

2. Grundlagen der Psychotraumatologie

2.1 Zur Geschichte der Psychotraumatologie

„Die Erforschung psychischer Traumata hat eine eigenartige Geschichte – immer wieder gibt es Phasen der Amnesie“
(Herman, 2003, S. 17).

Betrachtet man die Entwicklungsgeschichte der Psychotraumatologie, so lassen sich im Wesentlichen drei Forschungsfelder erkennen. Der Bogen spannt sich von der Erforschung der Hysterie Ende des 19. Jahrhunderts insbesondere in Frankreich, der Schützengraben- oder Kriegsneurose Ende des Ersten Weltkriegs in England und den USA, wobei die Forschung bis nach dem Vietnamkrieg ihren Höhepunkt erreichte, bis hin zu den Forschungen über sexuelle und innerfamiliäre Gewalt in Zusammenhang mit der Frauenbewegung in Westeuropa und in den USA. Nach Judith Herman war und ist es immer auch eine politische Frage, ob Forschungen durchgeführt und diese auch in der Öffentlichkeit diskutiert werden können. Im gesamten Zeitraum wiederholten sich vergleichbare Forschungen, die oftmals abrupt abgebrochen und sehr viel später wieder fortgesetzt wurden. Die Ursache liegt im Thema selbst. Es ruft kontroverse Reaktionen hervor, die periodisch tabuisiert werden müssen. Seit der Erforschung psychischer Traumata in einer mittlerweile umfangreichen Literatur geht es in der Diskussion immer um die Grundsatzfrage, inwiefern Traumata und Traumafolgeerscheinungen glaubhaft und wahr sind. Ständig muss gegen die Tendenz angekämpft werden, das Opfer als unglaubwürdig zu bezeichnen, und auch die Glaubwürdigkeit der Forscher wird in Frage gestellt (Herman, 2003, S. 17ff.). Vor diesem Hintergrund wird hier die Geschichte der Psychotraumatologie in Ansätzen beleuchtet.

Bereits vor Freuds Ausführungen (1896) gab es wichtige Vorläufer, die sich mit Fragen über die Auswirkungen von sog. Realtraumatisierungen auseinander setzten. Folgende Fragestellungen durchzogen die Diskussionen:

„Handelt es sich um organische Erkrankungen oder um psychische Störungen? Handelt es sich um Krankheiten oder um Simulationen und Betrügereien?“ (Venzlaff et al., 2004, S. 6)

Unfalltraumata sind in der Literatur zunächst in England, später in den USA und danach auch in Deutschland beschrieben worden. Besonders bedeutsam scheinen

die Ausführungen von John Eric Erichsen (1882), einem Londoner Chirurgie-Professor, in Bezug auf die sog. *Railway Spine*. Am 15. September 1830 ereignete sich entlang der neu eröffneten Eisenbahnlinie Liverpool-Manchester ein folgenschwerer Unfall. Es wurde trotzdem weiter expandiert, und die Unfälle häuften sich. Erichsen untersuchte die Unfallopfer und beschrieb als Folge von heftigen Stoßverletzungen u. a. heftige Rückenmarksirritationen. Die Auswirkungen dieser sog. Wirbelsäulenerschütterungen, auch *Erichsen's Disease* genannt, sind in diversen Schriften¹ nachzulesen. Nach heutigem Verständnis würde die diesbezügliche Beschreibung des Charles Dickens als akute Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden (Venzlaff et al., 2004, S. 6).

Schriften über die Folgen des Massenphänomens der Kindesmisshandlung und der sexualisierten Gewalt gegen Kinder, findet man zunächst in Frankreich. 1857 erscheint das Buch „Gerichtsärztliche Untersuchung über Unzucht“ – bis 1878 in 6 Auflagen erschienen – von Ambroise Auguste Tardieu. Das Werk fand kaum Erwähnung in der Fachliteratur, in dem er mit erschreckenden Zahlen folgendes belegt:

„[...] dass zwischen den Jahren 1858 und 1869 in Frankreich 11576 Menschen wegen Vergewaltigung oder versuchter Vergewaltigung angeklagt worden sind, davon nicht weniger als 9125 wegen solcher Delikte an Kindern, fast immer Mädchen“ (zit. n. Venzlaff et al., 2004, S. 7).

Weiters veröffentlichte Tardieu 1860 eine gerichtsmedizinische Studie über Kindesmisshandlung. Laut seinen Begutachtungen würden kleine Kinder sogar von den eigenen Eltern auf grausame Weise misshandelt, sexuell missbraucht und zu Tode gequält werden (ebd.).

Ende des 19. Jahrhunderts widmete sich der französische Neurologe Jean Martin Charcot an der Pariser Sâlpêtrière der Erforschung der Hysterie. Bis zu diesem Zeitpunkt galt die genannte Störung als typisch weiblich, da deren Ursprung in der Gebärmutter (Hyster) vermutet wurde. Die Hysterie sei rätselhaft und unkontrollierbar und typisch für alles, was Männern am anderen Geschlecht unverständlich erschien. Charcot's Vorgehensweise war die eines seriösen Forschers: klassifizierend, systematisierend, beschreibend und beobachtend dokumentierte er die Symptomatik der Hysterie, die er die ‚große Neurose‘ (Herman, 2003, S. 22) nannte. 1880 konnte er beweisen, dass Symptome wie motorische Lähmungen, Krampfanfälle, Amnesien etc. psychischen Ursprungs waren, da diese durch Hypnose sowohl hervorgerufen als auch beseitigt werden konnten (ebd.). Charcot's Interesse am Gefühlsleben seiner Patientinnen hielt sich in Grenzen. Erst seine Schüler, Pierre Janet in Frankreich und Sigmund Freud zusammen mit Josef Breuer in

1 Sammlung Deutscher Gedichte „Die Brücke am Tay“ (Benno von Wiese). „The Life of Charles Dickens“ (Foster, 1969).

Wien kamen unabhängig voneinander der Ursache der Hysterie auf die Spur. Beide lauschten stundenlang den Patientinnen mit „[...] unbekannter Hingabe und Respekt auf das, was Frauen zu sagen hatten“ (Herman, 2003, S. 23). Die Fallstudien beschreiben unerträgliche Gefühlsreaktionen aufgrund traumatischer Ereignisse, die hysterische Symptome auslösen. Somit wurde klar, dass Hysterie durch ein psychisches Trauma verursacht wird (ebd.). Der Begriff der *Dissociation* von Janet und der Begriff der *Spaltung des Bewusstseins* bzw. von *doppeltem Bewusstsein* von Freud (Herman, 2003, S. 23; Venzlaff et al., 2004, S. 9f.) wurden als mögliche Erklärungen herangezogen, wie unerträgliche sexuelle Missbrauchserfahrungen bewältigt werden können. Darüber hinaus entdeckten beide, dass durch das Aufdecken der traumatischen Erinnerungen mit den damit verbundenen Gefühlen die hysterischen Symptome zurückgingen.

Janet gilt in der modernen Traumaforschung als die zentrale Figur. Er beschrieb damals so gut wie alles, das heute als dissoziative Störung, Aufspaltung des Bewusstseins und posttraumatische Störung diskutiert wird. Im Unterschied zu Freud gab Janet seine Traumatheorie zur Hysterie nicht auf. Trotz des enormen Umfangs seines wissenschaftlichen Werkes, trotz verbreiteter wissenschaftlicher Anerkennung, geriet Janets Modell der Dissoziation fast 100 Jahre in Vergessenheit. Die damaligen Erkenntnisse, dass hysterische Symptome oftmals Ursache von traumatischen Erfahrungen sein können, setzten der Organogenese seelischer Erkrankungen die Möglichkeit der Psychogenese entgegen: „Organogenese vs. Psychogenese sollte ein Jahrhundert lang die Diskussion in Psychiatrie, Psychologie und Psychoanalyse dominieren. Erst heute fällt dieser Dualismus in sich zusammen“ (Venzlaff et al., 2004, S. 9).

Zurück zu Freud. Im April 1896 hielt er in Wien im Verein für Psychiatrie und Neurologie einen Vortrag zur *Ätiologie der Hysterie*, in dem er die These präsentierte, dass jedem hysterischen Fall „[...] ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung [...]“ (Freud, 1896, S. 439) zugrunde liegen würden. Freud wurde danach von der Wiener Gesellschaft ausgegrenzt. Im September 1897 folgte der berühmte Widerrufsbrief an seinen engsten Freund Wilhelm Fließ, indem er bekennt, dass er seine *Verführungstheorie* aufgegeben hat. Danach begann Freud mit den Ausarbeitungen seiner Theorien u. a. jener vom Ödipuskomplex. Diese Kehrtwende Freuds wurde ihm häufig „[...] als Verrat an den traumatisierten Frauen vorgeworfen“ (Venzlaff et al., 2004, S. 10). Herman erklärt diese mangels eines gesellschaftlichen und politischen Umfeldes, das die Thesen von Freud gestützt hätte, und das es in Wien ohnehin nie gab (Herman, 2003, S. 32). Die Theorie des Ödipuskomplexes prägte für lange Zeit die Psychoanalyse. „Bis heute gibt es mehr als genug Psychoanalytiker, die dieser Theorie anhängen“ (Huber, 2007, S. 25). Aus traumatherapeutischer Sicht sind die von Freud entwickelten Konzepte der intrapsychischen Konflikte und der Verdrängung, und vor allem das Konzept des ödipalen Konfliktes i. S. e. kindlichen Inzestwunsches fatal. Mittlerweile lässt sich aber

eine Umkehr im Denken aufgrund der Entwicklungen der letzten zwanzig Jahre erkennen. Reale, etwa traumatisierende Beziehungserfahrungen „werden heute konzeptionell in den Vordergrund gestellt und Schicksale als Zusammenspiel von Innen und Außen, Trieb und Beziehungseinflüssen verstanden“ (Hirsch, 2011, S. 8).

Parallel zu den Ausführungen von Freud entstand 1888 der Begriff der *traumatischen Neurose*, die der deutsche Nervenarzt Herman Oppenheim als Folge von Arbeits- und Verkehrsunfällen beschrieb. Aus Schreck und Schock würden sich aus daraus folgenden körperlichen Veränderungen seelische Symptome entwickeln (Oppenheim, 1892). Auch hier kam es zu einer Gegenbewegung, weil sich Rentenansprüche enorm anhäuferten und sich viele Betroffene, so hieß es, eine Rente erschleichen wollten (Huber, 2007, S. 26).

Im I. Weltkrieg tauchten durch die große Anzahl verwundeter Soldaten Begriffe wie *Granaten-Schock-Syndrom* (*shell shock*) und *Schützengraben-Neurose* (Myers, 1940) auf. Hervorgerufen durch den zermürbenden Stellungskrieg in Schützengraben, ohne die Möglichkeiten zu Kampf oder Flucht, waren die Soldaten ohnmächtig der Situation ausgeliefert. Man führte das Syndrom zunächst auf die Wirkung von Minenexplosionen zurück. Als die Symptome wie unkontrolliertes Schreien und Weinen, Erstarren, Gedächtnisverlust, und die Unfähigkeit, Gefühle zu empfinden etc. auch bei Soldaten ohne physische Gewalteinwirkung auftauchten, wurde erkannt, dass diese auf psychische Traumata zurückzuführen waren. Die Soldaten benahmen sich plötzlich wie hysterische Frauen und galten als Simulanten und Feiglinge (Herman, 2003, S. 34f.). Ein wichtiger Vertreter für eine humane Behandlung war der Arzt W.H.R. Rivers, welcher zwei Grundregeln einführte, die sich danach amerikanische Militärpsychiater im II. Weltkrieg aneigneten:

„Erstens hatte er bewiesen, dass auch ausgewiesene tapfere Männer von unkontrollierbarer Angst überwältigt werden konnten, und zweitens hatte er gezeigt, dass das Motiv zur Überwindung der Angst stärker sein musste als Patriotismus, abstrakte Prinzipien oder Hass auf den Feind: das wirkungsvollste Motiv war die Zuneigung der Soldaten untereinander“ (Herman, 2003, S. 37).

Bald nach Kriegsende verebbte das medizinische Interesse für psychische Traumata. In der zivilen Gesellschaft galten die Männer mit schweren psychischen Schäden als eine Peinlichkeit (ebd. S. 38). Die Rentenansprüche der *Kriegsneurotiker* entwickelten sich in Deutschland zu einem volkswirtschaftlichen Problem (Venzlaff et al., 2004, S. 16).

Im II. Weltkrieg widmete sich der amerikanische Psychiater Abram Kardiner intensiv den traumatisierten amerikanischen Soldaten, die gegen Nazi-Deutschland und Japan kämpften. Kardiniers Kindheit war ebenfalls geprägt von Traumatisierungserfahrungen. Der frühe Verlust der Mutter, familiäre Gewalt, Verwahrlosung, Armut und Hunger trugen seiner eigenen Einschätzung nach dazu bei, sich mit

traumatisieren Menschen identifizieren zu können (Venzlaff et al, 2004, S. 13). Kardiner (1941) prägte den Begriff der *Physioneurose* für die Umschreibung des chronischen Beeinträchtigungsprozesses nach einem Trauma. In gewisser Weise begann damit die moderne Psychotraumatologie (Huber, 2007, S. 29).

Nach dem II. Weltkrieg begann eine intensive Auseinandersetzung mit den Folgen des Holocaust. Beispielsweise Hermann veröffentlichte 1955 in Dänemark seine Arbeit über das *KZ-Syndrom*. Bastiaans schrieb 1957 in den Niederlanden über den *traumatischen Schwächezustand psychosomatischer Art*. Doch zur Widerlegung der Annahme, dass die Belastungsfähigkeit der Seele im Unendlichen liege, bedurfte es umfangreicher wissenschaftlicher Arbeiten. Letztlich kamen die Forscher unabhängig voneinander zu vergleichbaren Ergebnissen. Das Konzept vom erlebnisbedingten Persönlichkeitswandel durch chronische Belastungen wurde spätestens 1961 mit den Ergebnissen der Baden-Badener-Psychiatrie-Tagung akzeptiert. In den USA wurden anhand der Forschungsergebnisse weitgehende Ähnlichkeiten in den psychischen Folgen zwischen Überlebenden des Holocaust und denjenigen der Hiroshima-Katastrophe festgestellt (Venzlaff, et al., 2004, S. 17f.).

Psychoanalytische Autoren, die das Freud'sche Traumakonzept weiterentwickelten, sind u. a. Masud Khan, Max Stern, John Bowlby und D.W. Winnicott. Khan prägte 1963 den Begriff *kumulatives Trauma*. Max Stern beschrieb die ersten Notfallreaktionen als unmittelbare Folgen massiver psychischer Traumatisierungen einerseits als katanoide Reaktionen, andererseits als agitierten Bewegungsturm. Bowlby fasste Konzepte zur Auswirkung von frühkindlicher Deprivation zusammen. Er verband psychoanalytisches Gedankengut mit entwicklungspsychologischen und neurobiologischen Konzepten bis hin zur Verhaltensbiologie und Soziologie. Insgesamt wird das Werk von Bowlby als Vorbild für die Psychotraumatologie betrachtet. Winnicott, dessen Gesamtwerk zu den herausragendsten der Psychoanalyse zählt, beschrieb den Aufbau eines falschen Selbstsystems mangels einer genügend guten Umgebung. Das Kind wird durch das Versagen der Umwelt oder durch Übergriffe traumatisiert. Dies bewirkt eine zu frühe Desillusionierung der frühkindlichen Allmachtsfantasie (Fischer & Riedesser, 2009, S. 42ff.).

Ab 1970 besann sich die Forschung in den USA auf die Erkenntnisse Pierre Janets. Hier beginnt – ausgehend von der Erforschung der Hysterie und danach der Kriegsneurosen – das dritte Forschungsfeld. Einerseits wurde durch die Bürgerrechtsbewegung die Posttraumatische Belastungsstörung als großes Problem der Kriegsveteranen durch den Vietnamkrieg erkannt, andererseits rückte durch die Frauenbewegung das Ausmaß häuslicher Gewalt in das öffentliche Bewusstsein, vor allem durch die bahnbrechenden Arbeiten der Harvard-Professorin Judith Lewis Herman. 1980 wurde die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als offizielle Diagnose in der psychiatrischen Nomenklatur anerkannt und setzte eine weitere Welle wissenschaftlicher Untersuchungen in Gang:

„Erst nach 1980, nachdem infolge der Bemühungen der Kriegsveteranen der Begriff des posttraumatischen Syndroms fest etabliert war, wurde deutlich, dass die psychischen Syndrome, an denen die Opfer von Vergewaltigungen, häuslicher Gewalt und Inzest litten, im wesentlichen den Syndromen der Kriegsoffer entsprachen“ (Herman, 2003, S. 50).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass unser heutiges Verständnis über psychische Traumata auf der Synthese dieser drei unterschiedlichen Forschungsfelder basiert. Und auch heute darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Erforschung psychischer Traumata untrennbar mit dem Rückhalt in einer politischen Bewegung verknüpft ist.

Folgende Tabelle (vgl. Wolf, 2009) soll einen detaillierten Überblick über die wichtigsten historischen Abschnitte geben:

Zeit	Anmerkung
Altertum	Trauma = „Leck“ an Schiffen
Vor 1800	Keine Trennung zwischen Körper und Psyche Psychisch Kranke wurden als <i>vom Teufel besessen</i> oder als <i>moralisch Dekadente</i> gesehen.
1856	Ambroise Tardieu: An der Salpêtrière in Paris findet die Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Kindstötungen mit sexuellem Hintergrund statt.
1871	Pierre Janet: Schwere seelische Störungen sind posttraumatische Zustände und haben oft etwas mit Kindesmisshandlungen, Kindesmissbrauch oder anderen schweren Traumata zu tun. Janet beschreibt Symptome, die heute als dissoziative Störungen, Dissoziation, Aufspaltung des Bewusstseins und posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet werden. Deutschland: Erste Gesetze zur Haftpflicht aufgrund der durch die Industrialisierung verbundenen Unfälle in Fabriken und mit der Eisenbahn.
1888	Herrmann Oppenheim: Hypothese der <i>traumatischen Neurose</i>
1889	John Eric Erichsen: Hypothese der <i>Eisenbahnwirbelsäule</i> . Sie ist dafür verantwortlich, dass es aufgrund eines Eisenbahnunfalls später zu Zittern, Konzentrationsstörungen und schnellem Herzschlag kommt.
1896	Hysterie (Begriff kommt von Aristoteles) Jean-Martin Charcot: Krampfanfall durch den <i>Hyster</i> (Uterus) ausgelöst. Sigmund Freud: Verführungstheorie.
1897	Widerrufsbrief an Fließ v. 21.9.1897: Freud gibt seine <i>Verführungstheorie</i> auf. Entstehung der Theorie der ödipalen Phantasie. Somit verfolgt Freud das Konzept der Dissoziation nicht mehr weiter und entwickelt als neue Theorie das Modell der intrapsychischen Konflikte und der Verdrängung, insbesondere der kindlichen Sexualverdrängung.

Erster Weltkrieg	Militärpsychiatrie ab ca. 1916, <i>Simulanten</i> (Vaterlandsverräter, Renten-neurotiker)
Weimarer Republik	<i>Begehrnsvorstellung</i> – Rentenproblem mit den Betroffenen.
Zweiter Weltkrieg	In den Militärpsychiatrien der USA und von Großbritannien wird erkannt, dass das Auftreten von Traumafolge-Erscheinungen durch gute Gruppenkohäsion vermindert wird.
1941	Abraham Kardiner: Seine Thesen basieren auf seinen Erfahrungen im II. Weltkrieg: Er sieht in der Neurose einen Anpassungs- und Bewältigungsversuch und legt Wert darauf, die Ursache hinter den Symptomen aufzudecken und die Folgeerscheinungen zu verstehen.
1944	Durch psychologische Nachsorge für Militär in kleinen Gruppen verbessert sich der Zustand der Betroffenen.
1950	Überlebende des Atombombenabwurfs von Hiroshima und Nagasaki haben ein ähnliches psychopathologisches Syndrom wie Überlebende von Konzentrationslagern.
1956	Entschädigungsgesetz in Deutschland: Gesundheitsschäden wg. nationalsozialistischer Verfolgung und durch Konzentrationslager führen zu einem Anspruch auf Erwerbsminderungsrente: Bundesentschädigungsgesetz bei Minderung der Funktionsfähigkeit um 25 Prozent.
Ab 1970	Bürgerrechtsbewegung und Frauenbewegung in den USA: Die Posttraumatische Belastungsstörung gilt als großes Problem der Kriegsveteranen des Vietnamkriegs. Das Ausmaß häuslicher Gewalt rückt in das öffentliche Bewusstsein.
1980	Beginn der modernen Psychotraumatologie: Anerkennung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) als offizielle Diagnose in der psychiatrischen Nomenklatur.
1981	WHO: Post-traumatic-stress-disorder auf der Basis von Selyes Stressforschung.
Ab 1990	Entwicklung traumatherapeutischer Methoden.

Tabelle 1: Historischer Überblick

2.1.1 Psychotraumatologie als Forschungs- und Praxisfeld

Mittlerweile hat sich ein legitimes Forschungsfeld etabliert, mit einer unüberblickbaren Anzahl an Publikationen, in denen neue Forschungsergebnisse präsentiert werden. Das Gegenstandsfeld Psychotraumatologie wird durch neurobiologische Theorien zum Traumagedächtnis, der Dissoziation und der posttraumatischen Belastungsstörung laufend weiterentwickelt. Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung werden ebenso berücksichtigt wie transgenerationale Traumata, geschlechtsspezifische Aspekte etc. (Seidler et al., 2011). Neue und auch kontro-

verse Diskussionen werden geführt. Zwei für diese musiktherapeutische Arbeit relevante Themenbereiche sollen an dieser Stelle Erwähnung finden: das Phasenmodell und die Traumabearbeitung hinsichtlich des Übertragungsgeschehens.

Das dreistufige Behandlungskonzept, welches als Phasenmodell aus Stabilisierung, Traumakonfrontation und Integration besteht, wird in traumatherapeutischen Konzeptionen grundsätzlich anerkannt. Die hohe Übereinstimmung hinsichtlich einer notwendigen Stabilisierungsphase, besonders im Fall komplex traumatisierter Patienten, wird durch Forschungsergebnisse jedoch nicht unbedingt unterstützt. Neuner zufolge gibt es keinen Beleg, dass Expositionsverfahren gefährlicher als stabilisierende Verfahren sind (Neuner, 2008, S. 109). Möglicherweise ist dies auf die jeweiligen Studiendesigns zurückzuführen. Neuner berücksichtigt nicht die entsprechenden Interventionen innerhalb der Stabilisierungsphase, wie etwa kognitive Umstrukturierungen: die Bearbeitung sekundärer Traumafolgesymptome wie Schuld- und Schamgefühle zeigen ebenfalls eine stark stabilisierende Wirkung. Derartige Schlussfolgerungen berücksichtigen somit nicht ausreichend den gesamten Themenkomplex der Stabilisierungsphase. Befürworter einer ausreichenden Stabilisierungsphase weisen ebenfalls darauf hin, dass in den erwähnten Studien komplex traumatisierte Patienten eher nicht zu finden sind. Da die komplexe posttraumatische Belastungsstörung noch nicht offiziell existiert, werden diese Patienten in den Studien auch nicht explizit berücksichtigt (Lampe et al., 2008). Insgesamt lässt sich die hier beschriebene Problematik aufgrund der bisherigen Publikationen nicht zufrieden stellend klären (vgl. Rosner et al., 2010, S. 128). Nach meinem Dafürhalten bleibt es eine Tatsache, dass ohne Stabilisierung einschl. Ressourcenaktivierung eine zu rasche Traumaexposition bei komplex traumatisierten Patienten zu deutlichen Verschlechterungen bzw. zu Retraumatisierung führt (vgl. Sachsse, 2010, S. IX).

Ein neuer integrativer Therapieansatz bezüglich des erwähnten Phasenmodells soll hier noch beschrieben werden. Die *schonende Traumatherapie* nach Martin Sack stellt eine Kombination aus stabilisierender und konfrontativer Behandlung dar, indem die Stabilisierung nicht in Abgrenzung des gesamten Behandlungskonzeptes betrachtet wird. Das neue Paradigma bezieht sich auf die Behandlung der gegenwärtigen Symptomatik – im Gegensatz zur Behandlung des *Traumas* – durch ausreichende Aktivierung der Bewältigungsressourcen (vgl. Sack, 2010, S. 5). Dieses neue Modell scheint meines Erachtens auch für eine *traumaadaptierte Musiktherapie* (Kapitel 4.3) zur Behandlung von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen hilfreich zu sein.

Eine weitere kontroverse Diskussion betrifft das Thema der Traumabearbeitung im Übertragungsgeschehen. Es geht um die Frage, inwiefern das Trauma in der Übertragung wiederbelebt werden muss. Kritische Anmerkungen stammen z. B. von Mathias Hirsch, welcher den Unterschied therapeutischer Vorgehensweisen

zwischen chronisch familiären Traumata und Extremtraumatisierungen unabhängig vom Lebensalter betont. Frühkindliche Traumata würden eher zu Persönlichkeitsstörungen, einmalige Extremtraumatisierungen eher zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen. Hirsch hält die heutigen propagierten traumatherapeutischen Techniken für die Folgen langjähriger Beziehungstraumata für ungeeignet und plädiert für eine langjährige Beziehungstherapie (Hirsch, 2011, S. 12). Zugunsten von *Entwicklungsangeboten* würden sich Analytiker weigern, mit den Patienten weiter mit dem Konzept von Übertragung und Gegenübertragung zu arbeiten (ebd., S. 78). Die Begründung von Ulrich Sachsse, den Aspekt der Selbstheilungskräfte in der therapeutischen Beziehung zu akzentuieren, liegt jedoch klinischen Erfahrungen zugrunde. Beziehungszentrierte Psychotherapie habe langjährige Abhängigkeitsverhältnisse geschaffen, in denen sich komplizierte, regressive und unerwachsene Beziehungsmuster konstelliert hätten, die er als *leidvolle Plackerei* beschreibt (Sachsse, 2004d, S. 187). Seine dahingehende Argumentation, dass in Trauma-Expositionen nicht nur zeitlich befristete traumatische Einzelereignisse, sondern der damit verbundene Alterszustand reaktiviert wird, scheint plausibel. Denn Menschen mit schwerwiegenden Traumafolgestörungen haben große Schwierigkeiten, eine Meta-Ebene einzunehmen, um „[...] zwischen dem Zustand des reflektierenden Erwachsenen und des erlebenden Kindes jeder Zeit sicher hin- und herzuwechseln“ (ebd.). Selbst mit therapeutischer Unterstützung würden es die Betroffenen nicht schaffen, die Realitätsverwirrung aufzulösen und die Erwachsenenebene aufrecht zu erhalten. Sachsse und seine Mitarbeiter sprechen in ihren Vorgehensweisen Übertragungsphänomene rasch an, um eine Ausbreitung zu verhindern. Die traditionell orientierte Psychoanalyse hat im Unterschied zur Verhaltenstherapie das Ziel, die Pathologie in das Übertragungsgeschehen zu bekommen. Sachsse warnt hier vor der Gefahr eines traumatischen Übertragungsgeschehens im Sinne einer *Täter-Opfer-Wippe*, wobei sich entweder Patient oder Therapeut wechselnd und wechselweise traumatisiert fühlt. Sein Fazit lautet:

„Traumazentrierte Therapie unter Verteidigung der therapeutischen Beziehung gegen Wahrnehmungsverzerrungen wie projektive Identifikationen und primitive Übertragungen ist weniger leidvoll für beide Seiten *und* therapeutisch effektiver“ (Sachsse, 2004d, S. 188).

Betrachtet man das von Luise Reddemann entwickelte Verfahren PITT, das gelegentlich missverständlich als ein rein übendes Verfahren eingestuft wurde, so findet hier eine ausreichende Auseinandersetzung und Nutzung des Konzeptes von Übertragung und Gegenübertragung statt. Die ausschließliche Konfliktorientierung wird hier genauso problematisch wie die ausschließliche Traumaorientierung angesehen. Die Psychodynamik der Traumafolgestörung wird im Spannungsfeld zwischen Traumaschema und traumakompensatorischem Schema erklärt (Reddemann, 2008, S. 23). Allerdings gilt eine Förderung der *Übertragungsneurose* bei traumatisierten Patienten als kontraindiziert (ebd., S. 26). Die Diskussion, inwie-

fern bestimmte Vorgehensweisen in traumazentrierten Behandlungsverfahren den Patienten nutzen oder schaden, speziell der herausfordernde Umgang mit Übertragung- und Gegenübertragungsphänomenen, wird weiterhin aufrecht erhalten bleiben und auch für die Musiktherapie eine Rolle spielen.

2.2 Psychische Traumatisierung – eine Begriffsklärung

Aufgrund der Komplexität des Phänomens Psychotrauma und der vielfältigen Verwendung des Traumbegriffs richten sich die hier angeführten Definitionen nach den kennzeichnenden Kriterien eines Psychotraumas, insbesondere in Abgrenzung von anderen belastenden Lebensereignissen. Psychische Traumatisierung stellt einen Extremfall einer unkontrollierbaren Belastung dar (Hüther, 2001, S. 112). Begriffe aus der Medizin – Schädel-Hirntrauma oder Geburtstrauma – werden in dieser Arbeit nicht implizit miteinbezogen. Beim Schädel-Hirntrauma wird das psychische Störungsbild zur posttraumatischen Belastungsstörung bei diesen Klienten abgegrenzt (Zahler, 2007, S. 65) und auch nach der Geburt gibt es offensichtlich keine klinisch manifeste posttraumatische Belastungsstörung (Peichl, 2009, S. 28).

Die Mitbegründer der Psychotraumatologie in Deutschland, Gottfried Fischer und Peter Riedesser, definieren ein Psychotrauma als

„Vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer & Riedesser, 2009, S. 84).

Dementsprechend ist es sinnvoll, objektive von subjektiven Bedingungen eines Traumas zu unterscheiden (Sack, 2010, S. 12). Nach DSM-IV² wird im Sinne des Kriterium A der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowohl das objektive (A1) als auch das subjektive Kriterium (A2) folgendermaßen definiert:

Definition einer traumatischen Situation nach DSM-IV

Die betroffene Person war einer Situation ausgesetzt, in der die folgenden Bedingungen erfüllt waren:

- Die Person war selbst oder als Zeuge mit einem Ereignis konfrontiert, das den Tod, Todesbedrohung oder eine ernsthafte Bedrohung der physischen Integrität von sich selbst oder von anderen Menschen zum Inhalt hatte (Kriterium A1).
- Die betroffene Person reagierte mit starker Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen (Kriterium A2). (Sack, 2010, S. 12)

Die Definition zeigt, dass innerhalb der DSM-IV-Kriterien die Zeugenschaft explizit miteinbezogen wird – im Unterschied zu der Definition einer traumatischen Situation nach ICD-10³. Nach Sack würde in der ICD-10 (WHO, 1992) jedoch

2 Diagnostic and statistical manual of mental disorders

3 International classification of mental and behavioural disorders

mehr Spielraum für Interpretationen bleiben, nachdem das Ereignis von unterschiedlicher Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß definiert wird, das tiefgreifende Verzweiflung hervorrufen würde (Sack, 2010, S. 13).

Für Klein- und Kleinstkinder sind diese Definitionen möglicherweise fragwürdig und unzureichend, da präverbale Erlebnismuster, unabhängig von traumatischen Ereignissen, noch nicht mit Logik und Verstand in das Selbst integriert werden können (Oberegelsbacher, 2008b, S. 152). Weiters können noch keine entsprechenden Erlebnisqualitäten wie Angst und Furcht gezeigt werden. Kleinkinder zeigen eher Formen von dissoziativen Reaktionen (Lehmann, 2007).

2.3 Traumatische Ereignisse

Fragt man nach dem Begriff des Traumas, stellt sich auch die Frage, ob dies ein Ereignis oder ein Erlebnis ist. Nach gegenwärtigen Diagnostikmanualen (a. a. O.) wird Trauma als Ereignis verstanden, „[...] das bereits vergangen ist, wenn sich die Symptome der Störung auszubilden beginnen“ (Fischer & Riedesser, 2009, S. 63). Dies zeigt, dass diese beiden Begriffe offensichtlich vermischt werden. Fischer & Riedesser sprechen hier von einer „[...] definitorischen Nachlässigkeit, die für eine sich entwickelnde Wissenschaft nicht folgenlos bleibt“ (ebd.). Ist das Trauma nun ein Ereignis, das als objektiver, äußerlicher Vorgang zu verstehen ist oder sollte es doch als subjektiv definiert werden, wenn das eigentlich traumatische im Inneren des Menschen stattfindet? Abgesehen von der komplexen Problemstellung, die sich bereits in den Begrifflichkeiten äußert, würde die Schwierigkeit auch in unseren Denkgewohnheiten liegen, die zu einfachen Schwarz/Weißlösungen neigen. Nach Meinung der beiden Autoren ist es nötig, dass wir unsere Denkgewohnheiten der „[...] Komplexität des Gegenstandes annähern“ (ebd. S. 64). Es hängt also nicht nur davon ab, welches traumatische Ereignis stattgefunden hat, sondern wie sich eine Person auf diese direkte traumatische Erfahrung bezieht. Ein Mensch wähnt sich in Lebensgefahr, oder ist tatsächlich in Lebensgefahr und fühlt sich gleichzeitig völlig hilflos. Säugetiere sind auf den Zustand der Hilflosigkeit biologisch schlecht vorbereitet (Sachse, 2004b, S. 48). Klärend scheint in dieser Diskussion Jochen Peichl:

„Meiner Sicht nach sollte der Begriff Trauma oder traumatisch nur auf Situationen und Ereignisse angewendet werden, aus denen eine Person weder fliehen noch gegen die Bedrohung kämpfen kann und die im Opfer das Gefühl von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Todesangst erzeugen. Was so einfach klingt, ist dennoch schwierig zu operationalisieren, da die subjektive Bewertung des Vorfalls das (Trauma-)Ereignis erst zu einem Traumaerlebnis macht“ (Peichl, 2007, S. 7).

Die Mehrzahl der Betroffenen zeigt sich erstaunlich resistent gegen den Stress des Traumas, u. a. aufgrund eines Persönlichkeitsmerkmals, der so genannten Resili-