Beschreibung von süchtigen Verhalten tendiert zu der im wissenschaftlichen Diskurs wegen seiner Eindimensionalität abgelehnten „typischen“ Suchtpersönlichkeit, was wiederum eine Verurteilung der Person zulässt.

Nach der einleuchtenden Argumentation von Wolf-Detlev Rost hat die Dämonisierung des Begriffes offensichtlich entlastende Funktion: Nicht mehr der/die Einzelne trägt die Schuld, süchtig geworden zu sein, sondern die übermächtige (böse) Gesellschaft zwingt ihn/sie dazu. Dieses Konzept ist auch bei den „Anonymen Alkoholikern“ zu finden.<sup>48</sup>

Zusammenfassend lässt sich mit Rost sagen: „Es ist heute Mode, den Suchtbegriff immens auszuweiten und von einer süchtigen bzw. süchtig machenden Gesellschaft zu sprechen. Auch wenn diese These im Prinzip richtig ist, droht durch die grenzenlose Ausweitung des Suchtbegriffs der Blick für die Problematik des im engeren Sinne Süchtigen verloren zu gehen.“<sup>49</sup>

## **1.6. Die Indikationserstellung für eine Psychotherapie**

Die Definition „Indikation“ (Psychologisches Wörterbuch Dorsch):

---

<sup>46</sup> Gerhard 2004: 25

<sup>47</sup> ebenda: 46

<sup>48</sup> Rost 2001: 198ff.

<sup>49</sup> ebenda: 49)

Indikation ist „(1), () das, was sich als das Geeignete (für einen zu ändernden Sachverhalt) ergibt“<sup>50</sup>.

Die Definition „Kontraindikation“(medizinisches Wörterbuch Pschrembel):

„Kontraindikation: Gegenanzeige; Umstand, der die Anweisung eines diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens bei an sich gegebener Indikation in jedem Fall verbietet (absolute K.) bzw. nur unter strenger Abwägung sich dadurch ergebener Risiken (relative K.) zulässt“<sup>51</sup>

In den psychologischen und medizinischen Wörterbüchern taucht der Begriff „Indikation“ seit Ende der 70er Jahre auf. Die Bedeutung einer spezifischen und differenziellen Indikationserstellung für den einzelnen Krankheitsbereich hat erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Die Forschung nach statistisch begründbaren, empirisch nachweislichen und nachvollziehbaren, nach Krankheitsbildern differentiellen Indikationen ist im medizinischen Bereich nicht abgeschlossen.<sup>52</sup>

Infolge der Entwicklung verschiedener psychotherapeutischer Schulen entwickelte sich eine differentielle Indikation, auch „Innendifferenzierung“ genannt.<sup>53</sup> Die Fragestellung lautet: „Bei welchen Patienten mit welcher Problematik / psychischen Störung ist welche Behandlungsmaßnahme bzw. welche Sequenz von Behandlungselementen durch welche Therapeuten zu welcher Zielsetzung angemessen, wie effektiv und wie effizient?“<sup>54</sup>

Kächele fordert z.B. 1986 die Errichtung von empirisch gesicherten „Therapiemanualen“, welche den Therapieprozess in der Weise operationalisieren, dass „die zur Anwendung kommende Dosis psychotherapeutischer Intervention Stunde um Stunde bestimmt und mit dem

---

<sup>50</sup> Dorsch 2000: 437f.

<sup>51</sup> Pschrembel 2002: 890

<sup>52</sup> vgl. Tretter / Müller 2001: 566

<sup>53</sup> Fürstenau 1972 in: Schneider 1990: 21

<sup>54</sup> Seidenstücker / Baumann 1990: 16

Effekt in Beziehung gesetzt werden“ soll<sup>55</sup>. Dabei soll ein „Schweregrad der Pathologie des Patienten“ vom Therapeuten nach Skalen eingeschätzt werden.<sup>56</sup>

Eine Indikation kann zu Beginn einer Behandlung gestellt werden oder im Laufe der Therapie flexibel angepasst werden.<sup>57</sup> Heinrich Kufner stellte vier Indikationsstrategien vor: sie unterschieden sich beispielsweise nach den Prinzipien der minimalen, erfolgreichsten (also generellen), störungsspezifischen und differentiellen Indikation und ihrer Interventionsstrategien.<sup>58</sup>

Allgemein sollte die Frage nach den gesellschaftlichen Bedingungen gestellt werden, welche die Indikationen maßgeblich beeinflussen: Welches Setting erlaubt welche Indikationen? Welche finanziellen und ausstattungsreichen Ressourcen sind vorhanden? Welche Auswirkung hat das Gesundheitswesen auf die Fragestellung der Indikation (Drohung mit dem Entzug der Mittel)?

Darüber hinaus prägt das Selbstverständnis der Klinik in ihrer Haltung zum Verhältnis zwischen ÄrztInnen, TherapeutInnen und PatientInnen die Indikationen wesentlich mit: Können die PatientInnen frei wählen, oder stellt die Indikation eine nicht in Frage zu stellende Zuweisung dar? Herrschende Settingstrukturen mit ausgeprägten Macht- und Ohnmachtverhältnissen bringen mit Sicherheit andere Indikationen hervor als ein Verständnis von dem Angebotscharakter des Settings und Selbstbestimmungsrechtes der PatientInnen.

KlientInnen haben grundsätzlich ein Recht auf Mitsprache in der Indikation, was gerade in der Suchttherapie meist vergessen wird. Im Bereich der Suchtkrankenbehandlung, bei der in Kliniken zumeist mit verhaltenstherapeutischen Konzepten gearbeitet wird, wird den PatientInnen ein „fehlende(r) Leidensdruck“ attestiert, was sich in der Behandlung der PatientInnen und seiner/ihrer Motivation möglicherweise auswirken kann.<sup>59</sup>

---

<sup>55</sup> ebenda: 28f.

<sup>56</sup> ebenda

<sup>57</sup> vgl. ebenda

<sup>58</sup> Tretter / Müller 2001: 565

<sup>59</sup> Schneider, W. 1990: 184

## 1.7. Die musiktherapeutische Indikationserstellung

Die Rolle der MusiktherapeutInnen bei der Diagnose- und Indikationserstellung ist nach Ansicht von Eckhard Weymann eine sehr undankbare: „Da die musiktherapeutischen Behandlungsziele im Team unbekannt sind, werden sie auch nicht für die Bearbeitung der Therapieziele miteinbezogen.“<sup>60</sup> Er zieht die Schlussfolgerung: „Die Indikation für Musiktherapie kann letztlich nur der Musiktherapeut nach einem musiktherapeutischen Vorgespräch im Einzelfall selbst stellen.“<sup>61</sup> Sein Einwand, dass eine Diagnose aus musiktherapeutischer Sicht nicht allein aufgrund eines Gesprächs stattfinden kann, findet ihre logische Fortsetzung in der Diagnose durch den musikalischen Ausdruck im Zusammenspiel mit dem Patienten: „Was für ein Eindruck entsteht aus der gemeinsamen Improvisation?“ Folgerichtig müsste die Umsetzung dieser Diagnose auf eine gemeinsame sprachliche Basis in einer Klinik erfolgen. Dazu fehlt jedoch die Einigung auf Analogiebegriffe und Auswertungskriterien. Hier kann noch keine Vermittlung einer musiktherapeutischen Diagnose gegenüber ÄrztInnen, PsychologInnen, TherapeutInnen und PflegerInnen im klinischen Bereich erfolgen.

Nach den Forderungen von Henk Smeijsters ist „Musiktherapie (...) indiziert, wenn der Musiktherapeut musikalische Situationen anbieten kann, die zu einer Verminderung von psychischen Störungen oder zur Entwicklung bei einer Behinderung beitragen. Dies sollte aufgrund der Tatsache passieren, dass die musikalischen Prozesse eine Analogie zu den psychischen Prozessen bilden, die zur Heilung oder Entwicklung führen.“<sup>62</sup> In der Frage der Analogiebildung verweist Smeijsters auf die morphologische Untersuchungsform musiktherapeutischer Prozesse. Diese Forderung könnte eine allgemeingültige Basis für musiktherapeutische Diagnoseerstellungen quer durch alle Schulrichtungen darstellen.

---

<sup>60</sup> vgl. Weymann 1991: 178

<sup>61</sup> ebenda: 79

<sup>62</sup> Smeijsters 1999: 39

Smeijsters schlägt eine Systematik für eine positive Beantwortung der Indikationsfrage anhand von fünf Leitfragen vor, die sich alle auf evidenzbasierte Materialien stützen.<sup>63</sup> In Abgrenzung zum medizinischen Fachbegriff der „Störung“ sollte nach Smeijsters die Bezeichnung „Problem“ verwendet werden. Die fünf leitenden Fragen von Smeijsters können hier nicht angeführt werden, sondern werden kurz zusammengefasst und zum Teil kommentiert.

Smeijsters betont an erster Stelle, dass es für die Behandlung von entscheidender Bedeutung ist, zu diagnostizieren, „ob der Patient in der Musik seinem Problem begegnet oder nicht“<sup>64</sup> Hier ist nicht gefragt, wie eine solche Begegnung definiert wäre. In den weiteren Fragen wird die allgemeine Zielsetzung und, darauf bezogen, musiktherapeutische „Arbeitsweisen, Methoden und Techniken, die zu dieser Zielsetzung beitragen“ als nächster Schritt dargestellt. Diese Feststellungen müssten der Überprüfung anderer Therapieformen (als die möglicherweise effektiveren) standhalten. Die vierte Frage wird hier ausführlich zitiert, da sie keine Selbstverständlichkeit des Diskurses darstellt: „Gibt es für das Auftreten dieser Effekte eine glaubwürdige theoretische Erklärung, die mit theoretischen Modellen aus der Psychologie, Psychotherapie, Neurologie usw. übereinstimmt?“ Die fünfte Frage zielt auf die vorhandenen Ressourcen von PatientInnen, MusiktherapeutInnen und dem jeweiligen Setting.

Die erfolgreichen Beispiele der positiven Beantwortung dieser Fragen werden anhand von Krankheitsbildern wie der Schizophrenie und des Autismus dargelegt.<sup>65</sup> Dabei wird die erste Frage, inwiefern sich das Problem der Patientinnen in der Musik findet, allerdings nicht angesprochen. Die „Grundlage der Indikationskriterien ist, dass sich ein Musiktherapeut beim Angebot zur Musiktherapie jedes Mal fragt, aus welchem Grund Musiktherapie eingesetzt werden soll“<sup>66</sup>.

---

<sup>63</sup> Smeijsters 2004: 208-212

<sup>64</sup> ebenda

<sup>65</sup> vgl. ebenda. 212ff

<sup>66</sup> ebenda: 212

Dorothea Muthesius und Heike Beyer-Kellermann et al. erstellten 1999 einen „Indikationskatalog für chronisch und chronisch-psychisch erkrankte ältere und alte Menschen“<sup>67</sup>. Unter dem Oberbegriff „gerontopsychiatrische und psychische Erkrankungen“ werden auch musiktherapeutische Indikationen für „Abhängigkeitserkrankungen“ aufgeführt.<sup>68</sup> Dort stehen den psychischen und somatischen Symptomen, sowie psychiatrischen Folgekrankheiten und psychosoziale Problemen, musiktherapeutischen Therapieziele und Therapieverfahren gegenüber.<sup>69</sup> Auf der Tagung „Indikation...und was dann? Berlin 2002“<sup>70</sup> stellen die Autorinnen Muthesius und Beyer-Kellermann diesen Katalog und seine Entstehungsgeschichte vor. Aus letzterer lässt sich ersehen, dass der Zwang einer solchen Erstellung von einer angedrohten Kündigung aus Kostengründen ausging. Daher wurde in der Eile eines halben Jahres unter Mitarbeit von zwanzig MusiktherapeutInnen dieser Katalog herausgegeben. Grundlage sollten die Kriterien der ICD 10 darstellen, eine Formulierung des „kleinste(n) gemeinsame(n) Nenner(s) musiktherapeutischer Individualität und Arbeitsweisen“, sowie das Krankheits-Selbsterleben der KlientInnen.

Eine Umsetzung dieser Kriterien erschien Dorothea Muthesius und Heike Beyer-Kellermann jedoch selbst nicht als gelungen: „An der geringen Ausdifferenzierung dieses Kapitels (der Abhängigkeitserkrankungen, Ergänzung der Autorin) wird deutlich, dass der Indikationskatalog dringend der Weiterbearbeitung bedarf.“<sup>71</sup> Es muss auf jeden Fall kritisch angemerkt werden, dass die Grundlage der Kriterien des ICD 10 in der Beschreibung der Erkrankungen und der Symptome nicht wiederzuerkennen ist. Es fehlt auch jeglicher Verweis, auf die Schlüsselnummern (F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen -differenziert in F10 bis F19) und die Beschreibung der klinischen Zustandsbilder in Verbindung mit

---

<sup>67</sup> DGMT Nr. 450

<sup>68</sup> ebenda: 18

<sup>69</sup> ebenda: 18f.

<sup>70</sup> Tagungsdokumentation DGMT 08/2003

<sup>71</sup> ebenda: 21

Abstufungen. Die Stelle, wo das Krankheitserleben der PatientInnen hervorgehoben wird, sucht man ebenso vergebens.

Während der Erstellung dieser Arbeit wurde ein Buch mit dem Titel: „Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kinder- und Jugendalter“<sup>72</sup> von Dr. Isabella Frohne-Hagemann und Heinno Pless-Adamczyk herausgegeben. Einige Grundzüge des Inhaltes: Vorschlag eines „phänomenologisch-strukturelle(n) Vorgehen(s) im Sinne einer prozessualen Diagnostik“ und die Einteilung der Musik in Funktionen (verwendbar für den Antrag eines Therapieplanes).<sup>73</sup>

Die Definitionen „einiger spezifisch musiktherapeutische(r) Ziele und Wirkfaktoren / Interventionen“ wurden bereits auf der Tagung „Indikation... und was dann?“ in Berlin 2002 vorgestellt und in der Tagungsdokumentation<sup>74</sup> veröffentlicht. Die dort aufgezählten Beispiele für Indikationserstellungen für Musiktherapie in Verbindung zu der Klassifikation der ICD 10 behandelten jedoch andere Bereiche als die Kategorie F1 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen).

## **2. Überblick über die Therapiemethoden in der Suchtkrankenbehandlung**

Die Wahl der Therapiemethoden hängt eng mit der Definition von „Sucht“ und deren Behandlungsmöglichkeiten zusammen. Je nach Deutung des Krankheitsbildes (Ursachen und Ausprägung) erscheinen unterschiedliche Maßnahmen notwendig und effizient, die zum Ziel der Heilung beitragen.

Problematisch ist in dieser Hinsicht eine erwartete einfache Kausalität, welche aus bestimmten, benannten Phänomenen des Krankheitsbildes Erwartungen an spezifische Lösungen stellt, die durch Indikationserstellungen und Auswahl unter den gängigen Therapie-Methoden erfüllt wird. In der Psychologie wie der Psychotherapie muss die individuelle PatientIn in ihrer Persönlichkeit wahrgenommen und behandelt werden. Die Ursachen ihres Leidens sind immer

---

<sup>72</sup> Dr. Isabelle Frohne-Hagemann und Heino Pless-Adamczyk 2004

<sup>73</sup> Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie 08/2003: 23ff

<sup>74</sup> ebenda

multikausal. Diese Problematik trifft nicht nur die Musiktherapie, sondern alle therapeutischen Verfahren.

Hinsichtlich der Effektivität von Therapie (Gruppen- oder Einzeltherapie) gibt es unterschiedliche Einschätzungen.<sup>75</sup> Das Therapieziel ist aktuell nicht mehr ausschließlich die Abstinenz; Rückfälle werden in den Behandlungsplan einbezogen.<sup>76</sup>

Die zwei Hauptrichtungen der aktuellen psychotherapeutischen Suchtkrankentherapie lassen sich generell in zwei verschiedene Richtungen einteilen: 1. Therapie des Verhaltens und 2. Therapie des Unbewussten.

Die erste Richtung wird vor allem in den klinischen Settings vertreten und lässt sich als „lernpsychologisches Modell“ oder „lerntheoretische(s) Modell“ bezeichnen.<sup>77</sup> „Sucht (gilt) als gelerntes Fehlverhalten“, das durch „Lernen am Erfolg“ verbessert werden kann<sup>78</sup>.

Unter den Therapiemethoden gibt es auch kognitive Modelle, welche „die Rolle von Wahrnehmung, Erwartung, automatisierten Denkabläufen, Bewertungsprozessen und intentionalem Handeln bei Entwicklung und Steuerung von Verhalten, somit auch der Drogensucht (betonen)“<sup>79</sup>

Der im verhaltenstherapeutischen Modell vertretene Ansatz der „Selbstmedikamentation“, also z.B. „Trinken zur Regulation der psychischen Befindlichkeit“<sup>80</sup> ist ein Schnittpunkt mit dem Ich-psychologischen Modelldenken.

Alle Therapien des Unbewussten (mithin auch die Musiktherapie) bauen auf psychoanalytischen Modellen auf, welche aus „wissenschaftssoziologischer Sicht

---

<sup>75</sup> Vollmer / Krauth in: Tretter / Müller 2001: 418ff.

<sup>76</sup> Prohaska und DiClemente 2001: 295f .

<sup>77</sup> vgl. Revenstorff / Metsch 2001: 52

<sup>78</sup> ebenda

<sup>79</sup> ebenda: 54

<sup>80</sup> ebenda: 53

(...)von allen akademischen Fächern die wesentlichsten wissenschaftlichen Grundlagen für die Therapie süchtiger Störungen liefer(n)“<sup>81</sup>. Aus diesem Grunde werden die wichtigsten psychoanalytischen Erklärungsmodelle an dieser Stelle aufgeführt. Die Aufzählung der Modelle folgt der geschichtlichen Entwicklung. Auf die Benennung von Jahreszahlen wurde dabei weitgehend verzichtet. Die Auswahl der AutorInnen ist das Resultat subjektiver Wahl und muss verständlicherweise unvollständig bleiben. Es wird versucht, sowohl einen kurzen Überblick über die signifikantesten Theorien zu geben, als auch die Schwerpunktsetzung innerhalb des Themas zu belassen. Dies schließt eine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Modellen aus.

## **2.1. Die Psychodynamik der Sucht**

Definition: „Die Psychoanalyse versteht unter Sucht ganz allgemein einen inneren Zwang („zwanghafte Unwiderstehlichkeit“), die hemmungslose unbezwingbare Gier, einen bestimmten Stoff einzunehmen, ohne Rücksicht, bzw. sogar unter bewusster oder unbewusster Einbeziehung seiner schädigenden Folgen.“<sup>82</sup>

### **2.1.1. Das Triebmodell**

Innerhalb des Triebmodells wurde „Sucht“ von Sigmund Freud als Orgasmusersatz und „missglückte Lösung eines Triebkonflikts und als Ersatzbildung“<sup>83</sup> interpretiert. In der weiteren theoretischen Entwicklung hob Freud die oralerotische Fixierung, die Funktion des Suchtstoffes als Liebesersatzobjekt und die damit zusammenhängende Flucht vor der Realität – Regression- hervor.<sup>84</sup> Bedeutsame Psychoanalytiker, die sich im Rahmen des Triebmodells zum Thema geäußert haben, sind: Abraham, Glover, Knight, Fenichel und Rado.<sup>85</sup>

---

<sup>81</sup>ebenda: 39

<sup>82</sup> Lürßen 2001: 15

<sup>83</sup> Rost 2001: 30

<sup>84</sup> vgl. ebenda: 32

<sup>85</sup> ebenda ff

Diese Triebstörung kann nur als „reife Störung“ interpretiert werden, setzt also eine relativ stabile Ich-Entwicklung voraus. Die Theorie findet ihre Grenzen in der Beobachtung, dass viele Suchtkranke „endogen, d.h. aus sich heraus, zur Lustproduktion unfähig“, also genussunfähig sind.<sup>86</sup>

### **2.1.2. Ich- oder strukturpsychologische Modelle**

Rado vollzog den Anfangsgedanken von triebpsychologischen Interpretationen hin zur Ich-Psychologie. Ausgehend von der These, dass Rauschmittelgenuss Orgasmusersatz sei, ist dann nicht mehr die Wahl des Suchtmittels entscheidend, sondern „der zielbewusste Antrieb, sich seiner zu bedienen.“<sup>87</sup> Diese Handlung wird von einem schwachen und unentwickelten Ich vorgenommen, welches von einem ebenfalls schwach entwickelten Über-Ich keine Hilfe erhält. Das Objekt der Droge bekommt dadurch die Funktion eines Selbstheilungsmittels, „um Funktionen, die das Ich des Süchtigen aus sich heraus nicht wahrnehmen kann, zu ersetzen, bzw. um die in der Struktur vorhandenen Lücken zu überdecken“.<sup>88</sup> So dient das Suchtmittel der „Affektdämpfung und Affektregulierung, (der) Verstärkung der Reizschutzbarrieren gegen Einflüsse innerer und äusserer Natur“<sup>89</sup>.

Die Affektlabilität der Suchtkranken steht in engem Zusammenhang mit geringer Trieb- oder Impulskontrolle. Krystal und Raskin (1970) und Heigl-Evers (1977, 1980) formulierten die Theorie des „Uraffektes“, den ein Säugling als „psychosomatische Einheit“ von Angst, Schmerz und körperlichen Schmerz verspürt. Die Erfahrung der „Interaktionskette Unlust-Fütterung-Sättigung und damit Unlustbeseitigung“ differenziert den Uraffekt allmählich in das Bedürfnis „Hunger“ aus, wobei „Schmerz und Angst () eng () assoziiert“ bleiben.<sup>90</sup> Süchtige regredieren auf diese Stufe bei einer Überwältigung von Affekten. Diese Affekte können als „körperlicher Schmerz erlebt“ werden, der nur durch die Droge

---

<sup>86</sup> Ferenczi 2001: 47

<sup>87</sup> Rost 2001: 41

<sup>88</sup> ebenda: 52

<sup>89</sup> ebenda: 56

<sup>90</sup> Krystal / Raskin 2001: 54

betäubt werden kann. Mängel im Erfahren von Geborgenheit und Sicherheit seitens von Bezugspersonen führen zu einer Armut des Gefühlslebens, denn nur „durch das Spiegelverhalten der Bezugspersonen werden die ersten Emotionen nicht nur verstärkt und konturiert, sondern erst wirklich als existent und real empfunden“. <sup>91</sup> Die Folge sind eine ausgeprägte Ich-Schwäche und äusserst geringe Frustrationstoleranz, welche Situationen des Lebens schnell als bedrohlich einstuft, da weder das eigene noch das fremde Handeln adäquat eingeschätzt und kontrolliert werden kann. So wird auf die Droge als Hilfsmittel zurückgegriffen, um „den Schrecken des Gefühls unausweichlicher Desintegration des Selbst, der seelischen Desintegration zu verhindern, die das Verhängnis totaler Hilflosigkeit bedeutet.“<sup>92</sup>

Auch die Langeweile wird in der Ich-Psychologie als Auslöser für den Suchtgebrauch genannt: diesmal ist damit eine „innere Leere“ gemeint, hinter der Depression droht. <sup>93</sup> Die von Wurmser behauptete: „fehlende Fähigkeit des Süchtigen zur Symbolisierung und zur Phantasietätigkeit“<sup>94</sup> würde eher eine Kontraindikation in Hinsicht auf eine Behandlung mit Musiktherapie darstellen.

Heinz Kohut ist als ein wichtiger Vertreter der Selbstpsychologie („Narzissmustheorie“) zu nennen. Er geht von einem „Kern der Persönlichkeit“ aus, (das Selbst), welches in seinem Narzissmus (s.o.) gestört ist, wenn das „idealisierte Elternimago“ verloren geht.<sup>95</sup> Dies hat zu Folge, dass Objekte (wie das Suchtmittel) als Ersatz genommen werden. Kohut geht auf die „Grandiositätsvorstellungen des Süchtigen“ ein, die er braucht, um sich selbst spüren zu können. Das verbreitete beobachtbare Phänomen, das Süchtige „plötzlich abstinent in religiösen oder geschlossenen, fanatischen Gemeinschaften auftauchen“<sup>96</sup> lässt sich damit gut erklären.

---

<sup>91</sup> ebenda: 55

<sup>92</sup> ebenda: 61

<sup>93</sup> Heigl-Evers 2001: 56

<sup>94</sup> ebenda: 66

<sup>95</sup> ebenda: 67

<sup>96</sup> Pasett, in: ebenda: 72

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Ich-Psychologie „Sucht“ als „Resultat eines *Defektes* in der Struktur der Persönlichkeit“<sup>97</sup> gesehen wird. Dieser „Defekt“ wird im Verhältnis zur „idealtypischen Entwicklung der Persönlichkeit“, basierend auf der Entwicklungspsychologie, definiert.<sup>98</sup> Hier ist die Frage, ob die Selbstmedikamentation der Süchtigen mittels Suchtmittel tatsächlich funktioniert.

### 2.1.3. Die objektpsychologische Sichtweise

Die Objektpsychologie (Melanie Klein, R.D. Fairbairn, „Britische Schule“) legt die Störung in ein noch früheres Kindesalter als die Ich-Psychologie und sieht eine Fixierung von Suchtkranken auf die dort erlebten Überwältigungsgefühle, welche große Hassgefühle gegenüber der Umwelt (Mutter) auslösen. Das Kleinkind leidet unter den Triebspannungen, die durch „eigene Hassregungen sowie die Identifizierung mit ambivalent geliebten Objekten“ zwangsläufig entstehen. „Der Süchtige kann mittels des Suchstoffes seinen Körper und sich selbst töten und damit seine Triebspannung beseitigen.“<sup>99</sup>

Das bedeutet, dass der Süchtige permanent unter einer intrapsychischen Spannung lebt und dass er sich der zerstörerischen Kraft des Suchmittels nicht bewusst ist. Diese Sichtweise sieht folgerichtig in dem Süchtigen ein Kind, das „von der Mutter oder einem Mutterersatz abhängig bleiben“ will.<sup>100</sup>

Die Beziehung des Alkoholikers zum Alkohol bzw. zur Flasche ist in diesem Sinne sehr bedeutsam (ähnlich der Vorstellung einer „Oralfixierung“ im triebpsychologischen Modell). Sie wird eine „pseudo-objekt-libidinöse“ Bindung genannt<sup>101</sup>, und versinnbildlicht eine Objektfixierung auf die damit introjizierte Mutter. Dieser Aspekt legt den Fokus auf das häufig beobachtete Phänomen der Idealisierung der Mütter von Alkoholikern. „Das gute mütterliche Objekt wird

---

<sup>97</sup> ebenda, kursiv im Original: 52

<sup>98</sup> ebenda: 52

<sup>99</sup> Glover 1933, in: Rost: ebenda

<sup>100</sup> Simmel 2001: 86

<sup>101</sup> ebenda: 86

„externalisiert“, „die böse Mutter internalisiert und dann (mithilfe des Suchtmittels, Anmerkung der AutorIn) zerstört.“<sup>102</sup> Die Erotisierung des Suchtmittels wird objektanalytisch nicht als Hoffnung auf Lustgewinn (Triebpsychologie), sondern als Masochismus interpretiert.<sup>103</sup>

Die wichtigste Erkenntnis aus den o.g. Schlüssen lautet: Auch der Entzug stellt keine Heilung dar, da sich dann „die zerstörerischen Teilobjekte (...) an ein neues Objekt anheften“<sup>104</sup> müssen. Wolf-Detlev Rost verweist hier auf das beobachtete Phänomen des masochistisch genossenen Kreislaufs von Entzug und Entzugsqualen bei manchen PatientInnen. In diesem Sinne plädiert er dafür, Abstinenz nicht als Voraussetzung oder Ziel einer Therapie zu setzen. „Die Sucht sollte zunächst als Ichleistung akzeptiert werden.“<sup>105</sup> Die Funktion der TherapeutIn als „stabile(s) zuverlässige(s) Objekt“ widerspräche einer „permanenten Androhung des Beziehungsabbruchs“<sup>106</sup>. Adams als Vertreter der Objektpsychoanalyse hingegen warnt vor der Überforderung der Süchtigen (hier gemeint: Drogenabhängige), die auf Zuneigung nur mit Hassgefühlen reagieren können, weil sie diese nicht glauben verdient zu haben. Die TherapeutIn sollte an die Stelle des Selbst treten und sich als Projektionsfläche zur Entlastung des sadistischen Über-Ichs der PatientInnen anbieten,<sup>107</sup> damit die „bösen inneren Objekte in einem langwierigen, therapeutischen Prozess in bessere Objekte umgewandelt werden.“<sup>108</sup> Diese Haltung wird sicherlich nicht von jeder TherapeutIn vertreten, geschweige denn ausgehalten.

#### **2.1.4. Verschiedene psychodynamische Modelle**

Die vorgestellten psychoanalytischen Modelle erklären Phänomene in verschiedenen Abhängigkeitsstadien. In einem von Rost vorgeschlagenen „integrierte(n) psychodynamische(n) Modell der Sucht“, werden die „jeweiligen

---

<sup>102</sup> Adams 1978, ebenda: 78

<sup>103</sup> vgl. ebenda: 95

<sup>104</sup> Glover / Simmel in: Rost 2001: 95

<sup>105</sup> Rost 2001: 241

<sup>106</sup> ebenda: 242

<sup>107</sup> Rost 2001: 243

<sup>108</sup> Rost 2001: 246f.

(unterschiedlichen) Fixierungspunkte der Erkrankung bzw. das Ausmaß der Regression“ diagnostiziert<sup>109</sup>. Das Triebmodell, Ich-psychologische und Objektpsychologische Ansätze können dann Erklärungen zu den beobachteten Phänomenen liefern. Die Fixierungsstellen sind dabei als psychische Disposition zu verstehen. Die Definition von Rost beschreibt eine „Störung“ in der „Persönlichkeitsdimension“<sup>110</sup> die im „Krisenfall jedoch regressiv wiederbesetzt wird“<sup>111</sup>.

Heigl-Evers stellen ein „Psychoanalytisch-interaktionelles Modell“<sup>112</sup> vor, in dem ebenfalls eine „Synthese aller bisherigen Modelle“ versucht wird. Sie fordern als Voraussetzung „drei Grundeinstellungen der Präsenz, des Respekts und der Akzeptanz gegenüber dem Patienten“<sup>113</sup>. Interessant ist die Methode: Nicht zu deuten, sondern „halten(d), unterstützend(..) und antwortend(..)“ zu agieren und nicht als Analytiker, sondern als „Realperson“<sup>114</sup> aufzutreten. Die Definition der Realperson in Unterscheidung zur AnalytikerIn ist dabei nicht definiert.

Systemische Modelle der Psychoanalyse richten den Fokus der Behandlung auf die Familienmitglieder. Süchtige zeigen in ihrem Suchtverhalten unbewusst ein Lokalsymptom der Familie. Sie werden dafür nach dem Delegationsprinzip von Helm Stierlin (unbewusst) dafür ausgewählt, „stellvertretend für andere nicht gelebte Selbst-Anteile zu realisieren“. Nach dem systemischen Konzept von Jürg Willi ist das „Verhalten eines Symptomträgers immer das Ergebnis gemeinsamer unbewusster Übereinstimmungen im Umgang mit Störungen im System“ („Kollusionskonzept“).<sup>115</sup>

Integrative Ursachenmodelle und ökologische Modelle<sup>116</sup> betonen die Rolle der Umwelt mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. Dabei spielen

---

<sup>109</sup> ebenda: 124

<sup>110</sup> ebenda: 125

<sup>111</sup> ebenda

<sup>112</sup> Heigl-Evers 1973: 29

<sup>113</sup> ebenda

<sup>114</sup> ebenda

<sup>115</sup> ebenda

<sup>116</sup> Feuerlein 1989 in: Tretter / Müller 2001: 61

neurobiologische Ursachen, Genetik und die Beziehungsqualität zur Umwelt mit Wechselwirkung eine mitentscheidende Rolle im Suchtverhalten. In der Untersuchung dieses Beziehungsgeflechtes treten individuelle Ursachen und individuelle Ausprägungen in den Hintergrund. Nicht der Suchtkranke, sondern die Droge hat dabei ein mehr oder minder hohes Suchtpotential.

## **2.2. Musiktherapeutische Suchttherapiemethoden**

Musiktherapeutische Methoden, die sich auf die Suchtkrankenbehandlung anwenden lassen, finden sich im Lexikon für Musiktherapie unter drei Rubriken: „Ambulante Suchtkrankenberatung und –behandlung“, „Stationäre Musiktherapie“ und „Musiktherapie bei Suchterkrankungen“, zusammen getragen von Professor Kapteina.<sup>117</sup> Sie lassen sich nicht musiktherapeutischen Schulen oder Theoriemodellen als vielmehr erfolgreichen Einzelerfahrungen und –studien aus der Praxis zuordnen.

In ambulanten Setting werden Einzel- oder Gruppentherapie, rezeptive und aktive Musiktherapie angeboten. Rezeptive Musiktherapie bedeutet, Musik zu hören und nicht (aktiv) selbst zu gestalten. Die Methoden sind entweder „verhaltenstherapeutisch-kulturpädagogisch“, „tiefenpsychologisch“ oder auf Entspannung ausgerichtet.<sup>118</sup>

Verhaltenstherapeutische Methoden suchen in musikalischen Übungen wie der Rockmusik einen Ersatz für die Einnahme von Drogen und sehen in aktivem Musikmachen ein „Lernfeld für das Leben ohne Drogen“. <sup>119</sup> Entspannungsmethoden sprechen den „Gefühls- und Triebbereich“<sup>120</sup> an. Diese Methoden sind rezeptiv und vertreten einen multimedialen Ansatz (z.B. in Verbindung mit Malen, Bildererleben u.ä.).

---

<sup>117</sup> Kapteina 1996

<sup>118</sup> ebenda: 8ff

<sup>119</sup> Butzko in: a.a.O.: 9

<sup>120</sup> Schmidtbauer/vom Scheidt in: ebenda

Eine Verbindung von verhaltenstherapeutischer Methode und rezeptiver Entspannung bietet die „kleine Schule des Genießens“ des Diplom-Psychologen Lutz <sup>121</sup> . Tiefenpsychologisch ausgerichtete Methoden suchen nach den „unerledigte(n) Geschichte(n), einem blockierten Konflikt“<sup>122</sup> mittels Musik „als „Experiment““ <sup>123</sup> oder setzen Musiktherapie als in der Gruppe gemeinsam ausgehandeltes symbolhaftes Handeln für eine Änderung des Alltagsverhaltens ein.<sup>124</sup> Die Methode der „Themenzentrierte(n) Interaktion“ wird laut Kapteina bei Haardt und Klemm als effektiv im Suchtkrankenbereich geschildert.

Die aufgeführten Beispiele liegen zeitlich nicht nach dem Jahr 1993. Eine erneute Untersuchung aktueller Konzepte und therapeutischer Methoden in der Suchtkrankenbehandlung (ambulant und klinisch) erscheint daher dringend notwendig. Dies wurde mithilfe der im Folgenden dokumentierten Forschung anhand von ExpertInnen-Interviews angestrebt.

### **III. Die Forschung**

#### **1. Das ExpertInneninterview**

##### **1.1. Die Begründung für die Wahl dieses Forschungsmittels**

Nach dem Vorschlag von Bogner und Menz können ExpertInneninterviews zur „Herstellung einer ersten Orientierung in einem thematisch neuen und unübersichtlichen Feld dienen“.<sup>125</sup> Die Definition der Neuheit kann nicht in Anspruch genommen werden, wohl aber die der Unübersichtlichkeit (Begründung siehe Kap.I.1.). Es ist ein erhofftes Ziel, dass die Forschungstätigkeit zur „Schärfung des Problembewusstseins“ <sup>126</sup> beitragen kann. Das

---

<sup>121</sup> Lutz 1996 und 1984

<sup>122</sup> Hegi in : Kapteina 1996: 9

<sup>123</sup> ebenda

<sup>124</sup> vgl. Konzeptdarstellung von Harald Butzko, ebenda: 10

<sup>125</sup> Bogner/Menz 2002: 37

<sup>126</sup> ebenda

ExpertInneninterview bietet „als Sonderform der Befragung“<sup>127</sup> die Möglichkeit einer Herausarbeitung von Thesenrichtungen, die für eine wissenschaftliche Fragestellung bedeutsam sein können.

Die Methode des ExpertInneninterviews ist qualitativ. Das auf diese Weise gewonnene Material kann nicht als Beweis-Instrument gelten, sondern hat lediglich „ergänzende Funktion“<sup>128</sup> und orientiert sich an den Grundsätzen der interpretativen Soziologie mit seinem Methodenkanon. Der spezifische Reiz eines ExpertInneninterviews besteht dabei in der offenen Zielstellung. Es wird dabei weder eine Beweisführung noch ein Festhalten von vorab bestimmten Thesen der ForscherIn benötigt, was zu diesem Zeitpunkt ohnehin als verfrüht angesehen wurde. „Wissenschaftliche Forschung“ wird dabei in Bezug auf Schütz als „aktiv-konstruktive(r) Herstellungsprozess“<sup>129</sup> begriffen. Wird die Konstruktion offen und nachvollziehbar gemacht, kann der wissenschaftliche Anspruch der Überprüfbarkeit zumindest im Ansatz eingelöst werden. Der vorwissenschaftliche Charakter dieser Felderschließung ist dabei unübersehbar.

## **1.2. Das Forschungsziel**

Ziel der Interviews ist es, anhand der gesammelten Äußerungen der ExpertInnen ihre Indikationserstellung in bezug auf ihre PatientInnen, besonders im Hinblick auf die theoretischen Herleitungen zu beleuchten. Es besteht damit eine Möglichkeit, von den „ExpertInnen“ unbekannte Begründungen für eine Indikation zu erfahren, wie auch bereits eine ausgesprochene spezielle Indikation und Kontraindikation von Musiktherapie für Suchtkranke auf ihre Aktualität hin zu überprüfen und gegebenenfalls in Frage zu stellen. Darüber hinaus können sich in den Gesprächen Hinweise auf Quellen, auf andere InterviewpartnerInnen (z.B. VertreterInnen der entgegengesetzten Ansicht) oder Hinweise auf Vernetzung (eventuell eine Forschergruppe) ergeben. Im Vergleich von mehreren

---

<sup>127</sup> vgl. Scheuch 2002:17

<sup>128</sup> a.a.O.

<sup>129</sup> Bogner / Menz 2002: 35

ExpertInneninterviews sollten Widersprüche oder Gemeinsamkeiten, Grenzen, neue Erkenntnisse und neue Fragen deutlich werden.

Die gewonnenen Erkenntnisse sind nicht als Ergebnisse, sondern als „hergestellte Konstruktion von Wirklichkeit“<sup>130</sup> zu verstehen. Die Daten können nicht objektiv für sich bestehen, sondern erhalten ihre Bedeutung erst durch die Interpretation und sind damit für weitere Forschung mit möglicherweise kontrastierenden Ergebnissen verwendbar.

### **1.3. Die Interviewsituation**

Der interaktive Prozess der Interviewsituation spielt eine grosse, wenn nicht sogar entscheidende- Rolle für das Gelingen. Diese Form kann als geeignet gesehen werden, die Authentizität der Befragten hervorzuheben. Sie entspricht im Idealfall dem kommunikativen Charakter des Berufsfeldes Musiktherapie, in dem sich InterviewerIn und InterviewpartnerIn bewegen. Als Voraussetzung kann davon ausgegangen werden, dass die InterviewpartnerInnen an der Veröffentlichung ihrer Thesen interessiert und daher motiviert sind.

### **1.4. Der ExpertInnenstatus**

Die „ExpertInnen“ waren als solche an keiner Stelle ausgewiesen. Dies hängt mit der Tatsache zusammen, dass der musiktherapeutische Fachkreis diesen Begriff für sich noch gar nicht in Anspruch nimmt. Damit bleibt die ihnen zugeschriebene Rolle hinterfragbar und die Wahl dieses Forschungsmittels kann als Test dieses Begriffes im Feld verstanden werden.

In der Auswahl der ExpertInnen zur Fragestellung konnte aufgrund der Zeitknappheit nicht so umfangreich vorgegangen werden, wie es den repräsentativen Ansprüchen genügt hätte. Wünschenswert wäre gewesen, neben den mit Suchtkranken arbeitenden MusiktherapeutInnen jeweils eine VertreterIn

---

<sup>130</sup> Berger/Luckmann 2002: 36

musiktherapeutischer Schulen und Richtungen auszusuchen und sie nach ihrer jeweiligen Position zur Frage der Indikation zu befragen.

### **1.5. Die Auswahl der ExpertInnen**

Bogner und Menz definieren in ihrem Modellversuch den ExpertInnenbegriff als „konstruktivistisch“, d.h. die ExpertInnenrolle ist nach methodisch-rationalem Ansatz immer ein Produkt der Zuschreibung seitens der ForscherIn.<sup>131</sup> Derjenige ist ein Experte, welcher „gesellschaftlich zum Experten“ gemacht wird, d.h. „in der sozialen Realität als Experte“ angesehen wird.<sup>132</sup> Die Schwierigkeit bestand hierbei, den „sozial-repräsentativen Ansatz“<sup>133</sup> zu beweisen. Die Repräsentativität der ausgewählten ExpertInnen konnte aus der Perspektive eines zweijährigen Studiums noch nicht behauptet, sondern nur vermutet werden. Als „soziale Realität“ könnte die Arbeitsgemeinschaft aller MusiktherapeutInnen verstanden werden: ein kleines, für die forschende StudentIn jedoch noch unübersichtliches Gebiet der sozialen Realität.

Folgende Kriterien wurden der Auswahl der möglichen ExpertInnen zugrunde gelegt:

- Die gesuchten ExpertInnen sollten -möglichst aktuell- Musiktherapie bei Suchtkranken praktizieren.
- Es sollte sich nicht um ausschließlich Musiktherapie mit rezeptiven und pädagogischen oder verhaltensorientierten Formen handeln.
- Die anthroposophische und regulative Musiktherapie scheiden als Sonderformen aus.
- Der sozial-repräsentative Ansatz sollte ungefähr gleich hoch angesehen werden (Anzahl der Veröffentlichungen, Bekanntheitsgrad u.ä.).
- Die gesuchten ExpertInnen sollten sich als MusiktherapeutInnen verstehen.
- Das vermittelte Wissen sollte eine theoriegeleitete Begründung vorweisen.

---

<sup>131</sup> ebenda: 40

<sup>132</sup> Bogner 2002: 41

<sup>133</sup> ebenda: 41

## 1.6. Suche und Ergebnis

Die Auswahl der ExpertInnen war bereits expertInnengenerierend. Die „Zuschreibung der Expertenrolle“<sup>134</sup> gestaltete die Konstruktion einer sozialen Realität auf der Grundlage der Bedeutung, welche die als ExpertInnen befragten MusiktherapeutInnen erhielten. Im vorliegenden Fall war die subjektive Zuschreibung der ExpertInnenrolle offensichtlich. Die Auswahl wurde anhand der verfügbaren Adressen (DGMT-Liste: Ambulante und klinisch arbeitende Musiktherapeuten bundesweit)<sup>135</sup>, aber auch aufgrund von Hinweisen von MusiktherapeutInnen auf geeignete GesprächspartnerInnen getroffen. Die Angesprochenen waren als praktizierende MusiktherapeutInnen „Teil des Handlungsfeldes“<sup>136</sup> und hatten daher einen direkten Bezug zur Fragestellung.

Die InterviewpartnerInnen sind in dieser Arbeit nicht namentlich gekennzeichnet. Die Bezeichnung erfolgt in alphabetischer Reihenfolge (ExpertIn A, B, C usw.). Die Reihenfolge orientiert sich nach der zeitlichen Abfolge der Interviews während des Forschungsprozesses. Dieses Verfahren dient zum einen der Gewichtung zugunsten des Inhaltes der Äußerungen, zum anderen dem Persönlichkeitsschutz der InterviewpartnerInnen.

## 1.7. Die Interviewform

Bezüglich der Interviewform wurde auf einen Vorschlag von Bogner und Menz<sup>137</sup> zurückgegriffen, welcher sie „in Abhängigkeit von ihrer erkenntnisleitenden Funktion“ vorstellt. Da die Arbeit im Vorfeld der Exploration stattfand, bot sich ein explorierendes Interview an. Es wurde die Entscheidung getroffen, mit dem Modellvorschlag von Meuser / Nagel flexibel umzugehen und eine Mischform zwischen einer Exploration und einer thesengenerierenden Erörterung anzustreben. Dabei sollte die Haltung explorierend sein: Ausgehend von einem erarbeiteten Kontextwissen wurden verschiedene Fakten und Daten erfragt

---

<sup>134</sup> Bogner / Menz 2002: 40

<sup>135</sup> Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie 07/2004

<sup>136</sup> Meuser / Nagel 2002: 73

<sup>137</sup> Bogner / Menz 2002: 63

(Settingbedingungen, Suchtdefinitionen, musiktherapeutische Konzepte, Indikationen und Kontraindikationen). Dieses Datenmaterial diente zur Sammlung von technischem Wissen und Prozesswissen<sup>138</sup>. Prozesswissen bedeutet „praktisches Erfahrungswissen aus dem eigenen Handlungskontext“<sup>139</sup>.

Aus der unklaren Ausgangslage, welche sich aus der Unsicherheit des zu erwartenden Wissens ergab, konnte es sein, dass eine offene Interviewform sich im Laufe des Interviews als geeigneter herausstellen würde, um verborgenes Deutungswissen der ExpertInnen zu erhalten. Damit erschlosse sich das „Feld der Ideen und Ideologien, der fragmentarischen inkonsistenten Sinnentwürfe und Deutungsmuster“<sup>140</sup>, an denen es aufgrund der bisher eher gering gehaltenen Diskussion im Arbeitsbereich sicherlich nicht fehlen würde. Die Form des Interviews gilt dann als thesengenerierend. Möglicherweise gewonnene Thesen sind jedoch nicht als abschließende gedacht, sondern als Ansatzpunkte für zu erfragende Fakten und als neue Fragestellungen für erneute explorierende Forschung. Mögliche Antworten wurden nicht vorformuliert: die vorzufindenden Antworten und neuen Aspekte sind der geforderten „flexiblen Interviewführung“<sup>141</sup> geschuldet.

Diese Formenwahl wirkte sich auf die Auswertung aus, indem es die Entscheidung beeinflusste, ob die Interviews in der Arbeit den Hauptteil einnehmen oder eine Randstellung erhalten sollten. Die Rolle der Interviewerin wird in dem Modellvorschlag als mögliche Co-Expertin mit einer hohen Fachkompetenz eingefordert. Davon konnte hier aber nicht ausgegangen werden. Die Fachkompetenz der Interviewerin in einem explorierendem Interview muss wegen des StudentInnenstatus relativiert werden. Durch eine breite Einarbeitung in das Thema (siehe die Kapitel II : Diagnose, Indikation, Therapiemodelle) wurde eine möglichst große Kenntnis des Themengebietes versucht.

---

<sup>138</sup> vgl. Bogner / Menz 2002: 43

<sup>139</sup> ebenda

<sup>140</sup> ebenda: 44

<sup>141</sup> Scheuch, zit. a.a.O.

Prospektiv stellte die Erläuterung des Themengehaltes die Hälfte der Arbeit dar. Die ExpertInneninterviews erhalten also weder eine Randstellung, noch bilden sie den einzigen Schwerpunkt der Arbeit. Diese Form wird dank der geforderten Flexibilität der Methode, dem im experimentellen Bereich befindlichen Status des Modells Meuser/Nagel als möglich und zielgerecht angesehen.

Um der Gefahr zu begegnen, einen unübersichtlichen Datenkorb von Konzeptdarstellungen oder Fallbeispielen zu erhalten, wurde die Interviewform der Halbstrukturierung gewählt. Damit gilt die Arbeit laut Bogner nicht „als genuine Representa(nz) des qualitativen Paradigmas“<sup>142</sup>.

Die Sprache der Interviews wurde gemäß des beschriebenen Modells der Alltagssprache angepasst.

## **2. Die Interviewfragen**

### **1. Settingbedingungen**

Haben Sie immer in diesem Krankenhaus gearbeitet oder noch in anderen Settings?

Wie lange arbeiten Sie schon mit Suchtkranken?

### **2. Suchtdefinitionen**

Welche Art von "Süchten" sind Ihnen da begegnet?

Gehen Sie davon aus, dass sich diese verschiedenen Suchterkrankungen psychodynamisch und psychogenetisch bedeutsam unterscheiden?

Welche psychodynamischen Vorannahmen legen Sie bei der Diagnostizierung der PatientInnen zugrunde?

### **3. Warum Musiktherapie?**

Wie sind Sie dazu gekommen, in diesem Krankheitsbereich mit Musiktherapie zu arbeiten?

---

<sup>142</sup> Bogner / Menz 2002: 34

Welche differenzierenden Kriterien (bzw. differentialdiagnostischen Überlegungen) würden Sie für den Einsatz von Musiktherapie anlegen?

Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

Welche besonderen Potentiale bzw. Merkmale musiktherapeutischer Arbeit begründen Ihrer Meinung nach deren gezielten Einsatz in der Arbeit mit SuchtpatientInnen?

Welches musiktherapeutische Konzept halten Sie für das sinnvollste in der Arbeit mit SuchtpatientInnen? Warum?

Welche behandlungstechnischen Probleme lassen sich dabei benennen?

Könnte man diese in bezug auf die psychogenetischen Ausgangsvoraussetzungen, die Strukturdiagnose, die besonderen Merkmale der SuchtpatientInnen insbesondere in Bezug auf Abwehr und Widerstand skizzieren?

#### 4. Abgrenzungen

Lassen sich in den vergangenen Jahrzehnten musiktherapeutischer Arbeit mit suchtkranken PatientInnen charakteristische Phasen beschreiben (z.B. Erkenntnisfortschritte, signifikante methodische und konzeptionelle Änderungen, differentialdiagnostische Ergebnisse, Grenzen in der Arbeit)?

Haben Sie klare Kontraindikationen für bestimmte Persönlichkeitsmerkmale von SuchtpatientInnen oder für ein bestimmtes PatientInnenverhalten?

Halten Sie das Wissen um die musiktherapeutische Arbeit mit SuchtpatientInnen für so gesichert, dass ein Indikationskatalog (ggf. ein Kontraindikationskatalog) erstellt werden kann (Beispiel: Indikationskatalog des DGMT)?

### 3. Die Dokumentation der Forschung

In dem Versuch, das ExpertInnen-Interview wie von Meuser und Nagel vorgeschlagen, als „Entdeckungsstrategie“ zu handhaben<sup>143</sup>), wird im Folgenden entlang des zeitlichen Ablaufes die Forschungspraxis zusammen mit den sich

---

<sup>143</sup> Meuser / Nagel in Bogner / Menz: 81

daraus ergebenden Entscheidungsschritten dargestellt. Dieses Verfahren orientiert sich an der „dokumentarischen Interpretation“ nach Bonsatz<sup>144</sup>, welches sich wiederum auf die Leitlinien der objektiven Hermeneutik von Oevermann bezieht. Die Form der Interviews wird gemäß dieser Richtlinien der weiteren Entwicklung der Forschung angepasst. Dies bedeutet, dass sich andere Fragestellungen ergeben, wenn die geplante Vorgehensweise sich als undurchführbar erweist.

Die Dokumentation der Forschung schließt die Auswahl der InterviewpartnerInnen sowie die Beurteilung der technischen Bedingungen mit ein.

### **3.1. Der Technische Ablauf**

#### **3.1.1. Die Zusendung der Interviewfragen**

Die InterviewpartnerInnen wurden per Telefon und Internet erreicht. Im Nachhinein stellte sich die fehlende Aufzeichnung der Vorgespräche als Manko in der Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen heraus, da im Vorgespräch im wesentlichen die Entwicklung der Interaktionsstruktur vorgezeichnet wurde, beziehungsweise eine Weichenstellung in Richtung der Schwerpunktsetzung des Interviews erfolgte. Eine Aufzeichnung dieser Gespräche war aber aus technischen Gründen nur in einem Büro möglich, dessen spezielle Öffnungszeiten mitberücksichtigt werden mussten und die Möglichkeit, ein Interview durchzuführen, für jeden Termin abgestimmt werden musste. Die Anfrage zum Interview konnte von der Wohnung der Interviewerin aus getätigt werden, dort konnte das Gespräch nicht aufgezeichnet werden.

Grundsätzlich beinhaltete das Vorgespräch neben der Vorstellung der Interviewerin, der Erläuterung des Themas und des Verwendungszweckes eine kurze Vorstellung der InterviewpartnerInnen hinsichtlich ihres Settings, ihrer Ausbildung sowie eine kurze Vorstellung ihrer Arbeitsweise. Es wurde ein

---

<sup>144</sup> vgl. ebenda

Interviewtermin vereinbart und Adressen ausgetauscht, um die Fragen vorab zu erhalten. Rückfragen waren dabei eingeplant.

Nach der Auswertung der ersten Interviews, welche in den Settings der InterviewpartnerInnen stattfanden (ExpertIn A und ExpertIn B) wurde eine telefonische Befragung bevorzugt. Diese Entscheidung verband sich mit der berechtigten Hoffnung auf Zeit- und Aufwandsparnis.

### **3.1.2. Die Transkriptionen der Interviews**

Die Interviews wurden, ausgenommen die der ExpertIn A, B und C, extern transkribiert.

### **3.1.3. Die Beurteilung dieses Verfahrens**

Der eingeschlagene Weg der Zusendung der Fragen funktionierte nicht einwandfrei. Im Fall der ExpertIn B kam die E-Mail zurück und die daraufhin verschickte Post nicht an, was erst am Anfang des stattfindenden Interviews geklärt werden konnte. Die ExpertIn B konnte sich daher auf die Fragen nicht vorbereiten. Belastend kam dazu, dass das telefonische Vorgespräch mit einem zweiten, an der Arbeitsstelle tätigen Musiktherapeuten im telefonischen Vorgespräch durchgeführt worden war. Dieser erhoffte Interviewpartner empfahl jedoch seine Kollegin als geeignete Gesprächspartnerin, was der Interviewerin den Eindruck vermittelte, dass sich diese Eignung auf den Fokus der Fragestellung (Indikation) bezog. Es stellte sich heraus, dass ExpertIn B. das Interview für eigene Mitteilungen hinsichtlich des Settings nutzen wollte, die sie gegenüber dem Team nicht äußern kann.

Zitat:

Interviewerin: „Dürften Sie das hier sagen, dürften Sie sagen, dass Sie damit (mit der Arbeit auf der Station, Anmerkung der Autorin) unzufrieden sind?“

ExpertIn B: „(Kleine Pause) Hier in dem Raum, ja (Lachen), aber auf der Station nicht.“

Im Nachhinein erschien die vorab erfolgte Zusendung der Interviewfragen ungünstig. Es ist jedoch schwer vorauszusagen, wie eine Ad-hoc Konfrontation gewirkt hätte: möglicherweise wäre ein „Eisbergeffekt“<sup>145</sup> die Folge gewesen, was weder dem Aufwand noch dem Ziel gedient hätte.

In den telefonischen Vortests wurde eine Problematik hinsichtlich des Wechsels von Frage und Antwort gesehen. Bei Unterbrechungen der InterviewpartnerInnen durch eine schnelle Zwischenfrage o.ä. wäre ein Teil ihres eben geäußerten Beitrages für die Interviewerin nicht mehr zu hören gewesen. Es war dann keine schnelle Reaktionsmöglichkeit auf möglicherweise wichtige oder entscheidende Informationen gegeben. Deshalb wurde darauf geachtet, möglichst wenig Unterbrechungen durch Fragen vorzunehmen. Durch diese Entscheidung wurde den InterviewpartnerInnen breiten Raum zu Ausführungen gelassen, was die Form eines langen Monologes begünstigte.

### **3.2. Die sprachliche Form der Auswertung**

Jedes Interview stellt für sich ein unverwechselbares Dokument dar, ist gebunden an den Zeitpunkt, die technischen Bedingungen und die persönliche Interaktionsstruktur zwischen Interviewerin und InterviewpartnerIn. Es ist nicht möglich, der Vielfalt der Auswertungsmöglichkeiten gerecht zu werden.

Die folgende kurze Beschreibung des Inhaltes der Interviews bildet erste subjektive Schwerpunkte und die Betrachtungsweise der Autorin ab, setzt konzeptionelle Richtlinien und interpretiert die Gesamtheit des Materials in entscheidenden Vorauswertungen hinsichtlich der Fragestellung. Die Möglichkeit einer frühen Theoriebildung ist in allen Phasen des Forschungsprozesses gegeben und sie könnte auf die Auswertung unkontrollierte Einflussnahme nehmen, falls sie nicht reflektiert wird. Dem Problem der subjektiven Sichtweise wird dadurch begegnet, indem den Interpretationen möglichst ausführliche Zitate beigefügt werden, um die Aussagen nachvollziehbar erscheinen zu lassen. Die Möglichkeit

---

<sup>145</sup> Vogel 1995, Abels/Behrens 1998 in Bogner / Menz 2002: 65 Fußnote

einer Fehlinterpretation oder Auslassens eines wichtigen Gesichtspunktes ist dabei immer gegeben. Im Folgenden werden also Ausschnitte aus den bereits erfolgten Interviews als Zitate für die Begründung des jeweiligen Inhaltes beigefügt. Aus der Vielfalt der Aussagen wird eine Auswahl repräsentativer Zitate genommen, die interpretativ als evident eingestuft wurden. Dies soll der angestrebten Möglichkeit dienen, die folgenden Entscheidungen einsichtig und nachvollziehbar erscheinen zu lassen.

Dieses Verfahren kann innerhalb der Paradigmen der qualitativen Forschung nur deshalb angewandt werden, da es sich nicht um ein narratives Interview handelt, d.h. die InterviewpartnerIn als Person sowie das Verhältnis zur Interviewerin explizit nicht Gegenstand der Auswertung ist, sondern ausschließlich der Inhalt des Gesagten. Diese Fokussierung wurde bereits in der Transkription angewandt.

Die Problematik der Form des Zitierens wird wie folgt gelöst: Die Beiträge der Interviewpartnerinnen werden in ganzen Sätzen und in möglichst ausführlichem Gedankengang zitiert. Einzelne Auslassungen, sowohl von Wörtern, als auch Satzteilen oder ganzen Passagen, werden mit einer Klammer und drei Punkten gekennzeichnet. Die Passagen, aus verschiedenen Textzusammenhängen genommen, stehen für sich selbst als Statements. Die Frage der Interviewerin wird an Stellen hinzugenommen, in der die Antwort auf die Wortwahl sowie dem Duktus der Interviewerin zurückgeführt werden muss. Dieses Verfahren wird auch dort angewandt, wo eine Beeinflussung der InterviewpartnerIn hinsichtlich der Wortwahl und der folgenden Formulierung zu erkennen ist. Ebenso kann ersichtlich werden, dass nach einer provokativen Frage eine erregte Antwort folgt, die möglicherweise kein übliches Statement darstellt. Ergänzungen, soweit sie die Verständlichkeit betreffen (fehlendes Substantiv oder Hinweise auf den inhaltlichen Bezug) wurden in Klammern von der Autorin hinzu gefügt. Die Interviewerin wird an erster Stelle so benannt und im weiteren Verlauf als Fragezeichen angegeben. In der Aufzählung der InterviewpartnerInnen wird die zeitliche Reihenfolge der Interviews eingehalten, um nicht den Anschein einer

wertenden Vorrangstellung der einen gegenüber der anderen InterviewpartnerIn zu geben.

#### **4. Die erste Forschungsphase**

##### **4.1. Die zeitliche Reihenfolge der Interviews**

- 1.) 19.09.04      ExpertIn A.
- 2.) 07.10.04      ExpertIn B.
- 3.) 13.10.04      ExpertIn C.
- 4.) 13.10.04      Expertin D.

##### **4.2. Eine Übersicht der Settings**

###### 1.) ExpertIn A.

Arbeitsstelle:	November 1973 - Februar 1975: ambulante Drogenberatungsstelle ab 1975: eigene Praxis
Therapieziel:	Abstinenz
Therapiedauer:	je nach Diagnose
Indikationserstellung	eigene
Einführung:	bis zu 5 Probesitzungen
Setting:	Einzeltherapie
Psychotrope Substanzen:	Drogen, Alkohol
PatientInnenalter	unbegrenzt

###### 2.) ExpertIn B.

Arbeitsstelle:	Psychiatrisches Krankenhaus
Klinikkonzept:	nicht erfragt
Klinikauftrag:	Freizeitgestaltung, Spaß, Ablenkung
Therapieziel:	Entgiftung
Therapiedauer:	maximal 2 Wochen (1 Stunde pro Woche)
Indiaktionserstellung	Team

Einführung:	keine
Setting:	Gruppentherapie: eine Gruppe vor dem Entzug zweite Gruppe im Entzug
Gruppenstruktur:	halboffen
Gruppenstärke:	nicht erfragt
Psychotrope Substanzen	Heroin, Benzodiazepine
PatientInnenalter	8 bis 50 Jahre

### 3.) ExpertIn C.

Arbeitsstelle:	in Konzeption
Therapieziel:	qualifizierte Entgiftung
Aufenthalt:	maximal 18 Tage

### 4.) ExpertIn D.

1. Arbeitsstelle	Suchtklinik, Drogenakutstation
Klinikkonzept:	kein bestimmtes, jede Abteilung hat ihr eigenes Konzept Primat individueller Entscheidungen
Klinikauftrag:	keiner
Indikationserstellung:	gemeinsam mit dem Team nach den Kriterien Intuition, Zufall, Kapazität Grundprinzip: „Jeder ist mit jeder Methode behandelbar“, u.a. Rollenverteilung: MusiktherapeutIn als „Mutter“
Anamnese:	Arzt und Pfleger, keine eigene Anamnese
Einführung:	ein Vorgespräch
Therapieziel:	Entgiftung
Therapiedauer:	zwischen 14 Tagen und 4 Wochen
Setting:	Gruppen- und Einzeltherapie
Gruppenstruktur:	offen
Gruppenstärke:	4 bis 8 PatientInnen, meist Frauen
Psychotrope Substanzen	Heroin, mehrfachabhängig, Substitution und Beikonsum
PatientInnenalter	ab 18 Jahre
2. Arbeitsstelle:	Private Klinik für Essstörungen und Neurosen

### **4.3. Die Auswertung der Interviews der ersten Forschungsphase**

#### **4.3.1. Die InterviewpartnerInnen im ExpertInnenstatus**

**a) ExpertIn A** entsprach insofern den Kriterien, als sie aktuell Musiktherapie mit Drogenabhängigen praktiziert, sowohl aktive als auch rezeptive Arbeitsweisen benutzt, als Gestalttherapeutin Musiktherapie „so oft es geht“ (Zitat ExpertIn A) verwendet und über eine theoriegeleitete Begründung ihrer Arbeit verfügt (siehe folgende Ausführung zu Diagnose und Indikationserstellung).

In Bezug auf das spezielle Thema „Sucht“ wollte sie allerdings nicht als „Drogenexpertin“ gelten: Sie habe nach dem ersten Erfahrungen in einer Jugendeinrichtung nur in eigener Praxis gearbeitet und dabei hin und wieder PatientInnen mit Suchtproblematik, meist hinter einer anderen Störung verdeckt, behandelt.

Zitat: „Ich kann nicht mehr sagen- ich will auch nicht die Drogenexpertin sein. Das war so jahrelang, dass ich immer angeschrieben wurde als die Drogenfrau, aber ich arbeite auch mit ganz anderen Menschen, und es ist auch so, dass ich mit den Leuten, die medikamentenabhängig sind, oder esssüchtig oder so, ja nicht an der Esssucht selber arbeite, sondern an dem ganzen Menschen, ja?“ (ExpertIn A.)

**b) ExpertIn B.** arbeitet seit einem Jahr als Musiktherapeutin, ausschließlich im Suchtkrankenbereich und bekommt die PatientInnen zugewiesen.

Zitat: „(...)hier arbeite ich seit Dezember letztes Jahr, also fast ein Jahr und seitdem arbeite ich mit Suchtpatienten, also drogenabhängige Patienten. Die Gruppe habe ich so übernommen von meiner Vorgängerin, (...)ich habe sie nicht selber ausgesucht, sondern einfach automatisch so bekommen.“ (ExpertIn B.)

**c) ExpertIn C.’s** Erfahrungen mit Suchtkranken resultieren im wesentlichen aus ihren Erfahrungen im ambulanten Bereich mit anfänglichen Experimenten im musiktherapeutischen Bereich. Sie erfüllte also die Bedingung der aktuellen Tätigkeit im musiktherapeutischen Bereich nicht.

Zitat:„(...)also ich hatte damals nicht die Möglichkeit gehabt, das empirisch abzusichern. Nun wars auch so, ich war einer der ersten, die anfangen, im Suchtbereich zu arbeiten. Ich bin dann in die Psychiatrie gegangen und da hab ich mit Suchtpatienten nur peripher zu tun gehabt.“ (ExpertIn B.)

Die rezeptive Musiktherapie wird von der ExpertIn B. im Suchtkrankenbereich kategorisch als kontraindikativ abgelehnt. Ihr akuelles Konzept im Entgiftungsbereich beinhaltet jedoch keinen Musiktherapeuten, sondern einen „musikalischen Berater“, der ein „musikalisches Milieu“ zusammen mit dem Team herstellt.

Zitat: Interviewerin: „(...) braucht es dann noch einen Musiktherapeuten?“

ExpertIn C: „Es braucht auf jeden Fall ein Gegenüber.“

?: „Aber das könnte doch dann ein Sozialpädagoge auch sein, der ihnen (den Patienten) den Walkman dann abnimmt und ihnen klar macht, dass sie anders mit der Umwelt oder mit der Kommunikation umgehen.“

ExpertIn C. „Wenn er das kann, ja, wenn er die entsprechende Sensibilität hat, aufbringt., der Musiktherapeut hat ja nun diese.... In diesem Bereich der Milieuthérapie besteht die Rolle des Musiktherapeuten darin, dass er das ärztliche und pflegerische Personal sensibilisiert. Also bei den Dienstbesprechungen dabei zu sein und auch sie zu beraten, wie denn die Hörsituation auf der Station gestaltet werden kann. Ich bin auf diese Milieuthérapie gekommen...na, ist klar?, die Rolle des Musiktherapeuten. Also der musikalische Berater für das Team, das dieses Milieu herstellt.“

#### **4.3.2. Die Settingbedingungen**

Die Settingbedingungen unterschieden sich gravierend.

**a) ExpertIn A.** arbeitete in eigener Praxis, nicht im klinischen Bereich.

Zitat: „Ich hab natürlich nicht Leute, die so dekompensieren. Wenn ich in einer Klinik wäre: da müsste ich ganz anders konzeptieren.“ (ExpertIn A.)

**b) ExpertIn B.** arbeitet in einer Entgiftungsklinik unter restriktiven Einschränkungen. Eine Weigerung der KlientInnen, an Musiktherapie teilzunehmen, wird mit der Strafe des Behandlungsabbruches geahndet.

Zitat: Interviewerin:: „Sind die Patienten motiviert? Müssen sie kommen, oder sind sie von sich aus motiviert?“

ExpertIn B.: „Sie müssen kommen. Weil Musiktherapie zum Entzug hier (...) gehört.“

?: „Wo wird da aber der Erfolg gemessen? Wo ist der Erfolg? Dass sie nur teilnehmen?“

ExpertIn B.: „Ja, die Drogenentzugsstation hat eigene Regeln. Wenn jemand Therapie verweigert, dann kriegt er eine gelbe oder grüne Karte, ich weiß es nicht mehr so genau, aber es ist eine Strafe.“

?: „Wie viel Strafen gibt es denn?“

ExpertIn B.: „Es gibt drei oder zwei Schritte. Also erst mal, ich sag mal, grüne Karte. Zweite grüne Karte, das wird gelbe Karte, und zweite gelbe Karte, das wird rote Karte. Und wenn jemand eine rote Karte bekommen hat, muss er gehen.“

?: „Wird er entlassen?“

ExpertIn B.: „Ja.“

?: „Also, wenn jemand Musiktherapie verweigern würde...“

ExpertIn B.: „...ohne Grund! Es gibt manche Patienten, denen es wirklich schlecht geht, also Schmerzen oder ...ja... schlechter Zustand, sowohl psychisch als auch körperlich. Wenn man wirklich einen Grund nennen kann, wird er befreit, von der Therapie. Von der Musiktherapie und von der Sporttherapie. Ich glaube, sie haben nur zwei Therapien.“

**Die MusiktherapeutIn wird kontrolliert: Sie darf keine Beziehungsaufnahme zum KlientenInnen initiieren.**

Zitat: „Ja, am Anfang, als ich angefangen habe zu arbeiten, hat ein Patient mich gefragt, woher ich komme (...)Und ja, dann ging das ein bisschen weiter ob ich verheiratet bin (...) und so. Und da war eine Schwesternschülerin dabei, in der Gruppe, und ich hab da gar nicht gemerkt, dass es so intim war, also ich hab gar nicht wahrgenommen, dass war für mich eigentlich eine einfache Frage- aber diese Schwesternschülerin hat auf der Station weitergegeben, dass ein Patient so eine intime Frage gestellt hat. Und dann war die Station aufgeregt, warum ich solche Fragen beantwortet habe, oder warum ich dem Patienten erlaubt habe, solche Fragen zu stellen. (Lachen) Solche intime Fragen.“(ExpertIn B.)

**Die Musiktherapeutin hat sich aufgrund der widrigen Verhältnisse entschieden, subversiv zu arbeiten, indem sie sich als Ersatz für den fehlenden Gesprächstherapeuten den PatientInnen zur Verfügung stellt.**

Zitat: Interviewerin: „Und sie haben das Gefühl, dass die Musiktherapie da den Patienten etwas geben kann, etwas wichtiges für sich? Etwas, was andere Therapien vielleicht weniger geben könnten, oder was die Musik etwas besonderes geben kann?“

ExpertIn B.: „Also nicht nur Musik, auch Gespräch finden sie besonders wichtig, ich finde es auch wichtig, weil sie oft das Gefühl haben, sie werden nicht ernst genommen auf der Station, sie haben kein Gespräch, sie haben keinen Psychologen.“

?: „Keinen Psychologen?“

ExpertIn B.: „Nein, einen Sozialpädagogen, aber keinen Psychologen. Ich habe immer das Gefühl, sie sind bedürftig, zu sprechen.“

?: „D.h., sie erfüllen eigentlich eine Funktion, die jemand anderes...“

In diesem Setting fühlen sich weder die PatientInnen noch die Musiktherapeutin von der Station mit Verständnis behandelt. In der Musiktherapie finden sich Gelegenheiten, sich zu verbünden.

Zitat: ExpertIn B.: „ Ja, die Patienten bringen oft auch das Problem von der Station zur Musiktherapie. (...)Einen Konflikt mit Mitarbeitern von der Station z.B., dann sagen die Patienten oft, dass sie das Gefühl haben, sie werden nicht als Menschen behandelt. Oder dass sie nicht ernst genommen werden von der Station. Aber sie sagen nichts auf der Station, den Mitarbeitern gegenüber (...) sie schlucken es hinunter, aber das ist zu spüren, wenn die Patienten zur Musiktherapie kommen. Sie sprechen es sofort aus, wenn ich frage, oder sobald ich frage, wie läuft es auf der Station, dann sagen sie oft: Na ja, passt schon. Und dahinter steckt was, immer (Lachen). Und deswegen frage ich immer bei den Patienten, was ist jetzt und so. Also, ob sie mit den Mitarbeitern und Pflegern klarkommen, ob Probleme auf der Station auftauchen.“

Interviewerin: „Das tragen sie auch wieder zurück in das Team.“

ExpertIn B. : „Ja.“

?: „Und wie reagiert das Team?“

ExpertIn B.: „Nix besonderes. Ach, das ist nur mal...und...(..) Also ich hab auch manchmal das Gefühl, ich werde auch nicht ernst genommen. Musiktherapie oder.. Musik.. ich weiß nicht.. als Musiklehrerin oder, ich weiß nicht, so...wie sie mich nennen.“

**c) ExpertIn C.** arbeitet aktuell in keinem Setting. Der angestrebte Arbeitsplatz wäre eine Entgiftungsstation, auf der die qualifizierte Entgiftung durchgeführt wird. Dieses Konzept erfüllt die neuesten Standards der Krankenkassen und

bedeutet, dass alle PatientInnen nur zwei Wochen entgiften können und dabei Therapieangebote kennenlernen sollen. Eine Aufnahme dieser Angebote oder die Aufdeckung einer Mehrfachdiagnose führen zu einer längerfristigen Behandlung.

**d) ExpertIn D.** arbeitet im Team mit dem gemeinsamen Prinzip zusammen, dass auf dieser Stufe der Behandlung keine Therapie im eigentlichem Sinne stattfindet, da sich die Persönlichkeit der PatientInnen durch die Droge oder das substituierende Mittel nicht in einem stabilem Zustand befindet.

Zitat: „Im Prinzip kann man erst richtig...was heißt, richtig, kann man erst mit therapeutischen Maßnahmen einsetzen, wenn das substituierende Mittel raus ist, nämlich Methadon z.B. ist ja auch ne Droge. Das heißt, die macht einen Schleier und die Abwehr ist nicht stabil. Solange da noch etwas Substituierendes drin ist. Da bin ich ganz vorsichtig.“(ExpertIn D.)

#### **4.3.3. Die Aussagen der InterviewpartnerInnen zur Diagnoseerstellung**

**a) ExpertIn A.** eröffnete nach den ersten Berufserfahrungen im Projekt mit drogenabhängigen Jugendlichen eine eigene Praxis. Ihre KlientInnen haben nicht ausschließlich und nur vereinzelt ein Suchtproblem.

Zitat: „Und das sind ganz unterschiedliche Abhängige. Und die kommen auch meistens nicht wegen der Abhängigkeit, also wenn da jemand Medikamente nimmt oder sich hochputscht oder so was, die haben ja eine Störung dahinter, das sind manchmal Borderline-Leute oder Frühgestörte, da gehe ich manchmal gar nicht zunächst auf die Abhängigen-Problematik ein. Auch bei der Bulimie, das kommt so dann mit raus, ja, rücken sie dann damit raus, dass sie doch auch noch ein Mords-Problem haben, aber das wird erst mal verschweigen.. Manche kommen auch erst mal nur deswegen – also, das ist unterschiedlich.“ (ExpertIn A.)

Die Diagnose erstellt die ExpertIn A. nach dem von Dr. Isabella Frohne-Hagemann und Heino Pleß-Adamcyk entwickelten Modell<sup>146</sup>, welches auf operationalisierte psychodynamische Diagnostik und dem vier-Säulen-Modell von Petzold (Zitat: “Vier Säulen der Integrität: das sind die Leiblichkeit, das soziale Netz, die Arbeit und Leistung, die materiellen Sicherheiten und die Werte“ Zitat

---

<sup>146</sup> Frohne-Hagemann / Pless Adamcyk 2004

ExpertIn A.) fußt. In diesem Modell spielt der familiäre und kulturelle Hintergrund eine grosse Rolle.

Zitat: Interviewerin: „Wie diagnostizieren Sie dann? Haben Sie einen Fragekatalog? Oder lassen Sie erst mal spielen und dann....“

ExpertIn A.: „Nö, ich lass erst mal spielen und...das sind ja immer 5 Probestunden, die brauch ich für die Anamnese erst mal. (...)Ich frage z.B. seit Jahren jetzt sehr intensiv danach, ob die Eltern im Krieg gewesen sind, ob sie damals Kinder waren und inwieweit die traumatisiert sind.(...) Es ist das Transgenerationstrauma. Wo dann Alkohol getrunken wird.....Die Leute haben nichts verbrochen, es sind die Eltern gewesen, die alles totgeschwiegen haben.“

Das diagnostische Modell ist auf die Behandlung Jugendlicher und Kinder ausgerichtet. Die Diagnose wird durch Abgleichung aller fünf Achsen der OPD (Operationalisierten Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) gestellt. Die Zuordnung unter den Klassifikationen der ICD 10 wird mit der Diagnose der „psychischen Struktur“ (Zitat ExpertIn A.) der PatientInnen kombiniert. Die Definition dieser Struktur ist allerdings ohne Kenntnis des integrativen Konzeptes inklusive des vier-Säulen-Modells und der Gestalttherapie unverständlich.

Zitat: „Und, also, wenn man die psychische Struktur... wie ist die entwickelt? Wie ist sie entwickelt: Nicht integriert, desintegriert oder gut integriert? Davon hängt ja auch ab, wie ich dann bewerte, welche Konflikte, oder wie ein Patient mit seinen Konflikten umgeht? Wenn er z.B. sehr desintegriert ist, dann kann er seine Konflikte auch nicht bewältigen. Dann hat das überhaupt keinen Sinn an einem Konflikt zu arbeiten. Dann muss man ihn erst mal so stützen und fördern.“(ExpertIn A.)

Die Beziehungsstruktur der Patienten wird nach den Kontaktmodi von Karin Schuhmacher (erweitert von Dr. Isabella Frohne-Hagemann) prozessual diagnostiziert. Das Behandlungsziel richtet sich nach dem jeweiligen Entwicklungsstand der KlientInnen. Bei drogenabhängigen Patienten geht die ExpertIn A davon aus, dass die ersten Beziehungsmodi zu erwarten sind.

Zitat: „Z.B. mein Patient funktionalisiert mich immer, das machen ja Abhängige ja oft. Weil die gar nicht beziehungsfähig sind, oftmals, also, die kommen zu dem Modus 3 vielleicht, ja? Aber hauptsächlich zu dem Modus 2. Sie müssen den Therapeuten funktionalisieren, für ihre eigenen

Bedürfnisse, und das ist auch ein wichtiger Schritt. Also, wenn man da stehen bleibt, das ist natürlich nicht gut. Aber in der Entwicklung ist es ein wichtiger Schritt.“ (ExpertIn A.)

**b) Die ExpertIn B** erläuterte im telefonischen (nicht aufgezeichneten) Nachgespräch, dass die Informationen durch das Team selten mehr als die aktuelle Befindlichkeit der PatientInnen oder Unvereinbarkeiten in der Gruppe beinhalten. Innerhalb einer Stunde würden zwanzig PatientInnen dem nachfolgenden Team übergeben. Falls eine Doppeldiagnose erstellt würde, kämen die PatientInnen sofort auf andere Stationen. Diese bieten keine Musiktherapie an.

**c). Die ExpertIn C** beschrieb die PatientInnen der qualitativen Entgiftungsstation als relativ reife Persönlichkeitsstruktur.

Zitat: Interviewerin: “Das ist ja eher ein pädagogisches Konzept: welches Spiel meinten Sie, wäre auslösend für das Suchtverhalten, oder wäre begründend dem Suchtverhalten?“

ExpertIn C.: “Das Spiel, dass der Patient die Eltern letztlich immer wieder dahin bringen konnte, dass sie ihn verwöhnt haben, dass sie ihn seinen Willen gelassen haben, letztlich dann, dass er seine Entwicklung, den nächsten Entwicklungsschritt nicht zu machen brauchte.“

**d) Die ExpertIn D.** ist auf einer Entgiftungsstation und in einer Privatklinik für Neurosen und Essstörungen tätig. Die Verteilung der PatientInnen wird durch das Team gemeinsam vorgenommen, dessen Zusammenarbeit sie als sehr gut bezeichnet. Es gibt jedoch keine spezifische Indikation für Musiktherapie, sondern es herrscht das Modell „Gießkannenprinzip“<sup>147</sup> vor d.h., alle Patienten sind im Prinzip mit allen Therapien behandelbar. Die Verteilung der PatientInnen erfolgt im Team, wobei Kapazitäten, Zeitressourcen und aus Erfahrung gewachsene Kompetenzen die Verteilung bestimmen. Zur ExpertIn D. werden meist Frauen geschickt, da sie in der Behandlung über langjährige Erfahrung verfügt und auf einer zweiten Arbeitsstelle in einer Klinik für Neurosen und Essgestörte arbeitet.

Zitat: „Wir haben einmal in der Woche eine Teamsitzung und da geht es darum, dass jeder Patient in irgendeiner Form eine Einzeltherapie bekommt: Also, entweder beim Psychologen, bei mir oder

---

<sup>147</sup> Tüpker 1997: 159

beim Heileurythmisten. Und das verteilen wir nach dem Motto. Wer hat mit wem welche Erfahrungen gemacht, wo ist der Zugang am ehesten möglich? Bei mir kommt es häufig vor, dass ich die schwerst Traumatisierten bekomme, insbesondere die Frauen, bei denen sexueller Missbrauch vorliegt.“(ExpertIn D.)

Interviewerin: „Wie kommt man darauf, diese Frauen zu Ihnen zu schicken?“

ExpertIn D.: „Weil sie gegenüber Männern oft erst mal noch ein Feindbild aufgebaut haben, es sind auch oft Prostituierte und wir vermuten ein Trauma, und ich arbeite erst einmal kaum aufdeckend, sondern: wenn irgendetwas kommt, was ganz, ganz bedrohlich ist, dann habe ich, wie soll ich das sagen, die Rolle einer Bewahrerin, oder ich sage denen, das ist jetzt etwas ganz Wichtiges, da können wir im Moment noch nicht dran: nehmen Sie es mit in die Langzeittherapie und packen sie es da wieder aus.“

Auf die Frage der Diagnose reagierte die ExpertIn D. sehr überrascht, da diese anscheinend in ihrem Setting nicht üblich ist.

Zitat: Interviewerin: „Und wie ist es bei der Diagnose, die sie bekommen: Haben sie da ein Mitspracherecht, oder bekommen sie die Diagnose gestellt und die Patienten dann geschickt, oder haben sie einen Einfluss auf die Auswahl?“

ExpertIn D.: „Was meinen Sie mit Diagnose?“

Interviewerin: „Dass sie z.B. sagen, ja, Patienten mit den und den Persönlichkeitsmerkmalen, die eingeliefert, dann hätten sie die und die Diagnose, dass sie gut für Musiktherapie geeignet wären.“

ExpertIn D.: „Nein, niemals, nein.“

?: „Weil?“

ExpertIn D.: „Weil – ich will das einfach mal sagen, weil man das über einen Kamm gar nicht scheren kann. Und überhaupt bei Drogenpatienten, da weiß man überhaupt nicht, was war vorher, die Henne oder das Ei. Was hat die Droge unter Umständen schon gemacht, das kann ein ganz schweres Trauma sein, eine Depression sein, es kann sein, dass man einer Psychose entgegen wirken wollte, und z.T. kriegen wir das auch gar nicht raus. Wir können dann in der Zeit etwas vermuten, aber die Zeit der Behandlung ist dafür einfach zu kurz und insbesondere die Clean-Zeit ist zu kurz.“

Auf dieser Station wird explizit nicht diagnostiziert, da die Zeitspanne des Aufenthaltes dafür zu kurz ist. Die Auswahl der PatientInnen treffen die TherapeutInnen nach freien Kapazitäten und Kompetenzen. Im Prinzip bekommen alle Patienten alle Therapien. Die Kompetenz der ExpertIn B liegt in

der Behandlung von traumatisierten Frauen. Die Patienten erhalten ein Vorgespräch, nach dem sich eine Teilnahme entscheidet:

Zitat: „Ich führe mit jedem Patienten ein Vorgespräch, und es kommt in den seltensten Fällen vor, dass ich sagen muss, das geht mit meinem Setting nicht, dass der in irgendeiner Form da Platz haben darf. Kommt vielleicht in zwei bis dreimal im Jahr vor. Aber sonst nehmen sie alle aller Regel nach teil.“ (ExpertIn D.)

#### **4.3.4. Die Aussagen der Interviews zur Indikation**

a) Musik wird von **ExpertIn A** in verschiedene Funktionen eingeteilt, die hierarchisch den Modi (siehe oben) zugeordnet sind. Für Suchtkranke, die sich meist im Modus 0 bis 3 befinden, kommt daher die Funktion der Musik als „basale Stimulation“, die „resonanzgebende Zeugenfunktion“, und v.a. die „Haltefunktion“ durch musikalische Rituale eine Bedeutung zu.

Zitat: „Also, als Intervention, vom Therapeuten her gesehen, Kinder und Erwachsene im Modus 0, d.h., sie brauchen eine musikalische Struktur, Etwas gleichbleibendes, wo man Vertrauen entwickeln kann, Ostinato oder so etwas.(...)Wenn ich weiß, der hat eine Störung im eigenleiblichen Empfinden, da kann ich erst mal in der Musiktherapie erst mal eine Musik anbieten, um eine basale Stimulation anzubieten, eine bestimmte Klangerfahrungen machen.“ (ExpertIn A.)

Die Frage, weshalb ausgerechnet Musiktherapie als Behandlung (vorrangig vor anderen oder ergänzend) für Suchtkranke indiziert ist, wird von ihr folgendermassen beantwortet: die Musik ist für Suchtkranke, die sich (wie Patienten mit anderen Störungsbildern auch) im Modus 0 bis 3 befinden, besonders in ihrer Halte- und Zeugenfunktion geeignet.

Die ExpertIn A formuliert allgemein keine Kontraindikationen hinsichtlich der musiktherapeutischen Behandlung. Sie geht von einem freiwilligen Arbeitsbündnis mit den PatientInnen aus und verwendet Musik nur, wenn die PatientInnen es möchten. Angst vor Instrumenten wäre für sie ein Anlass, lieber andere Therapiemethoden anzuwenden. Die ExpertIn A arbeitet sowohl aktiv (gemeinsame Improvisation mit den KlientInnen) als auch rezeptiv.

Zitat: Interviewerin: „Haben Sie einmal einen Patienten gehabt, bei dem Sie einmal gesagt haben: für den ist Musiktherapie nicht geeignet? Das, was eigentlich an Kontraindikation denken lässt...“

ExpertIn A: „Also, ich bin ja nun sozusagen hauptberuflich Psychotherapeutin, integrative Therapeutin und ich benutze verschiedene Methoden. Und eine Methode ist Musiktherapie. Die benutze ich, sooft es geht. Das ist also die Hauptmethode, die ich verwende, aber auch Gesprächstechniken. Oder ich hab auch einen Sandkasten, und ich hab mal...Bewegung, Leibarbeit, alles mögliche, GIM. Ich hab auch viele Patienten, die Angst vor Instrumenten...ich (kann sie) langsam da heranzuführen. Es gibt auch welche, die sagen, nein, das möchte ich nicht.“

Die ExpertIn A arbeitet nach der integrativen gestalttherapeutischen Methode. Musik wird dort als ein Mittel unter oder neben vielem anderen genutzt. Sie wird als ein geeignetes Mittel für Abhängige geschildert, welches eingesetzt wird, um in einem bestimmten Modus eine Weiterentwicklung zu erreichen.

**b) Im Setting der ExpertIn B. existieren keine eindeutigen Indikationen für Musiktherapie seitens der Station.**

Zitat: Interviewerin: „Kennen sie die Gründe, weshalb die Patienten zur Musiktherapie geschickt werden?“

ExpertIn B.: „Also ich denke dass die Station bestimmt meint, dass eine Freizeitgestaltung einerseits und auf der anderen Seite vielleicht die Musiktherapie etwas bringen kann.“

?: „Ja, aber es wird ihnen nicht explizit gesagt, was es bringen soll, was man erwartet?“

ExpertIn B.: „Sie erwarten, dass die Patienten Spaß haben oder sich ein bisschen ablenken können von dem Stationsalltag, von den Entzugsbeschwerden, aber ich habe so verstanden, dadurch, dass ich bei der Teambesprechung bin, dass sie nicht erwarten, dass in der Musiktherapie ein bisschen tiefer geht, z.B. Lebensgeschichte oder warum sie Drogen nehmen oder warum sie angefangen haben, Drogen zu nehmen; ich hab manchmal das Gefühl, sie interessieren sich nicht dafür.“

**c) ExpertIn C.**

Musikkonsum – besonders das Walkman-Hören- benennt die ExpertIn C als generell kontraindiziert, für das Setting der Entgiftungskliniken soll es nicht erlaubt werden.

Zitat: Interviewerin: „Also wenn ich jetzt mal ganz ketzerisch sagen würde: Sie behandeln ja die Musik wie das Gift selber!“

ExpertIn C.: „Ja, das ist genau richtig. Also, die Patienten müssen alle Drogen abgeben, alles abgeben, sie müssen alle Drogen abgeben, genauso, und sie müssen eben auch ihren Walkman und ihr Abspielgerät abgeben, weil: das ist eine Droge.“

Musik kann jedoch in aktiver Weise auch heilend wirken und damit indiziert sein. Als Ersatz für den Walkman u.ä. soll der qualitativen Entgiftungsstation (Team und PatientInnen gemeinsam) aktives Musikhören bis zu viermal in der Woche verordnet werden, welches unter der Leitung des Musiktherapeuten in der Rolle als „musikalischer Berater“ stattfindet.

In anderen Behandlungssettings (ambulant oder in der Langzeittherapie) soll das aus den Erfahrungen der Primärtherapie entwickelte Konzept der kontrollierten Regression der PatientInnen zur Geltung kommen, welche die MusiktherapeutIn mittels gemeinsamer Improvisation erreicht.

#### **d) ExpertIn D.**

Ausschlusskriterien bzw. Kontraindikationen stellen für ExpertIn D (laut telefonischer Nachfrage) gruppenunfähiges Verhalten dar (z.B.: Eine PatientIn ist bekannt dafür, dass sie immer wieder den Gruppenprozess stört).

Die nonverbale Ausdrucksmöglichkeit von Musiktherapie stellt für ExpertIn D. eine Indikation dar, die allerdings nicht spezifisch für Suchtkranke gilt.

Zitat : „Kann man sagen, dass Musiktherapie für Suchtkranke etwas Besonderes ist, jetzt mal differenziert zwischen den beiden Kliniken?“ (Interviewerin)

ExpertIn D.: „Finde ich schwierig, das zu beantworten. Was ist etwas Besonderes?“

?: „Eine besondere Behandlungsformen, die nicht durch andere Behandlungsformen genau so gut...“

ExpertIn D.: „...das ist Musiktherapie immer.“

?: „Vielleicht nicht genauso gut, aber genau so geeignet wäre...oder anders gefragt: wenn ich jetzt eine Klinik wäre, wozu brauche ich dann Musiktherapie? Was ist das spezielle für Suchtkranke, wenn Sie sich bewerben würden und das wäre noch nicht eingerichtet?“

ExpertIn D: „Dann würde ich genau, das sagen, was ich in jeder Klinik auch sagen würde: Dass es darum geht, einen anderen Ausdruck zu finden für Leiden beispielsweise, was durch Sprache nicht möglich ist. Spielen sie doch das einmal, was ihnen gerade in die Finger kommt.“

?: „Und Sie meinen, dass Suchtpatienten darauf ansprechen?“

ExpertIn D: „Ja.“

Die Ansprechbarkeit der PatientInnen liegt nach den Aussagen der ExpertIn D darin, dass Musik für Drogenabhängige in der Regel ein sehr grosse Rolle spielt. Die spezifische Indikation liegt in der therapeutischen Bearbeitung von Suchtdruck auslösender Musik.

Zitat: „Ich nehme sie mit rein. Musik, die Suchtdruck auslöst, ist herzlich willkommen, (...)um sich dann dagegen wehren zu dürfen.“ (ExpertIn D.)

?: „Und Sie nutzen das, weil Sie meinen, dass die Patienten, wenn sie wieder entlassen werden, wieder mit Bob Marley konfrontiert werden.“

ExpertIn D.: „Zum Beispiel. Nämlich, die beiden CD-Player sind ja zerstört worden, weil da Musik lief, die sie nicht aushalten konnten, nämlich, da sind die CDs aus dem Fenster geflogen und die Player sind hinterher mit einer Gabel kaputt gemacht worden. Die haben das nicht mehr ausgehalten und wussten kein anderes Mittel zu wählen als die Zerstörung. Und dann haben wir z.B. in dieser Stunde darüber gesprochen: was können Sie machen, wenn sie's nicht vermeiden können.“

?: „Und was sagten die Patienten dann?“

ExpertIn D.: „Dass sie in der Anfangszeit nach der Entgiftung bestimmte Musik erst einmal meiden.“

Dazu muss einschränkend gesagt werden, dass ExpertIn D v.a. drogensüchtige Frauen (meist Prostituierte) behandelt. Dieser genderspezifische Faktor kann jedoch hinsichtlich der Interpretation nicht einschränkend geltend gemacht werden, da der Suchtdruck als Problem Männer wie Frauen gleichermaßen betrifft. Aus der Argumentation und Darstellung von ExpertIn D erscheint die spezifische Indikation von Musiktherapie als notwendige Bearbeitung

suchtdruckauslösenden Musikkonsums als einsichtig und in diesem Setting praktikabel.

#### 4.3.4. Der theoretische Hintergrund der einzelnen InterviewpartnerInnen

a) Die **ExpertIn A** ist in erster Linie Psychotherapeutin. Ihr theoretisches Konzept fußt auf der Methode der Integrativen Therapie (Begründer war 1988 Hilarion Petzold)<sup>148</sup>. Diese Methode wird als „tiefenpsychologisch und psychodynamisch ausgerichtete(s) Verfahren mit phänomenologischem und tiefenpsychologischem Ansatz“<sup>149</sup> bezeichnet.

Auf die Frage nach einer Einordnung bestimmter Krankheitsphänomene (am Beispiel der Begriffsverwendung „Konflikt“) wird die unterschiedliche Sprache von Interviewerin und Interviewpartnerin deutlich. Die psychoanalytische Sichtweise ist Bestandteil ihres Konzeptes, die Verbindung bleibt jedoch unklar, da erst eine Einigung auf Begrifflichkeiten stattfinden müsste.

Zitat: „Sie können das ja so nennen. Diese Terminologie benutze ich so normalerweise nicht. Ich bin da auch offen für: Wir haben in der Integrativen Psychologie das auch alles drin, aber nur nach Ferenczi. Also die mutuelle Analyse und so. Und Fritz Perls war ja Analytiker, ursprünglich – das ist nicht weg! Es ist nur so: das ist eine Sichtweise, und so kann man es definieren, man kann es auch anders betrachten. Man hat da eine ziemlich Auswahl. Die Phasen. Die sind ja wieder anders, mit Autonomie und so. Das sind so Facetten wieder, nicht? Man muss sich dann einfach mal einigen, was gemeint ist. Das machen die OPD-Leute auch. Die haben da geschrieben: Wir nehmen die Terminologie, aber wir wollen das nicht so eng sehen, wie.... Aber manche Dinge, da muss man sich wirklich einig sein, wie man das jetzt benutzt. Was z.B. ein Konflikt ist und die zeitliche überdauernde Konflikt- das zu benutzen, das finde ich sehr sinnvoll. Sie können das ja so formulieren.“(ExpertIn A)

b) Die **ExpertIn B** hat nach ihren eigenen Aussagen ihren eigenen theoretischen Bezug im Studium nicht gefunden, die Ausbildung war morphologisch ausgerichtet. Ihre Arbeitsweise richtet sich nach den Erfahrungen aus der Praxis.

---

<sup>148</sup> Frohne-Hagemann 1996: 150

<sup>149</sup> ebenda

Psychologische Modelle sind der ExpertIn B aus dem Studium zwar geläufig, werden jedoch nicht in der täglichen Arbeit verwendet.

Zitat: „Sie entwickeln aus dem Moment heraus?“ (Interviewerin)

ExpertIn B.: „Ja.“

?: „Von Erfahrung zu Erfahrung.“

ExpertIn B.: „Genau, so kann ich`s sagen. Ich weiß nicht, ob ich`s sagen darf: weil ich in meinem Studium nicht so eine Richtung gefunden habe.“

?: „Welche Richtung würden Sie sich denn zuordnen?“

ExpertIn B.: „Also, das war eine morphologische Richtung im Studium (...), aber ja, morphologisch, oder ein bisschen psychoanalytisch orientierte Musiktherapie. (...)Ich stelle auch oft die Frage, warum sie (die Patienten, Anm.) angefangen haben, Drogen zu nehmen. Dann kommt meistens eine oberflächliche Antwort, ja ...reines Interesse, und so und mehr nicht.“

?: „Und Sie können dann auch leider nicht mehr in die Tiefe gehen....Diese Deutungsansätze helfen Ihnen dann auch nicht.“

ExpertIn B.: „Nein.“

### c) Der Theoriebezug der **ExpertIn C** fusst auf Erfahrungen der Primärtherapie.

Zitat: „Als ich in der therapeutischen Lehre war, also in der Ausbildung, da habe ich eine Zeitlang mit einer primärtherapeutischen (unverständlich, Anm.)... zusammengearbeitet und zwar in einer ambulanten Einrichtung und da haben wir Therapien gehabt, die gingen über 4 Stunden, also über 4 Zeitstunden, und die Patienten haben – in der Primärtherapie wird dieser Zustand direkt und gezielt angestoßen- also Hyperventilieren ist z.B. eine Methode. Oder Schreien- erstmal ohne Grund, und irgendwann kommt dann das Gefühl dazu. Also Schreien um des Schreiens willen und dann in seinen Ausnahmezustand...Und beides habe ich erlebt, und ich bin dankbar, dass ich das erlebt habe, weil ich weiß, dass die Musikerfahrung ein organischer Prozeß ist, um in einen solchen Ausnahmezustand hinein zu kommen, der dann angezeigt ist- das entscheidet der Patient selber und das ist mein Zugang.“ (ExpertIn C.)

**d) Die ExpertIn D.** arbeitet morphologisch und betont die Individualität jeder Therapie-Situation, die keine generalisierenden Aussagen zuläßt. Ihr Therapiestil ist von vorsichtigem Experimentieren geprägt. Sie orientiert sich dabei an dem Konzept von Helmut Kuntz.

Zitat: „Es gibt ein Buch, da weiß ich nicht mehr, wer der Autor ist, der hat geschrieben: der rote Faden in der Sucht. Der plädiert für einen sehr unorthodoxen Therapiestil: d.h., man kann ganz viel ausprobieren, und letztendlich findet jeder sein eigenes Konzept. Ganz grundsätzlich möchte ich eigentlich gar nichts ableiten: es sind nur meine Erfahrungen. Und dieser unorthodoxe Therapiestil, als ich das gelesen habe: Das hat mir unglaublich gut getan. (...) Weil ich ausprobiere. D.h., ich experimentiere immer unglaublich, aber immer im ganz, ganz vorsichtigen Bereich.“ (ExpertIn D.)

#### **4.4. Die Schlussfolgerung**

Eine Diagnose ist die Bedingung für die Indikationserstellung. Da nur zwei von vier InterviewpartnerInnen Aussagen zur Diagnose lieferten (ExpertIn A und ExpertIn C), und eine davon nach den vorher festgelegten Kriterien der aktuellen Tätigkeit nicht zur Verfügung stand (ExpertIn C), fehlten für ExpertIn A VergleichspartnerInnen.

#### **4.5. Versuchter Einsatz einer anderen Erhebungsinstrumentes**

Der Datenkorb liess das Instrumentarium des Experteninterviews als möglicherweise ungeeignet erscheinen. Es wurde an dieser Stelle über eine Umorientierung in Richtung „Multiple-Choice“-Verfahren nachgedacht, welche die gleiche Fragestellung mit einer Änderung des Erhebungsinstrumentes beinhalten sollte. Während der Ausarbeitung zeigte sich jedoch, dass sehr viel Platz für eigene Ausformulierung der AdressatInnen gelassen werden musste (z.B.: Welche Definition von „Süchten“ liegt Ihrer Diagnostizierung zugrunde?). Ein Vergleich mit den Fragebogen Gouziotis und Fries bestätigte die Annahme, gerade diese Leerstellen würden in einem „Multiple-Choice“ Verfahren nicht ausgefüllt, was einen großen, unsicheren Interpretationsspielraum in Bezug auf die angekreuzten Fragen lässt (z.B.: „Gibt es Kontraindikationen bezüglich einer musiktherapeutischen Behandlung von Suchtpatienten?“ – angekreuzte Antwort: „Ja“. Keine Angabe auf die Frage: „Welche?“)<sup>150</sup>. Aus diesen Gründen wurde diese Möglichkeit wieder verworfen.

---

<sup>150</sup> Gouziotis / Fries 2002: Anhang Fragebogen: 6

#### **4.6. Die Entscheidung**

Die Erfahrungen der ersten Forschungsphase veranlasste die Interviewerin, den Schwerpunkt der Fragen vom theoretischen Hintergrund auf das Praxiswissen zu verlagern, um Kenntnis darüber zu erlangen, inwiefern sich die musiktherapeutische Arbeit im Suchtkrankenbereich von derjenigen in anderen Krankheitsbereichen unterschied. Dies konnte zumindest Rückschlüsse darauf erlauben, welches musiktherapeutische Konzept für Suchtkranke geeignet sein könnte, wenn es keine direkten Aussagen zur Frage der Diagnosen, Indikation und deren theoretischer Begründung gäbe.

Hier war zuerst zu klären, inwieweit der eingangs formulierte ExpertInnenbegriff auf die MusiktherapeutInnen passte, die sich zu einem Interview bereit erklärten. Das Forschungsinteresse wandelte sich entsprechend dem vorgefundenen Material in Richtung einer Infragestellung der ursprünglichen Annahme, es gäbe vorformulierte Indikationen (oder Kontraindikationen) im Suchtkrankenbereich, welche sich durch einfachen Vergleich bestätigen oder falsifizieren ließen. Nun stand die Annahme im Vordergrund, die Erfahrung einer Suche nach InterviewpartnerInnen innerhalb einer relativ kleinen Berufsszene von Musiktherapeutinnen im Suchtbereich könnte die These rechtfertigen, dass die Fragestellung nach Indikation in der Berufsrealität im aktuell vorgefundenen Stand dieses klinischen Settings nur teilweise beantwortet werden kann.

Der methodisch-rationale und sozial-repräsentative Ansatz ist in den genannten Kriterien in der Form enthalten, dass auch diese Zuschreibung der ExpertInnenrolle subjektiv erfolgte und damit in Relation zum Forschungsinteresse stand, sowie die Empfehlungen für einen gewissen Wirkungsgrad beziehungsweise Vorbildcharakter sprachen. Wie weit die Bedeutung der empfohlenen Interviewpartnerinnen innerhalb des sozialen Gefüges der musiktherapeutischen Gemeinschaft reichte, blieb spekulativ.

Meuser und Nagel halten nicht die hierarchisch höherstehende Stufe für bedeutsam, sondern die Menge an Wissen<sup>151</sup> ExpertIn ist dabei als ein relativer Begriff, d.h. immer im Hinblick auf das Forschungsinteresse zu betrachten. Diese Menge an Wissen konnte erst nach erfolgtem Interview und dem folgenden Vergleich bestätigt werden.

Diese Entscheidung bedingte eine thematische Fokussierung auf den Fragebereich der musiktherapeutischen Praxis. Den InterviewpartnernInnen wurden diesselben Fragen zur Einarbeitung auf dem gleichen technischen Weg zugesandt, um Rückfragen und eine Vorbereitung zu ermöglichen. Da bereits in den ersten Interviews flexibel auf die Gedankenführung der jeweiligen InterviewpartnerInnen eingegangen wurde, ergaben sich keine Änderungen der Interviewführung. Die Problematik, sich dabei möglicherweise weit vom eigentlichen Thema zu entfernen, da weder der Wortlaut noch die Vollständigkeit der Fragen im Leitfaden eingehalten wurde, wurde bereits in den ersten Interviews gesehen und zugunsten der Entfaltungsmöglichkeiten der InterviewpartnerInnen entschieden.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen wurde in der Frage der theoretischen Begründung der Diagnoseerstellung (falls erfolgt) ein neuer Schwerpunkt auf die Erforschung des musiktherapeutischen Materials im Sinne der Fragestellung von Henk Smeijsters gelegt „ob der Patient in der Musik seinem Problem begegnet oder nicht.“<sup>152</sup> Möglicherweise diagnostizierten die angesprochenen ExpertInnen ihre PatientInnen anhand der ersten musikalischen Begegnung. Oder anders ausgedrückt: Inwiefern spiegelt sich die spezielle Suchtproblematik im Spiel der PatientInnen und wie diagnostizieren die InterviewpartnernInnen diese im Unterschied zu PatientInnen mit anderen Störungsbildern? Im letzteren Fall ist es natürlich wünschenswert, wenn die angesprochenen InterviewpartnernInnen hierbei eine grosse Erfahrungsbilanz vorweisen könnten. Es erscheint jedoch im Hinblick

---

<sup>151</sup> vgl. Meuser/Nagel a.a.O. : 73/74).

<sup>152</sup> Smeijsters 2004: 207).

auf die begrenzte Auswahl der möglichen InterviewpartnerInnen als gewagt, dieses als Ausschlusskriterium hinzu zu fügen.

Als Reaktion auf die ersten Erfahrungen mit den sich durch Praxiswissen auszeichnenden InterviewpartnerInnen erfolgte die erste Weichenstellung zugunsten der Entscheidung, die Beantwortung der Anzahl der Fragen den InterviewpartnerInnen frei zu stellen und sich gegebenenfalls auf das Praxiswissen zu konzentrieren. Dieses Verfahren konnte möglicherweise dazu beitragen, die Fragen nach den Erfahrungen im Arbeitsbereich, nach den musiktherapeutischen Konzepten, der Potentiale bzw. Merkmalen musiktherapeutischer Arbeit mit SuchtpatientInnen zu beantworten. Im Vergleich konnte die Menge des Wissens als ausschlaggebend für einen ExpertInnenstatus ausgewertet werden.

## **5. Die zweite Forschungsphase**

Es bestand weiterhin die Hoffnung, Interviewpartnerinnen zu finden, deren Indikationsformulierungen mit denen der ExpertIn A verglichen werden konnten. Um wissenschaftlichen Kriterien genügen zu können, musste jedoch mindestens noch eine weitere InterviewpartnerIn gefunden werden, die möglichst im ambulanten Setting arbeitete.

Die Auswertung der Adressenlisten ergab acht Musiktherapeutinnen, die im Bereich „Sucht“ arbeiteten, unter ihnen fünf ambulant. Vier MusiktherapeutInnen meldeten sich telefonisch oder per E-Mail zurück. Dieses Ergebnis reduzierte die Ausgangslage weiter, da die ambulant arbeitenden Musiktherapeutinnen nicht an einem Interview interessiert oder bereits in diesem Bereich nicht mehr tätig waren. Das bedeutete, unter den klinisch arbeitenden MusiktherapeutInnen nach VergleichspartnerInnen zu suchen, auf eine Nennung einer möglichen ambulant arbeitenden ExpertIn durch diese Kontakte oder auf sich ergebende Hinweise während der Forschungstätigkeit zu hoffen.

## 5.1. Die zeitliche Reihenfolge der Interviews

5.)	04.11.04	ExpertIn E.
6.)	12.11.04	ExpertIn F.
7.)	15.11.04	ExpertIn G.
8.)	17.11.04	ExpertIn H. 1. Teil
	22.11.04	ExpertIn H. 2. Teil

## 5.2. Die Übersicht

### 5) ExpertIn E.

1. Arbeitsstelle:	Entwöhnungsstation
Klinikkonzept:	kein bestimmtes, jede Abteilung hat ihr eigenes Konzept, anfangs analytisch, jetzt eher verhaltenstherapeutisch
Klinikauftrag / Therapieziel:	Motivation geben für weiterführende Therapien
Einführung:	ein Vorstellungsgespräch
Therapiedauer:	bis zu 4 Wochen
Indikationserstellung:	Vorauswahl im Team, letzte Indikation im Einzelgespräch
Setting:	Gruppen- und Einzeltherapie
Gruppenstärke:	7 PatientInnen
Gruppenstruktur:	geschlossen
Einzeltherapie:	selten, in Einzelfällen
Psychotrope Substanzen	Alkohol, Medikamente, Substitution, Beikonsum
PatientInnenalter	8 bis 65 (überwiegend 30-50)Jahre
2. Arbeitsstelle:	ambulant (Anlaufstelle für ehemalige PatientInnen)
Therapiedauer:	ein Jahr (kann 2 bis 3 Jahre dauern)
Setting:	Gruppentherapie
Gruppenstruktur:	offen
Gruppenstärke:	9 PatientInnen in 2 Gruppen
Psychotrope Substanzen:	Drogen, Alkohol und Medikamente
PatientInnenalter	8 bis 65 Jahre

## 6) ExpertIn F.

Arbeitsstellen	ambulant: 1976 bis Mitte der 80er Jahre in einer Selbsthilfeorganisation und Stadtteilwohngemeinschaft; Entzugsprogramme und -versuche des Drogensatzes durch „weiche“ Drogen, Sozialpsychiatrischer Dienst, Aufbau einer Drogenklinik
	seit 1981: freie Praxis
Setting:	Gruppen- und Einzeltherapie

## 7) ExpertIn G.

Arbeitsstelle:	Akut-Psychiatrie
Klinikkonzept:	Qualitative Entgiftung
Klinikauftrag:	„Machen Sie mal“
Therapieziel:	Motivation geben für eine spätere Therapie
Indikationserstellung:	Verordnung durch den behandelnden Arzt Eigene Erstanamnese, Diagnose Letztendliche Indikation gemeinsam mit den PatientInnen
Einführungsveranstaltung:	1-2 Einzelsitzungen
1. Setting:	geschlossene Station zuerst Gruppentherapie, jetzt Einzeltherapie Gruppentherapie: 3 Sitzungen pro Woche
Gruppenstärke:	nicht erfragt
Gruppenstruktur:	halbgeschlossen
Therapieziele	Entgiftung
Therapiedauer	2-4 Wochen (4-6 Sitzungen)
Psychotrope Substanzen:	polytoxikoman (Drogen, Alkohol, Tabletten)
2.Setting:	Entgiftungsstation, Tagesklinik
Einzeltherapie	4 Sitzungen pro Woche
Therapieziel:	Therapiemotivation
Therapiedauer:	2-4 Wochen (4-6 Sitzungen)
Indikationserstellung:	s.o.
Einführungsveranstaltung:	1-2 Einzelsitzungen
Psychotrope Substanzen:	polytoxikoman

PatientInnenalter 20 bis 30 Jahre

## 8) ExpertIn H.

Arbeitsstelle:	Rehabilitationseinrichtung
Gruppentherapie:	bis zu 3 Sitzungen pro Woche
Gruppenstärke:	8 bis 10 PatientInnen
Therapiedauer:	3-4 Monate
Indikationserstellung	Verteilung durch das Team
Einführungsveranstaltung:	2-3- Stunden, zweimal pro Woche
Psychotrope Substanzen:	überwiegend Alkohol, z.T. Mehrfachabhängige
PatientInnenalter	nicht erfragt

Die Gründe dafür, weitere mögliche ExpertInnen im Sinne der ursprünglichen Fragestellung zu suchen, sind nachvollziehbar, können aber mit Recht angezweifelt werden, da offensichtlich das sehr unübersichtliche Themengebiet noch größer wurde.

### 5.3. Die Auswertung der Interviews

Die Auswertung dieser Interviews wird rein formal nach den selben formalen Techniken wie in der ersten Forschungsphase vorgenommen. Danach wird entschieden, wie im Modell weiter zu verfahren wäre. Die Reihenfolge orientiert sich wiederum nach dem zeitlichen Ablauf.

#### 5.3.1. Die Aussagen der InterviewpartnerInnen zur Diagnoseerstellung

a) Die **ExpertIn E** arbeitet in der Entwöhnungsstation und in der Ambulanz. Ihre KlientInnen sind Alkohol- und Medikamentenabhängige. Der stationäre Aufenthalt beträgt bis zu vier Wochen und soll der Therapiemotivation dienen.

Die Vorentscheidung, welche PatientInnen Musiktherapie bekommen, geschieht im Team. Es gibt nur zwei ausschließende Indikationen: Kognitive Einschränkungen oder eine fehlende Introspektionsfähigkeit.

Die ExpertIn E führt ein Vorgespräch mit den PatientInnen, in denen sie biografische Hintergründe sowie die Therapie-Motivation erfragt. PatientInnen, von denen zu großer Widerstand ausgeht und die nicht eigenmotiviert sind, werden nicht angenommen.

Zitat: „Ich frag den biografischen Hintergrund ein bisschen ab. Ich frage die Problematik, den aktuellen Aufnahmearbeit, warum sie Therapie machen wollen. Ob sie weiterführende Therapie machen wollen. Im Zusammenhang damit natürlich auch selber auch Therapieziele haben. Also klopfe so ein bisschen ab, ob sie eigen- oder fremdmotiviert sind. Es ist oft, das sie fremdmotiviert sind. Da geht es noch darum, die Eigenmotivation zu fördern. Dann...das liegt dann immer am Patienten. Ich guck mir an, wie gehen die mit Problemen um. Sehr unsichere Persönlichkeiten. Eher vermeidende. Ja, das liegt dann am Patienten, wie ich weiterfrage. Da gehe ich dann schon individuell drauf ein. (...)Also, wenn ich merke, dass der Widerstand da zu groß ist, dann versuche ich es auch gar nicht erst. Das liegt an der Behandlungszeit. Den Widerstand kann man nicht bearbeiten in dieser Zeit.“ (ExpertIn E.)

?: „Wie ist das überhaupt? Müssen die Patienten zur Musiktherapie oder dürfen sie?“

ExpertIn E: „Das ist eine gute Frage. Behandlungs... Therapiebaustein.....Wenn ich merke, wenn der Widerstand zu groß ist, müssen sie nicht.“

Die PatientInnen werden vom Team auf ihre zugrunde liegende Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Der theoretische Hintergrund bildet dabei die Schnittstelle zwischen der Verhaltenstherapie und dem Ich-psychologischem Modell, indem meist eine Selbstmedikation als Ursache zugrunde gelegt wird.

Zitat: „Ja, die Sache ist die, dass wir meistens keine reinen Alkoholabhängigen haben, sondern meistens Doppeldiagnosen. Also das ist eine Borderline-Erkrankung, die sich praktisch über, die im Sinne von dem Selbstrettungsversuch, pathologisch Alkohol getrunken hat, dann über die Gewöhnung wirklich abhängig wurde. Aber der Ursprung ist dann eigentlich die Persönlichkeitsstörung.“ (ExpertIn E.)

?: „Gehen Sie grundsätzlich davon aus, dass das so ist, weil das ist ja ein Streit in der Psychotherapie, da sie sagen, was war jetzt zuerst...“

ExpertIn E: „Ich.....ich denke, dass es in den meisten Fällen so ist, ja. Wenn man die Geschichten hört. Wirklich so als Selbstmedikation, dass der Alkohol eingesetzt wird, nicht wahr.“

?: „Das würde sich ja eher dem Ich-psychologischen Ansatz zuordnen lassen.“

ExpertIn E: „Genau.“

b) Im Interview mit **ExpertIn F** wurde bereits zu Beginn des Gesprächs die Tatsache offensichtlich, dass der Schwerpunkt der Erörterungen auf ihrer Definition von Sucht lag. Die Aussage: „Heute gibt es gar keine nicht süchtigen Menschen“ entsprach ganz der nicht-stoffgebundenen Definition, wie im Themenkreis „Suchtdefinition“ (Kapitel: II.1.5.) bereits beschrieben wurde.

Zitat: „Ja, schauen Sie heute ist das schon sehr anders als früher. Früher hatte man diese Süchtigen und hatte sie sehr abgegrenzt. Sie waren ein gesellschaftliches ....Feindbild und ein Alibi auch und heute gibt es ja gar keine nicht-süchtigen Menschen. Also, wenn man Arbeitssucht und Konsumsucht und Telesucht und Spielsucht und Sportsucht und Joggingsucht mit einbezieht. Die Symptome sind sehr ähnlich. Der Hintergrund dieser Menschen ist auch sehr ähnlich. Insofern muss ich abklären, welche Abhängigkeit hat jemand, und was braucht jemand, welche Arbeit braucht jemand. Insofern kann man nicht einfach sagen: süchtig, abhängig. Wenn jemand kommt mit einem Alkoholproblem oder mit Heroinproblemen, dann ist im Vordergrund natürlich dieses Erscheinungsbild der Selbstzerstörung und der Entfremdung und der sozialen Dissoziation, das Herausfallen aus Prozessen. Das kommt zuerst und erst dann kommt der innere Prozess des Wiederentdeckens einer Person, eines inneren Selbstgefühls der Selbstfindung usw.“ (ExpertIn F.)

ExpertIn F definiert Sucht als „eine überzogene Form von Abhängigkeit“. Die Ursache, als Abhängigkeit die Droge zu wählen, ist ein „narzisstisch“ „überhöhtes Idealbild“ (Zitat: ExpertIn F).

Im Laufe des Interviews wird der differenzierte Umgang der ExpertIn F mit PatientInnen deutlich, die zwar wie alle Menschen laut ihrer Definition abhängig sind, jedoch unterschiedlich diagnostiziert werden. Das Mittel der Diagnose ist bei ExpertIn F die Komponentenlehre Fritz Hegis.

Zitat: „Auch da muss differenziert werden, was braucht jemand (...) welche Art der Sucht ist es, aufgrund von welcher Biografie hat jemand Suchtstoffe und Abhängigkeitsstrukturen nötig, um etwas zu ergänzen und womit muss ich dann musiktherapeutisch eingreifen. Da kommen alle Komponenten wirklich ins Spiel, auch die Melodie und die Dynamik als Wirkungskomponenten der Musik. (ExpertIn F)

Die psychodynamische Diagnose lautet „eine Frühstörung, die oft nicht genau lokalisiert werden kann“ (Zitat: ExpertIn F). Es sei jedoch genauso gut möglich, dass die Pubertät nicht überwunden wurde, wo das „Selbstbild nicht getroffen wird,

sondern dann eine Entgrenzung mit Drogen, eine Extremerfahrung versucht wird, eine Erweiterung des Selbstbildes, mit großen Sprüngen ...keine Fähigkeit, viele kleinen Schritte zu machen in der Entwicklung, sondern mit Substanzen diese Schritte zu überspringen und an einen Punkt zu gelangen, wo der innere Prozess noch gar nicht ist.“(Zitat ExpertIn F.)

c) Die **ExpertIn G** arbeitet auf einer geschlossenen Entgiftungsstation und offenen Tagesklinik für polytoxikomane drogenabhängige PatientInnen. Basis ihres Konzeptes ist die freiwillige Teilnahme der PatientInnen und eine Erstellung einer eigenen Anamnese nach Tüpker. Dabei sind ihr die Fragen nach dem Selbsterleben des PatientInnen „psychodynamisch wichtig“ (Zitat ExpertIn G). Auf die Frage nach „Wünsche(n) und Ziele(n) für die Behandlung“ oder „Therapieerfahrung“ antworten die PatientInnen meist:

Zitat: „(...) und da kommt: Erfahrung: meist, nix, und Wünsche, ja: „, ich weiss doch gar nicht, was das hier soll.“ (ExpertIn G.)

Die ExpertIn G testet in der ersten gemeinsamen Improvisation, welche musikalische Vorerfahrung die PatientInnen mitbringen, da der Zugang dann leichter gelingt. Sie definiert die KlientInnen als Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen mit depressiven Symptomen.

Zitat: „Ich versuche jetzt einmal, die Patienten zu zu definieren. Von der Diagnostik her sind alles mehr oder weniger sehr schwere Persönlichkeitsstörungen, die so etwas wie eine Depression, wie depressive Symptome auch haben, diese schwere Persönlichkeitsstörung ist aber eh nicht behandlungsfähig, wird auch von den Krankenkassen nicht bezahlt und das ist jetzt gedeckelt durch diese Drogensucht.“ (ExpertIn G)

Ihre Beschreibung eines Übertragungsbildes vieler Patienten weist direkt auf eine Frühstörung mit Fixierpunkt vor dem zweiten Lebensalter.

Zitat: „Also das ist, eben ein anderes Bild: Ein kleines Kind spielt in der Küche mit Töpfen usw., die Mutter ist am Herd am Kochen, dann ist das ... ab und zu guckt das Kind dahin, ob die Mutter noch da ist, aber sonst auch nix, da passiert sonst nix. Das Kind ist ... am Wahrnehmen, erfasst die Welt usw. und ist fasziniert von dem, was es da tut und es käm nie auf die Idee, der Mutter jetzt mal irgendwie den Löffel anzureichen, weil die Mutter fragt, kannst mal den Löffel geben.“(ExpertIn G.)

Interviewerin: „Ja, das muss aber schon ein sehr kleines Kind sein. Vor drei (Jahren)?“

ExpertIn G: „Ja. Es ist ein Bild, das wird jetzt auch nicht so pauschal auf die ganze Klientel übertragen wollen. Aber solche Phänomene sind da zu erleben.“

Die für Musiktherapie typische Beziehungsarbeit ist mit diesem Klientel kaum möglich, da sich die Drogenszene durch extrem unsoziale Gruppenstrukturen ausweist.

Zitat: „In einer halbwegs normalen Sozialisation bekommt man das Gefühl von einer Zugehörigkeit zu einer Gruppe, Beziehungsfähigkeit zu anderen, ich weiss es nicht, ob Sie sich im Drogenmilieu auskennen, wie Beziehungen da gehandhabt werden und was wert ist und was nix wert ist...Also, es wird viel gelabert und nix getan und das auf einer therapeutischen Ebene... ist schwer zu handhaben.“ (ExpertIn G.)

**d)** Die **ExpertIn H** ist MusiktherapeutIn mit gestalttherapeutischer Fortbildung in einer Rehaklinik. Ihre PatientInnen sind in der Mehrzahl chronische AlkoholikerInnen, welche stationär bis zu vier Monate behandelt werden. Die ausführlichen medizinischen und psychologischen Diagnosen der PatientInnen, welche die Klinik übermittelt, beeinflussen die musiktherapeutische Arbeit nur insofern, als die ExpertIn z.B. Kenntnisse über ein vorliegendes Trauma der Patienten aufnimmt. Die eigene Einschätzung der PatientInnen fußt auf Kriterien, die sich v.a. am individuellen körperlichen und mimischen Ausdruck der PatientInnen und den Übertragungsgefühlen festmacht. Sie schildert die Setting-Bedingungen als von zunehmenden Einschränkungen geprägt (Grund: Kostenersparnis). Das Behandlungsangebot der Klinik wird den PatientInnen zur Entscheidung vorgestellt. Die letztendliche Indikation wird durch einen Gruppentherapeuten vorgenommen, welcher sich an dem Widerstand der PatientInnen gegenüber therapeutischer Behandlung und den Kapazitäten der Stellen orientiert. Die innerhalb der Klinikhierarchie anerkannte Stellung der MusiktherapeutIn (fünfzehn Jahre Arbeit in diesem Setting) ersetzt eine Begründung hinsichtlich der Frage, warum die PatientInnen zur Musiktherapie geschickt werden. Die ExpertIn H arbeitet ohne Kenntnis der Diagnose.

Zitat: „(...)ich kenne sie (die Patienten) nicht, ich weiss nur von dem Erstkontakt in der Aufnahmegruppe von den Patienten, ich lese die Berichte nicht vorher, ich lese die Akten nicht vorher, ich höre nur in einzelnen Teamgesprächen bei der Vorstellung von den Patienten, bekomme also keine Informationen, habe also kein... Mitspracherecht ist zuviel gesagt.“ (ExpertIn H).

Die ExpertIn H beruft sich hierbei auf die Aussage des Professors der Klinik, welcher die Frage der Diagnose nicht hoch bewertet.

Zitat: „Aber: wie unser Professor immer sagte, auch hier in der Klinik, wenn es um Diagnosen oder bzw. um die Verläufe geht, dann hat er immer gesagt: „Ja wir wissen letztendlich auch nicht so genau, alles weitere zeigt der Fall auf“ (...)Ich hatte aber weiter nicht in der Therapie das Problem damit, mit den Menschen zu arbeiten, das war mir eigentlich nie so ein Handicap, auch wenn ich nicht wusste, worum es geht.“ (ExpertIn H.)

Dieses Setting ist ausserdem laufend von Sparmassnahmen betroffen, so dass die einzelnen TherapeutInnen immer weniger Zeit haben, sich auszutauschen. Nach dem Hinweis von der ExpertIn H unterhalten sie sich in der „Kürzel“-Sprache über die Patienten am ehesten „beim Mittagessen“ (Zitat: ExpertIn H).

Insgesamt weist ExpertIn H in ihrem Selbstverständnis als GestalttherapeutIn eine Orientierung an medizinische und psychologische Vorgaben weitgehend zurück, da sie ein humanistisches Weltbild vertritt und daher nach den Ressourcen und nicht nach den Defekten der PatientInnen sieht.

Zitat : „Ich habe jetzt nicht unbedingt Persönlichkeitsstörungen nach ICD 10 und blaba. So denke ich nicht.“ (ExpertIn H.)

Interviewerin: „Sondern?“

ExpertIn H: „Also, wenn ich jemanden kennenlerne, dann habe ich den Bericht nicht vorher gelesen. Sondern ich erlebe ihn, wie er mir zum ersten Mal erscheint, ohne ein Vorwissen, das ist mir sehr wichtig. Dass ich keine vorgeplapperten und zum Teil haarsträubenden Diagnosen wissen will, die mich in meiner Wahrnehmung in irgendeiner Weise manipulieren.“ (ExpertIn H.)

Aus dem Zitat kann herausgelesen werden, dass die ExpertIn H aufgrund ihrer humanistischen Grundhaltung die Anamnesen und Diagnosen der ÄrztInnen nicht nur zurückweist, sondern ihnen sehr misstrauisch gegenüber steht. Ihre

Wahrnehmung der PatientInnen fokussiert sich auf Phänomenen wie „körperliche Präsenz“, „nonverbale Gestaltungen“, „Gestik“, sowie auf die eigene „Gefühle“, „Übertragung und Gegenübertragung“ (Zitate ExpertIn H).

ExpertIn H sieht die PatientInnen als „verängstigte, traumatisierte Kinder, die sehr vorsichtig und liebevoll behandelt werden müssen.

Zitat (ExpertIn H): „Schweigen ängstigt sie. Genauso wie mit Kindern: bei Kindern bleibst Du ja auch nicht sitzen. Sie sind ja verängstigte traumatisierte Kinder, im Grunde genommen.“

?: „Du hast gemerkt, dass es für sie wichtig ist, angenommen zu werden?“

ExpertIn H.: „Total wichtig. Dass es gut ist, dass sie eingeladen sind, dass es gut ist, wie sie sind, das ist total wichtig. (...)Sie haben Angst vor Tönen, die schräg sind, die laut sind, das muss ich ja nicht machen. Ich kann sie da abholen, wo sie sind. (...)Das ist kein menschlicher Stil. Ich mach schöne Spiele mit ihnen, wie mein Chef gesagt hat. Weil: es bleibt ja nicht schön. Es ist ja extrem gewöhnungsbedürftig, was da passiert. Sie wundern sich dann selber, wie schön sie dann spielen.“

### **5.3.2. Die Aussagen in den Interviews zur musiktherapeutischen Indikation**

a) Die **ExpertIn E** bezeichnet Musiktherapie als besonders geeignet für SuchtpatientInnen, da sie grosse Kontaktprobleme haben und sich in der Musik spüren dürfen. Die Begründung dafür lautet: Die Musiktherapie als nonverbales Medium soll einen Zugang zum Affekt wecken. Das Trinken „wirkt „abstumpfend“, die PatientInnen spüren sich affektiv wenig

Zitat: „Ja, aber auch nicht jeder Patient bekommt alles. Weil es ja ganz unterschiedliche Leute sind. Es gibt Leute, die sind so sozial kompetent, dass sie nicht ins Rollenspiel brauchen. Die dann eher Schwierigkeiten haben mit ihren Gefühlen zurecht zu kommen, die landen dann eher in der Musiktherapie.“ (ExpertIn E)

Wenn eine Traumatisierung vorliegt oder eine Teilnahme an Gruppentherapie beängstigend wirkt, entscheidet ExpertIn E nach einem Gespräch mit der beteiligten PatientIn, musiktherapeutisch Einzeltherapie anzubieten.

Zitat: „Es gibt Patienten, für die eine Gruppe zu beängstigend ist. Die über den Einzelkontakt zu Ihrem Therapeuten eigentlich an die Gruppe wieder herangeführt werden müssen. (...) Dann bei

sehr traumatischen Erlebnissen, die jemand gehabt hat. Was in der Gruppe so noch nicht möglich ist. Das wären so die beiden Indikationen.“(ExpertIn E.)

Differenzierte Indikationen für Musiktherapie wären nach Aussage von ExpertIn E (laut telefonischer Nachfrage, nicht aufgezeichnetes Gespräch):

- Trauma (Missbrauchs-)-Verdacht.
- Es handelt sich um eine schizoide Persönlichkeiten mit Kontaktstörungen.
- (Das Klientel lebt oft isoliert, Freunde sind Kneipenbekanntschaften).
- Der Patient intellektualisiert.

Männer reagieren anders als Frauen auf das Angebot:

Zitat: „Und können Sie sagen, wie viel Leute kommen Ihnen mit Widerstand entgegen und gibt es vielleicht auch noch Unterschiede zwischen Männern und Frauen?“ (Interviewerin)

ExpertIn E: „Ja, Frauen sind meistens zugänglicher. Erst mal... Ja, offener für das Medium. Gerade bei Suchtkranken. Können Sie sich ja vorstellen, das sind Leute vom Bau. Viele. Und wenn die hier ans Glockenspiel sollen, natürlich kommen die sich erst mal blöd vor. Aber meistens, es gibt ganz wenige, wo es dann gar nicht geht. Kann ich Ihnen so prozentual, sind das, vielleicht zwei Prozent. Aber das ist eine grobe Schätzung.“

Die ExpertIn E formuliert die besondere Eignung von Musiktherapie als bessere Möglichkeit der Herausarbeitung der speziellen affektiven Probleme der Suchtpatienten.

b) Die Suchtproblematik wird von **ExpertIn F** im Prozess der Therapie bearbeitet, als die Frage nach dem „Maß“ „zwischen Abhängigkeit und Autonomie“ (Zitate: ExpertIn F.) eine Schwierigkeit der Lebensbewältigung der Klienten darstellt. Diese Problematik sieht sie jedoch –laut o.g. Definition- in jedem Menschen. Ihr Resümee lautet unmissverständlich:

Zitat:„So gibt es für mich spezifische musiktherapeutische Indikation für Sucht in dem Sinne.“ (ExpertIn F.)

Die Frage nach den Indikationen für eine Behandlung von Sucht und/oder Abhängigkeit wird bei ihr eine gesellschaftspolitische und keine therapeutische.

Zitat: „Das Problem ist ein politisches. Dass einige Süchte als Alibi für die anderen Süchte erhalten müssen und auf diese Weise stigmatisiert werden und dadurch Zusatzprobleme entstehen und andere Süchte, Suchtstrukturen komplett unauffällig blieben und sogar gefördert werden. Insofern ist das eben nicht ein therapeutisches, sondern ein politisches Problem.“ (ExpertIn F.)

c) Das Hauptkriterium der Indikationsentscheidung der **ExpertIn G** ist ein Zustandekommen eines freiwilligen Arbeitsbündnisses. Falls dies nicht gelingt, ist Musiktherapie kontraindiziert.

Zitat: „Also mit diesen drogenabhängigen Patienten, den Patienten, die auch immer wieder sagen, bei Krach in der Beziehung, da muss ich mich dicht machen, immer wenn ein schwieriges Gefühl auftaucht, dicht machen, Drogen. Da ist Musiktherapie der Erfahrung nach sehr indiziert. Wenn es gelingt in ein therapeutisches Bündnis zu kommen. Wenn das nicht gelingt, dann ist sie kontraindiziert, weil dann nur negative Gefühle ausgelöst werden. Nur Abwehr, Widerstand und Ähnliches. Und das kann man den Patienten ersparen, muss man nicht machen.“ (ExpertIn G.)

Die letztendliche Indikationserstellung erfolgt zusammen mit dem Patienten. Die ExpertIn G versucht, die Voraussetzungen therapeutischer Arbeit in diesem Setting zu verwirklichen. Diesem Vorhaben sind allerdings enge Grenzen gesetzt. Das Arbeitsbündnis trägt selten, die Affektivität der PatientInnen ist äußerst labil.

Zitat: „Das ist alles, Kinder, das ist 'n Phänomen, das hab ich neu bei diesem Klientel. Also, wenn ich eine Einführungssitzung mit einem Patienten gemacht habe und ich habe den Eindruck, der Funke ist übergesprungen, dann trägt das. Dann ist sozusagen eine kleine Bindung da. Und das Phänomen gibt's dann nicht mehr. Also, ich kann eine Einführungssitzung gemacht haben, wir haben prima gespielt ... so, jetzt haben wir quasi ein therapeutisches Bündnis, unausgesprochen geschlossen, kann drei Tage oder auch eine halbe Woche später wieder alles weg sein.“(ExpertIn G.)

Die PatientInnen im Entgiftungsbereich sind nicht in der Lage, eine Therapie zu beginnen, welche im üblichen Sinne aufgrund der Kürze der Aufenthaltsdauer nicht stattfinden kann.

Zitat: „Ist es Ihnen schon einmal gelungen, psychodynamische Hintergründe herauszuarbeiten? Etwas biografisches als Ursache?“ (Interviewerin)

ExpertIn G: „Nein. Mach ich auch nicht hier im Rahmen der Entgiftungsarbeit. Die sind 3, 4 Wochen hier und- das ist – aufgrund der bisher geschilderten Bedingungen nicht möglich. Ich

mache eine gute Anamnese, ein Erstinterview, und da erfahre ich auch solche Sachen. Aber dazu ist das Klientel nicht in der Lage: also Reflexionsfähigkeit, null, Verbalisierungsfähigkeit, null, Introspektionsfähigkeit: das ist alles nicht da, was man sonst so als Therapeut zum Handwerkszeug braucht.“

Die ExpertIn G ringt um die die Definition der Musiktherapie in diesem Setting und für dieses Klientel. Die Fragestellung geht in die Richtung, wie bedeutsam Musik und „nur“ Spielen als therapeutischer Agens in diesem Arbeitsbereich gesehen werden kann. Musiktherapie als Gefühle weckender Bereich spricht die fehlenden Fähigkeiten der Patienten an, ist jedoch aus demselben Grund sehr vorsichtig und behutsam einzusetzen.

Zitat: „Könnte man dann sagen, dass die Musiktherapie mit Vorsicht indiziert ist, bei Suchtkranken?“ (Interviewerin)

ExpertIn G: „Ja, sofort sehr. Also ich sag mal, in einem längerfristigem therapeutischem Setting auf jeden Fall würd ich sie auch als wichtig, auch als indiziert sehen, weil sie diesen Bereich thematisiert, wo die Patienten Schwierigkeiten mit haben. Aber eben genau so vorsichtig muss sie auch gehandhabt werden, also, weil die Gefühle ... also Musik, ich sag mal, Musik ist nahe dran an den Gefühlen und in dem Fall erst mal an negativen Gefühlen. Sie erleben sich als unfähig.“

Als Ausweg startet die ExpertIn G verschiedene Projekte, auch gemeinsam mit dem Team und forscht, inwieweit Musiktherapie den Problemen dieses spezifischen Klientels helfen kann.

Musiktherapie wäre also im Grunde für dieses Klientel indiziert: Es fehlt ihnen an Fähigkeiten, dieses Angebot anzunehmen. Diese fehlenden Fähigkeiten betreffen jedoch die Therapiefähigkeit allgemein. ExpertIn G kann nicht bestätigen, dass die Musiktherapie besser als andere Therapien geeignet ist, den KlientInnen in ihrer spezifischen Bedürfnislage zu helfen.

Zitat: „Ja, könnte man denn dann sagen, dass in der Musiktherapie vielleicht also der Störungspunkt des Suchtpatienten am deutlichsten hervortritt?“(...) (Interviewerin)

ExpertIn G: „Ja, also da wird's auffällig, wobei ich jetzt nicht sagen kann, ob die in der Musiktherapie am deutlichsten wird, also, die wird auch in anderen Therapien auffällig, die wird auch im Gespräch letztlich auffällig, aber sie wird auch in der Musiktherapie auffällig und spürbar. Aber ich denke, Musiktherapie ist ein gutes Medium, da anzusetzen, weil eben Gestaltung,

Kreativität, Wahrnehmung, Empfinden, Spüren, also mehr diese ganze Sinnlichkeit, ja, da versammelt, gut versammelt ist, aber warum soll das in ner guten Bewegungs- oder Tanztherapie oder Mal- und Kunsttherapie nicht auch so sein. Weiss ich nicht.“

**d) Die ExpertIn H** benutzt die Musik wie andere Techniken, um generell zu PatientInnen in Kontakt zu kommen.

Zitat: „Wenn ich in einen Kontakt mit dem Menschen komme, dann ist es mir so wurst wie nur was, ob es die Musik ist, ob es ein Tanz ist, ob es ein Augenspiel ist, ein Lächeln, oder eine Humorangelegenheit ist, oder ob es über den Körper geht, es ist mir gleichgültig.“ (ExpertIn H.)

Die PatientInnen kommen gerne in die Musiktherapie, da sie die spielerische und für sie angenehme Atmosphäre sehr schätzen.

Zitat: „Ich frage häufig bei den Patienten bei den letzten Stunden, was so Besonderes war. Da sagen die meisten, dass es die Gespräche waren, die nach der Musik stattgefunden hat. Die das, was in der Musik passiert ist, reflektiert haben. Oder die Atmosphäre. Die Ungezwungenheit der Situation. Dass sie sich nicht nur über Alkohol unterhalten müssen oder Organisationsdinge wie in der Gruppentherapie. Dass sie sich atmosphärisch wohlfühlen.“ (ExpertIn H.)

## **5.4. Die Zusammenfassung**

### **5.4.1. Die InterviewpartnerInnen im ExpertInnenstatus**

Die ExpertIn F hätte in bezug auf die Erfüllung der Kriterien ausschließlich mit der ExpertIn A verglichen werden können (aktuelle Tätigkeit im Suchtkrankenbereich, MusiktherapeutIn, theoriegeleitete Begründung), wies aber durch ihre Definition „es gibt gar keine nicht-Süchtigen“ (Zitat ExpertIn F) eine Indikationserstellung für Sucht zurück.

Die Darstellungen der ExpertIn G konnten mit denen von ExpertIn B und ExpertIn D insofern verglichen werden, als diese drei MusiktherapeutInnen im Entgiftungsstationen arbeiteten. Sie bezeichnete sich allerdings nicht als ExpertIn, da sie selbst die Frage nach geeigneten musiktherapeutischen Möglichkeiten und Methoden in ihrem Arbeitsbereich stellte. Ausserdem sind die Unterschiede der Settings, der individuellen Umgangsweise der ExpertInnen mit den Bedingungen

von Entgiftungsstationen sowie den (Un)möglichkeiten einer therapeutischen Arbeitsweise als so gravierend zu sehen, dass ein Vergleich als Basis generierender Aussagen nicht möglich erschien.

Hinsichtlich der Settings der nächsten InterviewpartnerInnen: ExpertIn E: Entwöhnungsstation und ExpertIn H: Rehabilitationsklinik, fehlten VergleichspartnerInnen im selben Setting.

Abschließend kann nur konstatiert werden, dass innerhalb der Arbeitszeit der Master Thesis der ExpertInnenstatus nicht geklärt werden konnte. Es benötigt mehr Recherche und Abgleichung, um feststellen zu können, ob die befragten InterviewpartnerInnen einen signifikanten Ausschnitt unter den MusiktherapeutInnen darstellten. Möglicherweise ist der Zeitpunkt, unter MusiktherapeutInnen nach vergleichbaren ExpertInnen zu suchen, in der Kombination der Indikationsfrage mit dem Suchtarbeitsbereich als verfrüht anzusehen.

#### **5.4.2. Das Thema Indikation**

Musiktherapie spricht nach der übereinstimmenden Aussage aller InterviewpartnerInnen der zweiten Forschungsphase die Gefühle an. SuchtpatientInnen haben gerade in diesem Bereich große Defizite (ExpertIn E, ExpertIn G). Wenn es gelingt, in ein therapeutisches Bündnis (ExpertIn G) oder eine Beziehung (ExpertIn H) zu kommen, ist die Rückmeldung der PatientInnen sehr positiv (ExpertIn H). Eine konsequente Einhaltung der nichtstoffgebundenen Suchtdefinition lässt keine Indikationsaussage zu (ExpertIn F).

Die Kliniken geben oft keine oder nur unklar formulierte Aufträge:

Zitat: „Was hat ihr Chef- wenn Sie sagen, das (Sucht) war sein Steckenpferd- was hat er gedacht, was Sie da (musiktherapeutisch) machen sollen?“ (Interviewerin)

ExpertIn G: „Da hat er sich wenig gedacht. Da hat er sich auf meine Fachkompetenz verlassen und hat gesagt, ich soll mal gucken und mit denen arbeiten.“

Zitat: „Mein Chef hat mich so eingestellt, dass er mich in den Raum führte. Als ich dann wirklich anfang an dem Tag, und mir dann sagte: „Machen Sie was Schönes mit den Patienten.“ (ExpertIn H.)

Zitat: „Die Therapeuten wissen inzwischen, da sie seit 25 Jahren die Musiktherapie kennen, sehr gut, warum und wen sie in die Musiktherapie schicken. Das ist selten das Problem. Es ist eher das Problem, dass sie häufig unverbindlich, weil die Überarbeitung zu groß ist, dass sie unverbindlich Leute schicken, weil sie nicht wissen, was sie mit ihnen noch anfangen sollen. Und eher so lapidar sagen, wir bringen den in die Musiktherapie und: “Guck mal nach.“ (ExpertIn H.)

#### **5.4.4. Die Diagnose mithilfe der gemeinsamen Improvisation**

Eine Diagnoseerstellung hinsichtlich der musikalischen Begegnung innerhalb der ersten musiktherapeutischen Stunde erschien in den Interviews nicht eindeutig erkennbar. Im Folgenden werden Zitate aus allen Interviews herangezogen. Die Reihenfolge richtet sich wiederum nicht wertend nach der zeitlichen Interviewabfolge.

a) Die **ExpertIn E** erklärte auf Nachfrage, man könnte aufgrund des Spiels der PatientInnen bestimmte Phänomene erkennen. Die Schwierigkeit eines intellektualisierenden Patienten, mit Gefühlen umzugehen, sei sehr viel besser in seinem musikalischen Spiel als seiner Sprache zu erkennen. Ein Erkennungsmerkmal sei monotones Spiel, welches Sicherheit vermittelt.

Zitat: „Kann man sagen, dass man durch die Musik noch eher an die Knackpunkte oder die Fixierungspunkte kommt als vielleicht mit Gespräch?“ (Interviewerin)

ExpertIn H: „Es wird viel mehr deutlich in der Musik. Z.B. jemand, der sehr viel intellektualisiert, wenn der an ein Instrument geht, kann es sein, dass ich auf einmal den kleinen Jungen sehe. Der immer nur über Leistung, Leistung, Leistung definiert hat, sich selber ganz vergessen hat, und deutlich auch im Spiel diese – Inkompetent ist jetzt nicht das richtige Wort – aber es ist schon eine inkompetente Seite an ihm. Wie er mit sich und seinen Gefühlen umgeht und was ihn natürlich unglücklich werden lässt.“

?: „Woran sehen Sie das?“

ExpertIn H: „An der Haltung, wie er guckt. An dem, wie er spielt. Was er spielt. Im Kontakt. Also in ganz vielen Dingen.“

?: „Was spielt er denn z.B.“

ExpertIn H: „Er spielt z.B. fast autistisch, ohne irgendwelchen Kontakt immer die gleiche Melodiefolge, weil ihm das Sicherheit gibt.“

Dabei könne man im Spiel von Männern und Frauen unterschiedliche Umgangsweisen mit ihrer Problematik erkennen: Die Männer versuchten durch übertriebene Selbstdarstellung mittels Rhythmusinstrumenten ihre Ängste zu verdecken, während das Spiel der Frauen die Scham hörbar werden lässt:

Zitat: „...ich sag mal, klassischen Gamma-Alkoholiker, der erst mal über Gewöhnung eben getrunken hat und dann so weiter über die Jahre Alkoholiker geworden ist. Der meinetwegen noch aus einer unteren sozialen Schicht kommt. Die knallen dann erst mal drauf. Da ist die Trommel erst mal das Mittel der Wahl. Da bin ich. Groß, und irgendwie muss ich meine Angst im Zaun halten, heißt das eigentlich. Solche Leute gibt es. Dann gibt es... doch bei Frauen ist das oft so. Es spielt keine Rolle, ob die Tabletten- oder Alkoholabhängig sind, da wird das Beschämende sehr deutlich. Dass sie so beschämt sind. Also, als Frau abhängig zu sein, ist ja noch mal anders als als Mann. Das wird deutlich. (...)“ (ExpertIn E.)

Interviewerin: „Das Beschämende, wie würde sich das in der Musik ausdrücken?“

ExpertIn E: „Ganz leise. Unsicheres Spiel. Sich in der Ecke verkrümmeln. Mit dem Rücken zur Gruppe.“

Die ExpertIn E benennt noch ein anderes Element der Diagnose im musikalischen Spiel der PatientIn: ausschließlich rechtshändiges Spiel würde z.B. darauf hindeuten, dass die PatientIn die Kontrolle behalten will.

Zitat: „Es ist nicht so, dass sie diagnostizieren in der Art und Weise wie der Patient spielt?“ (Interviewerin)

ExpertIn E: „Doch, natürlich auch. Da ist ein Patient, der z.B. hat dann nur mit rechts gespielt. Weil er Kontrolle behalten wollte, nicht wahr. Das wird ihm auch gespiegelt. Dann sehr leise, verhalten gespielt. Natürlich, das spielt da auch mit rein.“

Diese Betrachtungen bildeten jedoch nicht den Schwerpunkt ihrer Diagnose, sondern der Schwerpunkt stellt das verbale Aufnahmegespräch dar.

**b) Die ExpertIn F** verneinte charakteristische Merkmale der Pathologie von Süchtigen im musikalischen Spiel:

Zitat: „Sie würden dann auch nicht sagen, Suchtpatienten musizieren in einer charakteristischen Weise, das man sagt, ja, jetzt hört man irgendetwas ganz Bestimmtes heraus, ein Element, das nur Suchtkranke haben?“ (...) (Interviewerin)

ExpertIn F: „Nein, das glaube ich nicht. Das glaub ich nicht, das man das hört. Viel mehr hört man, ob der Mensch an einer Bindungsstörung leidet... also völlig isoliert ist oder eine Frühstörung mit sich trägt, weil er sich nicht finden kann.“

c) Die **ExpertIn G** formulierte übereinstimmend mit ExpertIn F ein für diese PatientInnen auffälliges Persönlichkeitsmerkmal in der Art und Weise, wie gespielt wird: die Kontaktlosigkeit, welche sich darin zeige, dass die PatientInnen keine musikalischen Anregungen des Musiktherapeuten annehmen würden. Hierbei ist allerdings zu fragen, ob dies im Prinzip jeder Mensch zustande brächte. Es betrifft das Thema der Musikalität und bleibt deshalb unbefriedigt erklärt. Die genauere Erklärung liefern ExpertIn G's Gegenübertragungsgefühle zu den SuchtpatientInnen im Unterschied zu anderen Patienten.

Zitat: „(...)wo kann man in der Art des Musizierens des Patienten etwas von seinen Krankheitsproblemen erkennen? Vielleicht als Musiktherapeut drauf eingehen? (...)“ (Interviewerin)

ExpertIn G: „Also Kontaktlosigkeit. (...)Also ich denke, da liegt was drin, was man von der Pathologie ... und bei dem jetzigen Patienten ist (...) Kontakt ein Fremdwort. Kontakt auf ner Spür- und Empfindungsebene, also auf einer musikalischen, musiktherapeutischen Ebene.“

?: „Und woran hören Sie das, was für Musikparameter gibt es? Die Sie dem Kontakt eindeutig zuordnen würden?“

ExpertIn G: „Ja, also, erstens z.B. Rhythmus, das ist ganz leicht zu merken, ob man da was Gemeinsames macht oder nicht, aber auch Spielstrukturen, wie laut – leise, schnell – langsam, wie .... was weiss ich, Frage- Antwortstrukturen, so, also, wenn da nirgendwo was passiert, wenn der Therapeut sozusagen überall mit Anfragen und Angeboten und Einladungen vertrocknet , in Gänsefüßchen „vertrocknet“ gelassen wird.“

?: „Was heisst, das der Patient oder die Patientin für sich spielt, oder?“

ExpertIn G: „Ja. „

?: „Und es ganz egal ist, ob Sie im Raum mit noch dazu spielen oder nicht?“

ExpertIn G: „So ungefähr. Das gibt es zum Teil sicherlich auch bei schizophrenen Patienten und das gibt es auch bei anderen Patienten. Auffällig, find ich, wird es in der Musik beim Thema, beim

Gefühl der Gegenübertragung. Also bei Depressiv-Patienten werden sie höchst ärgerlich werden, wenn sie merken, der macht das, das er nicht in Kontakt geht .... , bei schizophrenen Patienten werden Sie das wahrscheinlich eher nicht merken, weil ... na manchmal kann man (das)merken, manchmal nicht, manchmal ist das in Ordnung, also sie werden nicht ärgerlich, wenn er es nicht macht. Bei Persönlichkeitsstörungen, da merken Sie, ne, da reagieren sie ganz ruhig und gelassen, weil sie merken, der kann das gar nicht. Das macht sie nicht ärgerlich, nicht sauer, ne, die können da ruhig weiterspielen und versuchen und staunen über die Naivität und Unbefangenheit, die ihnen da entgegenstrahlt.“

**d) Die Beobachtungen ExpertIn H's zeigen wiederum andere Phänomene: undeutliches, konturloses Spiel, bei dem sich niemand in den Vordergrund stellen will. Dieses Spiel wird von der ExpertIn H als Abbild der Regression verstanden.**

Zitat: „Ja, ich glaube, diese fehlende Fähigkeit, symbolisieren zu können oder dass das so ein Verschmelzungsmeer ist, das find ich schon typisch. Also, dass das so ein Klimbim ist, Geklimper, Untertauchen und keine Konturen hat.“ (ExpertIn H.)

Interviewerin: „Was wäre eine Kontur?“

ExpertIn H: „Eine Kontur wäre z.B. irgendein bestimmtes Motiv, das sich wiederholt. (...)Im Spiel, dass sich ein bestimmtes Motiv wiederholt, ein rhythmisches, melodisches Motiv, ein klangliches in irgendeiner Weise erkennbares Motiv, im Tempo...z.B.(...)es stellt sich keiner in den Vordergrund. Wenn wir Spielvorschläge haben, die sich explizit damit beschäftigen, dass jemand ein Solo hat usw., dann ist das mit wahnsinniger Angst verbunden. Also, die Angst, etwas von sich als Person in den Vordergrund zu stellen. Etwas von sich darzustellen, ist unglaublich angstbesetzt. Aus diesem Grunde werden auch wenig Trommeln genutzt, und Gongs, Blech, Metallklinger, Klavier, sondern mehr so Glockenspiel und Kantelen, Bordunleier, kleine Harfen, wir haben selbstgebaute Harfen, Metallophone, das Xylophon wird auch weniger benutzt, seltsamerweise. Alles, was mit längeren Tönen, Klangstäbe z.B., wo man so schwimmt, in so einen Tonbrei da hinein zu gehen, das wird sehr bevorzugt.“

?: „Und wie übersetzt Du das für Dich?“

ExpertIn H: Ich übersetz das so, dass die Angst, sich zu zeigen, sich zu spüren, sich in den Ausdruck zu bringen, das wäre ja schon eine sehr reife, sehr fortgeschrittene Geschichte, dass die entweder nicht fähig dazu sind, oder dass die Angst so fortgeschritten ist, dass sie da regredieren, dass sie so nach hinten regredieren, dass sie sich so verbinden mit einem Klang, der sie da aufhebt, wo sie zugegeben da auch Trost finden und Schutz, und sich da drin aber dann verlieren. Eine Ich- oder Selbstentwicklung nicht nach vorne in eine Zukunft entwickeln können.“

#### 5.4.4. Die Schlussfolgerung

Die zuletzt aufgeführten Zitate sagen aus, dass MusiktherapeutInnen in der gemeinsamen musikalischen Improvisation typische Phänomene feststellen und sie in der Weise interpretieren, wie sie meinen, dass damit ein typisch „süchtiges Verhalten“ ausgedrückt wird. Sie sagen nichts darüber aus, wie weit diese Beobachtungen die Diagnose oder eine Indikation prägen würden. Die Uneinheitlichkeit der Beschreibungen benennt entweder die unterschiedliche Wahrnehmung der TherapeutInnen, die Wahl des musikalischen Fokusses oder dessen Interpretation: Andere, nicht einschätzbare Faktoren, sind: Das Stadium der Suchtentwicklung, der Unterschied Männer und Frauen, das Alter der PatientInnen, die Wahl des psychotropen Mittels oder die Settingbedingungen, in denen sich möglicherweise atmosphärisch nur bestimmte Spielformen entfalten können. Die übereinstimmenden Beobachtungen (ExpertIn G, ExpertIn F,: „Kontaktlosigkeit“ / ExpertIn E, ExpertIn G: „Gefühl“) müssten noch genauer nachgefragt, beziehungsweise mit einer größeren Anzahl InterviewpartnerInnen verifiziert werden. Es gäbe noch viele Möglichkeiten, die Gegenstand einer weiteren Untersuchung sein könnten.

Nach den Aussagen der oben ausgeführten Beispiele kann jedoch nicht behauptet werden, dass das musikalische Spiel das entscheidende Kriterium für eine Ersteinschätzung der PatientInnen darstellt. Die Frage nach bestimmten suchtspezifischen Merkmalen in der Art und Weise des musikalischen Spiels des PatientInnen –wobei die Beeinflussung durch die TherapeutInnen nicht abgegrenzt wurde- kam für die InterviewpartnerInnen (ExpertIn B. und ExpertIn D., ExpertIn E., ExpertIn G., ExpertIn H.) überraschend und musste erst erklärt bzw. näher ausgeführt werden. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass eine Diagnose mittels einer musikalischen Erstbegegnung die erste und selbstverständliche Arbeitsweise von MusiktherapeutInnen darstellt.

Alle InterviewpartnerInnen betonen zudem, dass die Musik nur ein Mittel darstellt um das jeweilige Therapieziel zu erreichen. Die eigentliche therapeutische

Bearbeitung der durch die Musik geweckten Assoziationen der Patienten geschieht durch die Sprache.

Zitat: „Es gibt auch Stunden, wo nur gesprochen wird. Weil die Probleme oder das was grade da ist, so deutlich ist, dass Musik gar nicht mehr nötig ist. (ExpertIn E.)

Die verbale Aufarbeitung geschieht anschließend in Einzeltherapie durch einen Psychologen. Die Musik wird als Mittel eingesetzt, um zum Gespräch zu kommen.

Zitat: „(...) Die Sprache hat einen wichtigen Stellenwert für mich, Gefühle zu benennen, Gestalten zu benennen. (...)“ (ExpertIn H.)

Interviewerin: „D.h., man könnte gar nicht sagen, dass sich es nur durch gemeinsames Musizieren lösen könnte, sozusagen nonverbal?“

ExpertIn H: „Glaub ich nicht, nein. Ich weiss, was Du meinst. Die Anthroposophen haben in dieser Richtung eine sehr starke Ausrichtung, dass sie meinen, dass es sich über die Musik reicht. Glaub ich nicht.“ (ExpertIn H.)

### **III Abschließende Zusammenfassung**

#### **1. Die Beurteilung der Eignung des ExpertInneninterviews**

Bereits nach der ersten Zusammenstellung musste konstatiert werden, dass die Voraussetzungen für eine Auswertung des Materials im Sinne des Modellvorschlages Meuser und Nagel nicht zutrafen. Es fehlten eine genügend großen Auswahl der InterviewpartnerInnen, um überhaupt von ExpertInnen im Unterschied zu bereitwilligen InterviewpartnerInnen sprechen zu können, sowie eine auch nur annähernd gesicherte Basis von gesichertem Wissen von Indikationen hinsichtlich Musiktherapie in der Suchtkrankenbehandlung. Beide Voraussetzungen konnten im Laufe der Untersuchung weder gefunden noch bestätigt werden. Das Forschungsinstrument des ExpertInneninterviews hatte seine Grenze erreicht.

Die Problematik ist hierbei sowohl im Wahl des Forschungsinstrumentes als auch im Themengebiet zu sehen.

### **1.1. Das Forschungsinstrument**

Der Vorschlag von Bogner/Menz, durch das ExpertenInneninterview eine „erste() Orientierung in einem thematisch neuen und unübersichtlichen Feld“ zu erhalten (s. Kapitel III.1.) erwies sich als nur bedingt geeignet. Es muss zumindest ein einigermaßen sicherer Boden gemeinsamer theoretischer Annahmen und Gemeinsamkeiten existieren, um eine Orientierung durch die herausragende Meinung von ExpertInnen zu erhalten. Ein so neues und unübersichtliches Feld wie dasjenige in der Themenstellung benötigt einen minimalen Konsens (zumindest) im Hauptfokus: eine Indikationserstellung.

Die konstruktive Wahl der ausgewählten Interviewpartner erwies sich in der Relation zu den erhofften Ergebnissen als illusorisch und nicht der vorgefundenen Realität angemessen. Die Reaktion der InterviewpartnerInnen konnte auf die Fragestellung konnte zumindest bei ExpertIn B., ExpertIn G und ExpertIn H so verstanden werden, dass die Interviewsituation und die gestellten Fragen eine interessante Anregung darstellte, sich mit dem Thema zu beschäftigen.

Das ExpertInnen-Modell erstrebt hinsichtlich der Bearbeitung der Fragestellung eine Interpretation, die auf eine intersubjektive Aussage zielte. Die Basis der Vergleichbarkeit war nicht ersichtlich.

Hinsichtlich der „Selbstbeforschung“ ergab sich auf der Basis des Datenmaterials kein vorzeigbares Ergebnis. Der Versuch einer Verbindung von prozessorientierter musiktherapeutischer Handlungsweise mit den Indikationskriterien der OPD, in welchem der ICD 10 eingearbeitet ist, stellt den ersten Versuch überhaupt in dieser Richtung dar. (Eine Bewertung des Konzeptes von Dr. Isabella Frohne-Hagemann soll hier nicht vorgenommen werden). Die von ExpertIn A formulierte Befürchtung, die MusiktherapeutInnen könnten dieses Raster nicht annehmen, erscheint aufgrund der von ExpertIn D., ExpertIn E und

ExpertIn H geäußerten Vorbehalte gegenüber Generalisierungen nachvollziehbar. Die prozessorientierte Vorgehensweise, humanistische Grundeinstellung sowie der grundsätzliche Blick auf Ressourcen statt Defiziten erscheinen mit der üblichen Indikationserstellung kaum kompatibel.

Die Zielformulierung einer „Generalisierung bereichsspezifischer und objekttheoretischer Aussagen“<sup>153</sup> würde den unsicheren Boden der erarbeiteten Forschungsergebnisse ignorieren. Die Auswertung hinsichtlich einer Möglichkeit einer repräsentativen Aussage erscheint nach den angeführten Überlegungen nicht möglich.

## **1.2. Beurteilung der Eignung des Forschungsinstrumentes hinsichtlich des Themengebietes der „Suchtkrankenbehandlung“**

Das Modell von ExpertInneninterviews könnte sicherlich gewinnbringender in Themengebieten eingesetzt werden, in denen die Pathologie der KlientInnen systematischer und einheitlicher beschrieben ist. (siehe Kapitel: I.1.3.1. und I.1.5.)

## **2. Ausblick auf andere mögliche Verfahren**

An dieser Stelle stellt sich die Frage, welches Instrument sich als möglicherweise geeigneter erwiesen hätte. Die Auswahl der InterviewpartnerInnen müsste sich auf ein spezielles Setting begrenzen, wobei hinsichtlich der Entgiftungskliniken die Frage der Eignung von Therapie prinzipiell nicht geklärt ist. Es sollte eine möglichst grosse Auswahl von InterviewpartnerInnen gefunden werden, um eine vergleichbare Aussage als Ergebnis präsentieren zu können. Ein quantitatives Verfahren wäre vorzuziehen.

---

<sup>153</sup> Meuser/Nagel a.a.O.:91)

### **3. Fazit der Interviews**

#### **3.1. Die Settingbedingungen**

Nach den bisherigen Darstellungen kann vermutet werden, dass die Anforderung zur genauen Indikationserstellung auch seitens der klinischen Settings nicht gestellt werden. Dies ist im Entgiftungsstadium verständlich, in den weiteren Settings jedoch als Mangel zu bewerten.

In den meisten Fällen entscheiden langjährige positive Erfahrungen mit Musiktherapie, welche im hohen Maß von der individuellen Persönlichkeit und dargestellten Kompetenz der MusiktherapeutInnen abhängen, über die Verordnung. Eine definitive Aussage hierzu kann aber erst nach einer genauen Untersuchung von einer genügend großen Anzahl verschiedener Settings (Entgiftungs- Entwöhnungs- Rehabilitationsbereich) erfolgen.

#### **3.2. Die InterviewpartnerInnen**

Die InterviewpartnerInnen spiegelten die eingangs geschilderte unsichere Ausgangsposition der Untersuchung ab. In der Mehrheit standen sie dem Begriff Indikation oder Diagnose eher ablehnend gegenüber.

Die Arbeitsweise der InterviewpartnerInnen ist humanistisch geprägt und richtet den Fokus weit mehr auf die kommunikativen und sozialen Fähigkeiten der PatientInnen als auf ihre Inkompetenzen. An Entgiftungsbereich werden die Grenzen dieser Haltung deutlich: es gibt nur wenig Kompetenzen, über die die PatientInnen verfügen können.

#### **3.3. Thesen für eine Indikation**

Es gibt Aussagen darüber, dass sich das Krankheitsbild der PatientInnen im musikalischen Spiel spiegelt. Die Beschreibungen sprechen von Parametern, an denen sich Angst, Scham, Unsicherheit, Kontaktlosigkeit interpretieren lässt. Oft zeigt sich die Suche nach Gleichmässigkeit und Selbstverstärkung in der Wahl

von rhythmischen Instrumenten, aber auch ein Wunsch, mittels klingenden Instrumenten im rauschhaften Zustand zu regredieren. Männer und Frauen weisen dabei unterschiedliche Umgangsformen auf.

Wenn die Affektlabilität der PatientInnen zu groß ist, kann musiktherapeutische Behandlung nicht generell als geeignet erscheinen, sondern nur in einer Auswahl von Methoden, differenziert auf verschiedene Settings.

Wie aus dem Datenkorb ersichtlich wird, kann mit Vorsicht eine settingübergreifende allgemeine, nicht spezifische Indikation für Musiktherapie bei Suchtkranken gestellt werden: Musik kann –therapeutisch eingesetzt– Abhängigen oder Suchtkranken helfen, Zugang zu ihrem Gefühlsbereich zu bekommen und Suchtdruck zu bearbeiten. Musiktherapie betrifft hier zentrale Probleme beziehungsweise Fixierungspunkte der SuchtpatientInnen. Die musiktherapeutische Behandlungsform ist insofern spezifisch, als sie im nonverbalen Kommunikationsbereich ansetzt, den andere Therapieform nicht in dieser Form abdecken. Sie wäre jedoch insofern ersetzbar, als auch andere Therapieformen mit Musik arbeiten und sie immer als Mittel geschildert wird. Die Sprache stellt nach der Darstellung der InterviewpartnerInnen immer das vorrangige Medium der Aufarbeitung der durch Musik geweckten inneren Prozesse dar.

### **3.4. Das theoretische Fundament einer These über Indikation**

Die oben genannten Indikationserstellungen beantworten nur teilweise die erste Indikationsfrage nach Smeijsters. Die PatientInnen schienen zwar ihren Problemen in der Musiktherapie zu begegnen, es existieren jedoch- mit der Ausnahme ExpertIn A- keine Aussagen darüber, welche diese Beobachtung im Verhältnis zu diagnostischen Kriterien des ICD 10 und des DSM IV setzt. Eine theoretische Fundierung auf einer psychoanalytischen Diagnostik wie im Kapitel II beschrieben wurde bei keinem der ausgewählten InterviewpartnerInnen gefunden.

## **Erläuterungen nicht geläufiger Abkürzungen**

DGMT :	„Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie“
MU :	Musiktherapeutische Umschau (Themenhefte :„Forschung und Praxis der Musiktherapie“
ICD 10 :	International Classification of Diseases
DSM IV :	American Psychiatric Association
a.a.O. :	„am angegeben Ort“ ( wird verwendet bei Verweis oder Zitaten aus wiederholt aufgeführter Quelle)
ebenda:	bezieht sich auf die letztgenannte Quelle)
vgl.	„vergleiche“: bedeutet eine sinngemäße Wiedergabe des Inhaltes der betreffenden Stell

## Literaturverzeichnis

Adams 1978 in: Rost: 78, siehe Rost, Detlev

Amendt, Günther: „No drugs, no future“- Drogen im Zeitalter der Globalisierung“ Europa-Verlag 2003

Bauer, M. u.a.: „Psychiatrie, Psychosomatik-Psychotherapie“ Tieme Verlag, Stuttgart-New York 1980

Beiträge zur Musiktherapie (450): DGMT (Hg.) „Indikationskatalog für chronisch und chronisch-psychisch erkrankte ältere und alte Menschen“

Berger/Luckmann 1961: 138ff, in: Bogner / Menz 2002: 35, siehe ebenda

Bogner, Alexander, Menz, Wolfgang Littig, Beate, (Hg.). „Das Experteninterview- Theorie, Methode, Anwendung“ Leske und Budrich, Opladen 2002

Brenner 1986 zit. nach: Müller 2001: 253 in: Tretter, Felix, Müller, Angelika (Hg.) „Psychologische Therapie der Sucht“ Hogrefe Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2001

Büchner in: Heigl-Evers / Helas / Vollmer / Büchner (Hg) 2002: 46, siehe ebenda

Bühringer in: Reinecker, Hans: 306/332f., siehe, Reinecker, Hans

Butzko, in: Kapteina 1996, siehe ebenda

Christiani et al. 1972 zit. nach: Schenk, Josef: Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit, in: Handbuch der Klinischen Psychologie Band 4, Hoffmann und Campe 1980: 248

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie (Hg) „Praktikumsstellen in musiktherapeutischen Einrichtungen. Mitgliederservice der DGMT“, Stand 12. Juli 2004

DGMT (Hg): Beiträge zur Musiktherapie 1999 Nr. 450

Dilling, H./Mombour, W./Scheidt, M-H. (Hg.): „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ ICD 10 Klinisch-diagnostische Leitlinien, Hans Huber 4. Auflage

Dorsch Psychologisches Wörterbuch 2000 (Hg Prof. phil. Hartmut O. Häcker, Prof. Dr. rer. nat. Kurt-H.Stapf) Verlag Hans Huber Bern-Göttingen-Toronto-Seattle

Feuerlein 1989 in: Tretter / Müller 2001: 61, siehe ebenda

Ferenczi 1911 in: Rost 2001: 47, siehe ebenda

Frohne, Isabelle, Maak, Maria-Magdalena :“Musiktherapie in der Drogenberatung- Therapeutische Ansätze mit Musik und Bewegung, Sprache und Szene in der Arbeit mit Drogenabhängigen und Drogengefährdeten nach einem vier-Phasen-Modell in Hamburg“, eres Verlag 1976

Frohne-Hagemann, Isabella: Veröffentlichung eines Vortrages während des internationalen Symposiums vom 6. und 7. Oktober 1984 „Musik in der Medizin“ in Lüdenscheid: „Musik in der Therapie Drogenabhängiger“ in: Spintge / Droh (Hg), Editiones Hoffmann-La Roche AG, Grenzach-Wyhlen 1985

Frohne-Hagemann, Isabella, Pless-Adamcyk, Heino: „Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kinder- und Jugendalter“, Vandenhoeck & Ruprecht Verlag 2004

Frohne-Hagemann in: Decker-Voigt / Knill / Weymann 1996: 150ff, siehe Decker-Voigt / Knill / Weymann 1996

Fürstenau 1972 in: Schneider, Wolfgang (Hg.) „Indikationen zur Psychotherapie“, Beltz Verlag Weinheim und Basel 1990: 21

von Gebattel 1948 in: Legnaro / Schmieder 2004: Widmung, siehe ebenda

Gerhard in: Legnaro / Schmieder 2004: 25, siehe ebenda

Glover 1933, in: Rost: 2001: 52, siehe ebenda

Gouziotis, Wassilios / Fries, Ingo: „Musiktherapie in der Behandlung von substanzbezogenen Störungen- Konzeptionelle Wertigkeit und institutionelle Realität“ Fachbereich Sozialpädagogik der Fachhochschule Frankfurt/M., Diplomarbeit 2002

Heigl-Evers, Anneliese, Irene Helas, Heinz C. Vollmer, Uwe Büchner (Hg): „Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten“ Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie“ Vandenhoeck & Ruprecht 2002

Heigl-Evers 1977; Krystal / Raskin 1970 in: Rost 2001: 56, siehe ebenda

Hegi, Fritz: „Musik und Improvisation“ 1997 Jungfermann Verlag Paderborn

Hegi, Fritz: „Übergänge zwischen Musik und Sprache“ 1998 Jungfermann Verlag Paderborn

Hippel, Natalie: „Die Suche hinter der Sucht - Vergleichende psychologische Untersuchung der musikalischen Erstimprovisation von Drogenabhängigen“  
Diplomarbeit Studiengang Musiktherapie Universität Münster 2002

Kanfer / Reinecker / Schmelzer 1991: 408; zit. nach Müller in: Tretter / Müller 2001: 261, siehe ebenda

Kapteina, Hartmut/Hörtreiter, Hans : „Musik und Malen in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken“, in „Praxis der Musiktherapie“ Hrsg. Von Volker Bolay und Volker Bernius, Gustav Fischer Verlag Stuttgart-Jena-New-York 1993

Kapteina, Hartmut : „Musiktherapie bei Suchtkranken“, in:  
Decker-Voigt, Hans-Helmut/ Knill, Paolo J./Weymann, Eckhard: „Lexikon Musiktherapie“ Hogrefe 1996: 8ff, 245ff, 356ff

Kaufmann 1999: 77ff, in: Meuser/Nagel 2001, Fußnote: 51, siehe Bogner / Menz

Küchenhoff 2002; in: Legnaro / Schmieder 2004: 32, siehe Legnaro / Schmieder

Krystal / Raskin 1970 in: Rost 2001 : 54, siehe Rost, Detlev

Legnaro, Aldo; Schmieder, Arnold (Hg.): “Suchtränder”, Jahrbuch Suchtforschung Bd. 4, 2004, Lit Verlag Münster: 9 bis 54

Lürßen 1976: 838 in: Rost 2001: 15, siehe ebenda

Lutz, R. in: Kapteina 1996: 11, siehe ebenda

Meuser,Michaela; Nagel, Ulrike siehe: Bogner / Menz

Müller in: Tretter / Müller 2001: 254

Pasett, in: Rost 2001: 72, siehe Rost, Detlev

Plum, Franz Vortrag am 19.-21.10-2000 Universität Witten-Herdecke,  
[www.musictherapyworld.net](http://www.musictherapyworld.net).

Prohaska und DiClemente in: Tretter / Müller 2001: 295f. siehe Tretter / Müller

Psyhyrembel : Klinisches Wörterbuch, Walter de Gryther Berlin, New York 2002

Reinecker, Hans, (Hrsg): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, Modelle psychischer Störungen, Hogrefe Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 2003 (4.Auflage

Revenstorf / Metsch in: Tretter / Müller 2001: 52, siehe Tretter / Müller

Rost, Wolf-Detlev: „Psychoanalyse des Alkoholismus“ Klett-Cotta Verlag 2001, Stuttgart

Saß et al. 1998, zit. nach Kraus, in: Tretter / Müller 2001: 136, siehe ebenda

Schenk, Josef: Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit, in: Handbuch der Klinischen Psychologie Band 4, Hoffmann und Campe 1980

Scheuch (1967), in: Bogner / Menz 2002:17, siehe ebenda

Schneider, Wolfgang (Hrsg.) „Indikationen zur Psychotherapie“ Anwendungsbereiche und Forschungsbereiche, daraus „Leitlinien der Indikationsforschung zur Psychotheapie- Forschungsstrategien, Begrenzungen und Unterlassungen“, Beltz Verlag Weinheim und Basel 1990

Schmidtbauer/vom Scheidt in: Kapteina 1996, siehe ebenda

Seidenstücker / Baumann 1979 in: Schneider 1990: 16, siehe ebenda

Simmel in: Rost 2001: 86, siehe Rost, ebenda

Smeijsters, Henk „Kriterien für eine evidenzbasierte Indikation in der Musiktherapie“ in: Musiktherapeutische Umschau (Hrsg. DGMT), Band 25/2004/3, Vandenhoeck & Rupprecht, Göttingen;

Smeijsters, Henk: „Grundlagen der Musiktherapie“ Verlag Hogrefe 1999

Spintge, R. und Droh, R. „Musik in der Medizin. 2. internationales Symposium“ am 6. und 7:Oktober 1984, Editiones Roche, Basel

Strotzka, H. (Hrsg.): „Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen“, Urban & Schwarzenberg–München-Berlin-Wien 1975, 331-335

Tagungsdokumentation DGMT (Hg): „Indikation...und was dann?“ Berlin 2002/08

Teuber in: Legnaro / Schmieder 2004 :17, siehe ebenda

Tretter, Felix, Müller, Angelika (Hg.) „Psychologische Therapie der Sucht“ Hogrefe Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 2001

Tüpker, Rosemarie „Musiktherapie als Erweiterung des Behandlungsangebotes oder: Warum braucht die Psychiatrie die Kunst?“ in: Tagungsdokumentationen des Symposiums „Hast Du Töne? Musik und Therapie im Rheinland“ 13. und 14. 11. 1997, (Hg). Landschaftsverband Rheinland

Vogel 1995, Abels/Behrens 1998 in Bogner / Menz: 65 Fußnote, siehe ebenda

Vollmer / Krauth in: Tretter / Müller 2001: 418ff, siehe ebenda

West, 2001a, zit. nach Bühringer in: Reinecker 2003: 332, siehe ebenda

Weymann, Eckhardt „...das ist ein weites Feld. Einige unordentliche Anmerkungen zur Praxis der Indikationsstellung für Musiktherapie in der psychotherapeutischen Klinik“, Musikalische Umschau 12 1991

## Versicherung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Master Thesis selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind oder auf Mitteilungen beruhen, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Weise noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Kiel, den 27.1.05