

1. Einleitung

Menschen mit Traumafolgestörungen brauchen eine spezielle Form von Psychotherapie. Die Patienten benötigen zunächst Stabilisierung, um in weiterer Folge dem Trauma zu begegnen, es zu integrieren, um schließlich durch Trauer und Neuorientierung weiterzuleben. So bedarf auch die Musiktherapie in ihrem psychotherapeutischen und psychodynamischen Verständnis einer Adaption ihrer gängigen Verfahren an die individuellen Gegebenheiten von Patienten mit Traumafolgestörungen. Diese Anregung stammt von Luise Reddemann im März 2007 am Ende ihres Vortrags „Musik – Ein Resilienzfaktor oder eine Gefährdung für schwer traumatisierte Menschen?“ am Freien Musikzentrum in München.

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf Musiktherapie im Rahmen einer tagesklinisch psychiatrischen Behandlung mit traumatisierten Erwachsenen. Sie soll einen Beitrag auch in der Hinsicht leisten, dass selbst in einer begrenzten tagesklinischen Verweildauer der Patienten traumadaptierte musiktherapeutische Vorgehensweisen, vor allem jene der Stabilisierung und Ressourcenaktivierung, umsetzbar sind. Dem Schätzwert entsprechend, dass 60% aller psychiatrischen Patienten im Laufe ihres Lebens mit traumatischen Ereignissen konfrontiert und entsprechende Folgestörungen entwickeln (Vysoki, 2010), ist dieses Thema für Musiktherapeuten von hoher Relevanz. Ausgehend von meinen Beobachtungen, dass das Verhalten der Patienten außerhalb und innerhalb der Musiktherapie häufig durch Vermeidung, Übererregung, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Kontrollverlust sowie dissoziative Symptome geprägt ist, standen bald die praktischen Fragen nach angemessenen musiktherapeutischen Möglichkeiten im Raum. Musik birgt in ihrem Gestaltungs- und Facettenreichtum sowohl Potenzial als auch Retraumatisierungsrisiko. Herr F erlebt in der Gruppenmusiktherapie das rieselnde Geräusch des Regenmachers als beruhigend im Gegensatz zu Frau K, welche die Flucht ergreift. Sie assoziierte das Instrument aufgrund seiner Gestalt mit einem *Prügel* aus ihrer Kindheit, mit dem sie jahrelang misshandelt wurde. Frau M liebt die Klänge der Chimes, mit denen sie ihr imaginiertes Bild musikalisch umrahmt, ganz im Gegensatz zu Herrn L, welcher beim Anblick der Chimes erstarrt. Ihre Gestalt erinnert ihn an die Gitterstäbe des Gefängnisses, indem er gefoltert wurde. Diese und zahlreiche andere Szenen aus der eigenen musiktherapeutisch klinischen Erfahrung weckten mein Interesse für angemessene Strategien im Umgang mit (schwer) traumatisierten Patienten sowie für die Suche nach geeigneten Messinstrumenten für den Behandlungserfolg.

Somit ist es Ziel dieser Arbeit, im Rahmen einer Studie mit vier Patienten, Behandlungsergebnisse nach dem Therapieprozess auf der seelischen, körperlichen und

vegetativen Ebene zu gewinnen. Dazu werden sowohl qualitative als auch quantitative Methoden im Sinne der Mixed Methods Forschung angewendet (Mössler, 2011b).

Mixed Methods dienen nicht nur der Bildung von Annahmen und Hypothesen, sondern leisten auch einen Beitrag hinsichtlich Theoriebildung. Im hierfür gewählten Embedded Design steht die qualitative Untersuchung im Vordergrund, wobei die quantitativen Datensätze als Ergänzung dienen.

Im Zentrum der qualitativen Untersuchung liegt die Analyse traumabedingter und musikbedingter Faktoren, welche innerhalb der Musiktherapie sichtbar werden. Für das Auffinden und Einordnen solcher Faktoren wird für die in dieser Arbeit verwendeten Fallrekonstruktionen die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) gewählt. Sie ermöglicht ein methodisch kontrolliertes Vorgehen, das konkret auf den Forschungsgegenstand ausgerichtet ist. Der Einbezug einer Expertenvalidierung gewährleistet das Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit. Die Gegenüberstellung von traumabedingten und musikbedingten Faktoren wird in Form von Kategorienpaaren dargestellt. Diese dichotomen Variablen dienen dem Musiktherapeuten als Modell für musiktherapeutische Strategien und Interventionen mit dem Ziel, diese an die jeweilige individuelle Situation anzupassen und umzusetzen. Weiters erlaubt sie eine tiefergehende Betrachtung des komplexen Geschehens innerhalb der einzelnen Therapieverläufe. Sie liefert Ergebnisse hinsichtlich Vorkommen und Häufung der Faktoren, bedingt durch den Einsatz von Musik sowie durch das Beziehungsgeschehen zwischen Patientin und Therapeutin. Letztlich soll die Bildung des Kategoriensystems trauma- und musikbedingter Faktoren als Erklärungs-, Interpretations- und Reflexionshilfe dienen.

Zur objektiven Feststellung von Veränderungen klinisch relevanter Traumafolgesymptome durch ein traumadaptiertes musiktherapeutisches Behandlungsverfahren werden für die quantitative Untersuchung drei unterschiedliche Messinstrumente herangezogen. Vor und nach jeder Therapiesitzung wird im Rahmen einer Biofeedbackanalyse die vegetative Ebene durch die Messung des Hautleitwertes diagnostiziert. Die Höhe des individuellen Hautleitwertes zeigt das unmittelbare Stressverhalten an. Zur Selbsteinschätzung der momentanen psychischen Befindlichkeit wurden eigene Skalen (SUC- und SUD-Skalen) erstellt, in welchen durch Nennung eines Zahlenwertes die unmittelbare subjektive Befindlichkeit vor und nach jeder Sitzung erhoben wird. Durch die Nennung eines abstrakten Wertes, im Unterschied zur Beschreibung der eigenen Gefühle, wird das Risiko einer möglichen Affektüberflutung der Patienten deutlich reduziert. Für die Selbsteinschätzung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung innerhalb der letzten sieben Tage, am Beginn und am Ende des Therapieverlaufs, wird die Symptomcheckliste SCL-90-R als psychodiagnostisches Verfahren verwendet.

Folgende Fragestellung kristallisiert sich für die Forschungsarbeit heraus:

- Welche traumabedingten und musikbedingten Faktoren werden in den Fallrekonstruktionen erkennbar und verstehbar?
- Können klinisch relevante Traumafolgesymptome durch ein traumaadaptiertes musiktherapeutisches Behandlungsverfahren tatsächlich verändert bzw. reduziert werden?

Die Fragestellung beinhaltet Überlegungen zu musiktherapeutisch methodischen Aspekten sowie die Einbettung gängiger Basisstrategien (Information, Transparenz und Kontrolle) und bestimmten Stabilisierungstechniken aus traumatherapeutischen Behandlungskonzepten, die für den hier vorgestellten musiktherapeutischen Behandlungsansatz geeignet scheinen.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen qualitativen und quantitativen Forschungsmethodik werden im 2. Kapitel die theoretischen Grundlagen der Psychotraumatologie dargestellt. Das Phänomen Psychotrauma wird unter historischen, psychologischen, neurobiologischen sowie stressphysiologischen Aspekten betrachtet. Weiters folgt eine Auseinandersetzung mit den Folgen und Auswirkungen psychischer Traumatisierungen vor allem in Hinblick auf komplexe Traumafolgestörungen einschließlich ihrer diagnostischen Einordnung in posttraumatische sowie dissoziative Störungen. In Bezug auf die im Anhang dargestellten Fallrekonstruktionen werden die Themen Migration und Exil sowie sexueller Kindesmissbrauch erläutert. Solche traumatischen Situationen rufen spezifische Reaktionen und Prozesse hervor, deren Dynamik und Symptome beschrieben werden. Gemeint sind in diesem Kontext auch kumulative Traumatisierungen, wie sie häufig nach gravierenden Beziehungstraumata (frühkindliche Vernachlässigung, schwere Misshandlung und sexualisierte Gewalt) im Laufe des Lebens entstehen.

Das 3. Kapitel widmet sich traumatherapeutischen Vorgehensweisen. Hauptaugenmerk liegt auf dem Phasenmodell, welches aus Stabilisierung, Integration und Neuorientierung besteht.

Traumatherapeutische Basisstrategien und Stabilisierungstechniken, die sich auch für die Einbettung in ein musiktherapeutisches Setting vor allem als stabilisierende Elemente eignen, werden aus unterschiedlichen Behandlungskonzepten beschrieben.

Das 4. Kapitel erfasst musiktherapeutische Behandlungsansätze. Nach einem Literatur- und Forschungsüberblick werden bereits erstellte musik-traumatherapeutische Modelle sowie der in dieser Arbeit vorgestellte Behandlungsansatz unter Berücksichtigung musiktherapeutischer Methoden und Techniken erklärt.

Das 5. Kapitel beschreibt die Studie, die von mir im Rahmen dieser Forschungsarbeit in einem Wiener psychiatrischen Krankenhaus durchgeführt wurde. Durchführung, Erhebung, Aufbereitung und Auswertung der Mixed Methods durch die Untersucherin sowie die Ergebnisse aus der Expertenvalidierung werden dargestellt und diskutiert.

Im Anhang I befinden sich die Auswertungstabellen des Kategoriensystems (traumabedingte und musikbedingte Faktoren 1–10) der qualitativen Inhaltsanalyse.

Anhang II beinhaltet die Fallrekonstruktionen der Patientinnen A und B und der Patienten C und D aus insgesamt 51 einzelmusiktherapeutischen Sitzungen. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Fundstellen war es nötig, die jeweiligen Seiten entsprechend zu formatieren. Ebenso wurde deswegen die Seitenzahl mit den anonymisierten Patientenbuchstaben markiert. Am Ende der Textstelle befindet sich die Kategorienbezeichnung.

Da ich die Begriffe PatientInnen, TherapeutInnen und KollegInnen etc. als unbefriedigend empfinde, wird in meiner Arbeit abwechselnd die männliche oder weibliche Schreibweise verwendet. Anstatt der Termini Klient und Klientin bevorzuge ich die Termini Patient und Patientin.

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zu einer traumatherapeutisch orientierten Musiktherapie leisten. *Traumaadaptierte Musiktherapie* orientiert sich an den Grundlagen der Psychotraumatologie, dem aktuellen Forschungsstand hinsichtlich neurobiologischer Erkenntnisse und deren Konsequenz daraus für Indikation und Modifikation musiktherapeutischer Methodik.