

ARBEITSGEMEINSCHAFT
GEGEN SEXUELLEN
MISSBRAUCH
AN MÄDCHEN E. V.



wild
wasser

Wildwasser e.V. (Herausgeberin)

Vom Tabu zur Schlagzeile

30 Jahre Arbeit gegen sexuelle Gewalt – viel erreicht?!

Kongressdokumentation

Auszug



<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite	1
Einleitung Iris Hölling	Seite	2
Grußwort Sigrid Klebba	Seite	7
Grußwort Emine Demirbüken-Wegner	Seite	9
Grußwort Susanna Thieme	Seite	11
Vom Mut der Aufdeckung des "bestgehüteten Geheimnisses"	Seite	13
Wildwasser-Gründerinnen erzählen von den Anfängen Anne Voss, Sylvia Nitschke, Marina Orywahl, Wiltrud Schenk		
Individuelle Aufdeckung und gesellschaftliche Aufarbeitung – die zwei großen Herausforderungen bei sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend	Seite	24
Barbara Kavemann		
Aguas Bravas Nicaragua – seit sechs Jahren auf dem Weg Erfolge, Herausforderungen, Schwierigkeiten	Seite	39
Zoraida Soza,		
Selbstverletzung, sexueller Missbrauch und Überleben	Seite	44
Clare Shaw		
<u>Sexualisierte Gewalt und Trauma</u>		
Alles Trauma oder was?	Seite	53
Thomas Schlingmann		
Traumapädagogik – welche Rahmenbedingungen brauchen Kinder und Jugendliche nach sexuellem Missbrauch?	Seite	66
Klára Kirste, Susanne Sell		
„Trauma? – Kick it!“ Schlagpolsterarbeit für Menschen mit Gewalterfahrung	Seite	71
Andrea Maria Metzner		
<u>Aspekte Mädchenspezifischer kultursensibler Jugendhilfe</u>		
Mädchen in der Jugendhilfe – Zur Aktualität der Notwendigkeit geschlechts-spezifischer Unterstützungsangebote	Seite	78
Dr. Johanna Peitsch		
Kultursensible Elternarbeit „Work in Process“	Seite	89
Fahrnaz Alimardani, Ina Tamm, Sarah Löw		
„Und sie geht ja doch wieder nach Hause“	Seite	95
Ambivalenz bei Mädchen (nicht nur aus Einwandererfamilien) im Clearing-prozess in Bezug auf die Annahme stationärer Hilfe		
Dorothea Zimmermann		
<u>Aktuelle Herausforderungen in der Arbeit gegen sexualisierte Gewalt</u>		
Umgang um jeden Preis?	Seite	102
Angela Dimitrov, Susanne Sell,		
„Ich muss doch für beide Kinder da sein!“	Seite	106
Dagmar Riedel-Breidenstein, Dorothea Zimmermann		
Das Dilemma zwischen Anzeige, therapeutischer Intervention, Beratung und Auswirkungen auf das Strafverfahren	Seite	111
Christina Clemm, Theda Giencke, Ursula Woywodt		
Zur Ambivalenz von Zwang und Freiheit - Bedingungen zur Bearbeitung sexueller Gewalterfahrung	Seite	119
Martina Hävernick		
Entgegnung	Seite	126
Kerima Bouali, Marianne Burkert-Eulitz, Wibke Müller, Claudia Rippin, Katrin Schwedes, Iris Hölling		
Schutz und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen, die sexuelle Gewalt erfahren (haben)	Seite	127
Dr. med. Antje Schwertfeger		
Verhinderung sexueller Gewalt in Institutionen	Seite	130
Meine Einrichtung „Ein sicherer Ort !?“		
Angelika Houdelet und Bernd Eberhardt		
Referent_innen	Seite	136

Alles Trauma oder was? Thomas Schlingmann



„Alles Trauma oder was?“ ist ein Stück weit eine provokative Formulierung. Ich will, bevor ich ins Thema einsteige, deshalb ein Missverständnis ausräumen: Ich weiß, dass es nicht wenige engagierte Traumatherapeutinnen und Traumatherapeuten gibt, die nach Kräften bestrebt sind, Betroffenen sexualisierter Gewalt zu helfen. Und ich weiß, dass sie oftmals gute Arbeit machen. Es geht mir überhaupt nicht darum, das in Abrede zu stellen und sie anzugreifen.

Und ich weiß, dass es Betroffene gibt, die gute Erfahrungen mit Traumatherapie gemacht haben und das Gefühl haben, es hat ihnen geholfen. Auch das will ich nicht in Abrede stellen.

Ich will also niemand seine oder ihre persönlichen positiven Erfahrungen abstreiten. Mir geht es um eine grundlegende Diskussion. Das vorweg, um nicht auf ein falsches Gleis zu kommen.

Ich habe eine Kernthese:

Der Begriff Trauma und Diagnosen wie Posttraumatische Belastungsstörung sind nicht in der Lage, die Komplexität

sexualisierter Gewalt und ihre möglichen Auswirkungen zu erfassen. Und daran hat auch die neue DSM-V nichts geändert.

Für diejenigen, die sich in dem Psychojargon nicht so auskennen, das ist das Verzeichnis der Diagnosen der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung. Hier in Deutschland gilt eigentlich das Verzeichnis der Weltgesundheitsorganisation also das ICD, aber in der internationalen Traumadiskussion hat das DSM einen größeren Stellenwert. Die meisten Studien werden nämlich in den USA durchgeführt, wo das DSM gilt.

OK. Soweit meine Kernthese: Die sollte ich begründen.

Die Begrenztheit der Psychotraumatologie ist kein Zufall sondern hängt mit der historischen Entwicklung des Traumabegriffs, sowie der Diagnose und damit verflochtenen ökonomischen Interessen zusammen. Deshalb werde ich in einem ersten Teil kurz auf diese Entwicklung eingehen.

Der zweite Grund liegt in der, aus dieser Diagnose entwickelten, modernen Psychotraumatologie. Sie verfügt über keine in sich geschlossene Theorie, sie ist vielmehr ein Flickenteppich aus Bruchstücken verschiedener Theorien, die die Symptome der PTBS erklären sollen. Trotz aller Bemühungen in den letzten Jahren, sie zu einem Ganzen zusammenzufügen, ergibt sich keine angemessene Erklärung der Lebensrealität vieler Betroffener sexualisierter Gewalt. Dies liegt daran, dass auch die Theoriebruchstücke, den Bereich, über den sie Aussagen treffen wollen, nur begrenzt abbilden. Ich werde im zweiten Teil also zuerst einen Einblick in die moderne Traumatheorie geben und dann die verschiedenen darin verborgenen Erklärungsansätze unter die Lupe nehmen.

Zuletzt will ich dann noch ganz kurz Ansätze zu Alternativen anreißen.

Kommen wir also zum ersten Teil, der Entstehung der modernen Psychotraumatologie.

Es gibt ja viele tolle Mythen und Legenden über die frühen Kämpfer (Kämpferinnen gab es anscheinend bis in die 70er keine), die für die Anerkennung menschlichen Leidens in Form von Trauma sich einsetzen. Die Wahrheit ist nüchterner: Entgegen der weitläufigen Meinung stand am Anfang nicht eine Idee über einen möglichen Zusammenhang zwischen einem Ereignis und Problemen für die Betroffenen, sondern eine Symptomliste und ein irgendwie passend definiertes Trauma, von dem vermutet wurde, es sei die Ursache der Symptome.

Als die Diagnose PTBS 1980 in das DSM 3, das neue diagnostische Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung aufgenommen wurde, standen dahinter vor allem zwei Militärpsychiater.

Die Herren Lifton und Shatan hatten bereits im Koreakrieg Soldaten wieder fit gemacht, danach im Vietnamkrieg. Sie haben da teilweise moralische Skrupel bekommen und sich dann

auf die Arbeit mit Veteranen konzentriert. Sie schlugen dem Chef der Task-Force zur Überarbeitung des überholten alten Manuals einem Herrn Spitzer, eine neue Diagnose vor: Das „Post-Vietnam-Syndrome“. Der lehnte ab, denn andere Forscher und die Veteranen-Verwaltung waren dagegen. Wenn eine psychische Störung in einen ursächlichen Zusammenhang mit einem Krieg gestellt worden wäre, hätte das Militär für die Folgen zahlen müssen. Da nun aber viele offensichtlich nicht mehr in das Zivilleben integrierbare Vietnam-Veteranen herumliefen, durften sie eine Arbeitsgruppe bilden, die Material sammelt.

Und jetzt machte das Post-Vietnam-Syndrome eine interessante Wandlung: Es wurde zuerst zum „Post-Combat-Syndrome“. Damit waren jetzt Kampfhandlungen überhaupt und nicht nur der Aggressionskrieg in Vietnam einbezogen. Und zu Kampfhandlungen überhaupt gab es ja schon viel Material und eine lange Tradition: Seit dem amerikanischen Bürgerkrieg, gab es die verschiedenen Arten von Ausfällen. Und es gab eine lange Tradition, die Betroffenen als selbst dafür verantwortlich, als minderwertig, hysterisch etc. darzustellen oder ihnen zu unterstellen, sie wollten sich nur Rente erschleichen. In Deutschland hieß das „Rentenneurose“.

Im nächsten Schritt wurde versucht, Wissenschaftler aus anderen Bereichen einzubeziehen: So wurde der Stressforscher Mardi Horowitz eingebunden und mit ihm Material aus der Stressforschung.

Diese Breite veranlasste Spitzer, den Chef der „Task-Force“, ein „Komitee für reaktive Störungen“ einzusetzen, was das Material prüfen sollte. Chefin dieses Komitees wurde die Psychiaterin Andraesen. Die war Spezialistin für Brandverletzungen und wie durch Zufall war unter dem Material, dass die Arbeitsgruppe um Lifton und Shatan vorlegte, plötzlich zusätzliches Material zu Brandkatastrophen. Aus dem „Post-Combat-Syndrome“ wurde eine „Catastrophic Stress Disorder“.

In der Endfassung war als Ergebnis der Umarmungspolitik, dann sogar die Katastrophe aus dem Namen verschwunden und es ging um „Post Traumatic Stress Disorder“. Die Diagnose setzte sich aus der Definition des Stressors und einer Liste von gesammelten Symptomen zusammen.

Es wird ja oft behauptet in die PTBS seien auch die Diskussion um Unfallkatastrophen oder KZ-Überlebende oder Vergewaltigung eingeflossen. Das stimmt so nur begrenzt.

Die Diskussion um Unfallkatastrophen hatte ihren Höhepunkt zu Beginn der Industrialisierung, vor allem im Kontext von Eisenbahnunglücken, die damals sehr oft vorkamen. Das Stichwort unter dem diese Diskussion bekannt wurde ist Railwayspine, weil hinter den psychischen Folgen Rückenmarksschäden vermutet wurden. Die Versicherungsgesellschaften lösten das Problem, in dem sie einerseits die Betroffenen zu Simulanten erklärten und zum anderen schärfere Sicherheitsmaßnahmen durchsetzten. Als Beispiel: Solche Einrichtungen wie der TÜV sind in dieser Zeit entstanden, um die Sicherheit zu verbessern. Und damit verschwand die Diskussion, und in den 70ern spielte sie keine große Rolle mehr. Das hat nichts mit einem Widerstand gegen die Anerkennung von Traumafolgen zu tun, wie es oft gedacht wird.

Auch die Erfahrungen von KZ-Überlebenden wurden nur am Rande einbezogen: Zum einen waren nur extrem wenige Mediziner oder Psychologen bereit, mit diesen zu arbeiten. Zum anderen spielte auch hier Entschädigung eine große Rolle in der Diskussion: Vor allem deutsche Psychiater und Gutachter verfochten vehement die Position, Stressfaktoren könnten zwar psychische Störungen zustande bringen; jedoch hören diese beim Aufhören der Stress-Situation wieder auf. Langzeitfolgen gibt es nicht. Diese Position war im Interesse der Behörden, die die Psychiater als Gutachter bei Entschädigungszahlungen eingesetzt hatten.

Die Gegenposition vertraten einige wenige US-Psychiater, die aber nicht einmal im eigenen Land großen Rückhalt hatten, u.a. weil nicht wenige Migrantinnen waren, die vor dem Faschismus geflohen waren. Die deutschen Psychiater änderten ihre Position übrigens genau in dem Moment, als die letzten Entschädigungsansprüche verjährt waren.

Von den US-Psychiatern waren im Laufe der Arbeit Symptomlisten erstellt worden, die von der erwähnten Arbeitsgruppe gesichtet wurden. Beim Vergleich der Symptome der Psychiater der Holocaust-Überlebenden mit den späteren Symptomen der PTSD, stellt sich heraus: Einiges wurde wohl in die PTSD Diagnose einbezogen, das meiste passte anscheinend nicht rein. Anhand von drei Beispielen will ich mal aufzeigen, wie das Einbeziehen von Symptomlisten ohne sie im Zusammenhang zu sehen aussah:

Die ersten drei Symptome eines „Survivors Syndrome“ also eines KZ-Überlebendens-Syndroms sind nach Nederland:

1. „Schwere, oft ganz plötzlich einsetzende Erregungs- und Angstzustände, ...
2. Ein meist unartikulierte Gefühl des „Anders - als – die – anderen - Seins“, ...
3. Eine tiefe Überlebensschuld, die sich um die Frage zentriert: Warum habe ich das Unheil überlebt, während die anderen - die Eltern, Kinder, Geschwister, Freunde - daran zugrunde gingen?...

Die Erregungs- und Angstzustände wurden in die PTSD übernommen.

Das Gefühl des „Anders-als-alle-andern-Seins“ wird als „Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen“ zu einer von mehreren möglichen Ausdrucksformen von „Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind“

Der dritte Punkt ist aber wirklich heftig: 1972 - also 8 Jahre vor der PTSD - hat Shatan an erster Stelle für das „post-Vietnam-Syndrom“ Schuldgefühle genannt. Nicht erstaunlich bei Soldaten im Vietnamkrieg, die nicht selten Massaker und Vergewaltigungen begangen haben. Nicht wenige haben sich deshalb ja später gegen den Krieg gewandt. Und diese Schuldgefühle wegen des Verübens von Gräueltaten werden jetzt mit der Überlebensschuld von KZ-Opfern zusammengefasst. In dem DSM III als Teil der Symptome, später dann im Erläuterungstext, und aktuell wieder unter den Symptomen, u.a. als verzerrte Schuldzuweisungen.

Und was die historischen Diskussionen um Vergewaltigung oder um sexuellen Missbrauch angeht: Die spielten keine Rolle in der Entstehung der PTSD. Die ganzen Geschichten die immer am Anfang der Bücher über Trauma stehen, über Freud und die Leugnung sexueller Gewalt, die flossen nicht in die Diskussion einer PTSD ein. Die neue Diagnostik sollte sich nämlich nur auf Symptome konzentrieren, weil es der Militärpsychiatrie sonst zu unübersichtlich war. Es ging also um eine rein deskriptive Diagnostik. Theorien oder Wissen über die Entstehung von psychischen Störungen, wie es jetzt statt Krankheiten hieß, spielte keine Rolle.

Es gab US-amerikanische Psychiaterinnen die versuchten, eine Symptomliste für ein „Rape-Survivor-Syndrom“ zu erstellen. Die wurden geplündert, aber inhaltlich floss nichts ein.

Bereits hier ist etwas sichtbar, was sich bis heute durchzieht: Der feministische Diskurs und auch der Diskurs von Betroffenen sexualisierter Gewalt, verlaufen getrennt vom Traumadiskurs. Aber sie beziehen sich im Laufe der Jahre immer mehr auf diesen und kommen dabei mit zahlreichen Fehlinterpretationen. Darauf kommen wir vielleicht hinterher in der Diskussion noch zu sprechen.

Die Diagnose PTSD ist also primär Ergebnis militärpsychiatrischer Überlegungen und Bündnisbemühungen. Bestandteil dieser Diagnose war eine Traumadefinition. Und sie beinhaltete unausgesprochen, dass ein linearer Zusammenhang zwischen dem traumatischen Ereignis und den Symptomen bestehen sollte.

Die Aufnahme der PTSD in das DSM hatte u.a. zur Folge, dass weltweit ein Boom der Psychotraumatologie begann. Auch die WHO nahm bald darauf eine PTSD-Diagnose in ihr Manual auf. Und im Zuge dieses Diskurses fand zweierlei statt:

1. Die Traumadefinition wurde als Standard weltweit übernommen.
2. Weil ein Zusammenhang zwischen Ereignis und Symptomen unterstellt, aber bisher nicht bewiesen war, boomt die Forschung und es entwickelte sich die moderne Traumatheorie.

Nach und nach entstanden spezielle Therapien, sie wurden zunehmend standardisiert und ihre Evidenz geprüft, d.h. geguckt, ob die Symptome zurückgehen. Es lassen sich dann tolle Messungen machen, aber damit ist null bewiesen, dass Gewalt sich überhaupt sinnvoll als Trauma fassen lässt.

Wir haben nämlich eine Traumadefinition, die jeden Kontext der einzelnen Gewalttat oder Situation leugnet, und allgemeingültige Aussagen für alle Situationen vom schweren Fahrradunfall über Angriffskriege bis zu sexualisierter Gewalt machen soll.

Inzwischen ist diese Definition zweimal überarbeitet worden, darauf komme ich aber später noch zurück. Gucken wir uns erst noch einmal an, was die moderne Psychotraumatheorie denn so meint, wie Trauma und Traumafolgen zusammenhängen sollen.

Eins der ersten Probleme, was auftrat, lag schon auf der Ebene der definitorischen Einordnung: Sind die Symptome eine normale Reaktion auf eine abnormale Situation oder eine abnormale Reaktion auf eine normale Situation? Die Mehrheit der Psychotraumatologen und -traumatologinnen vertritt die These von der normalen Reaktion. Aber warum entwickelt dann nur ein Bruchteil der Betroffenen eine PTSD?

Das Militär favorisiert natürlich die Idee der abnormalen Reaktion. Und das Militär finanziert den Großteil der Forschung. Deswegen nützte die Meinung der zivilen Mehrheit nur wenig. Als Lösung wurde die zweigeteilte Definition entwickelt: Ein Trauma liegt dann vor, wenn eine lebensbedrohliche Situation vorliegt und die betreffende Person mit „intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“ regiert.

Es gab aber immer das Problem, was eigentlich mit denen ist, die solche Reaktionen nicht entwickeln, aber später Symptome haben?

- Das können Kriegsveteranen sein, denen das Morden und Vergewaltigen damals Spaß gemacht hat, die aber Jahre später Gewissensbisse und eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln.
- Es können aber auch Gewaltopfer sein, die so stark dissoziieren, dass es nicht zu Entsetzensgefühlen kommt.

In der aktuellen Neuauflage der DSM sind die Entsetzensgefühle verschwunden. Begründung: Sie hätten keine diagnostische Relevanz, und würden nichts aussagen über die Häufigkeit des Einsetzens einer PTSD.

Ich muss persönlich sagen, dass ich eher vermute, diese Betonung des Entsetzens ist heute nicht mehr notwendig, weil lange genug betont wurde, dass Trauma für die Betroffenen der blanke Horror ist. Und heute keiner mehr daran denkt, dass die Diagnose eigentlich für die Soldaten entwickelt wurde, die einen Angriffskrieg verübten.

Die amerikanische Historikerin Joanne Bourke hat es folgendermaßen formuliert:

„...the invention of PTSD in the 1980s ... allowed individuals who had tortured and raped Vietnamese women and men to be portrayed as victims and to portray themselves thus.“

Sie berichtet von einem Fernsehmoderator der die Folterer von Abu Ghraib mit folgenden Worten entschuldigt: „You know, these people are being fired at every day ... you ever heard of emotional release? You heard of the need to blow some steam off?“ Täter werden zu Opfern.

Welche Symptome sollen nun aber zu einer PTSD gehören:

In der aktuellen Neuauflage des DSM, die mit der WHO abgestimmt ist und die in der nächsten Neuauflage der ICD ähnlich stehen soll, ist nicht mehr wie bisher von drei, sondern von vier Symptomkomplexen die Rede:

1. Wiedererleben, das gab es bisher auch schon
2. Das Vermeidungsverhalten, das ist jetzt stark reduziert, und ein neuer Symptomkomplex ist davon abgetrennt worden, nämlich der dritte
3. die Negativen Kognitionen und Emotionen – ich werde darauf gleich noch genauer eingehen,
4. der Vierte Komplex – die Übererregung - wiederum ist geblieben, aber ergänzt worden.

Die Diagnose erfordert Symptome aus allen Bereichen.

Am Anfang im DSM III war das alles noch wesentlich unstrukturierter, der dritte Komplex war noch ein buntes Sammelsurium. Aber das ist inzwischen aufgeräumt und alles, was hier nicht hineinpasste, wurde aussortiert oder in die Erläuterungen verbannt.

Ich will auf das, was jetzt neu ist, kurz eingehen, denn sonst entsteht bei einigen vielleicht die falsche Hoffnung, dadurch hätte sich grundlegend etwas geändert.

Inzwischen ist, über 30 Jahre nach der ersten Erwähnung der PTSD, der gesamte Komplex Traumafolgen grundlegend überarbeitet worden. Es gibt jetzt eine neue Gruppe, die „Trauma und Stress-Störungen“, vorher gab es nur die Posttraumatische Belastungsstörungen im Kapitel Angststörungen. In diesem Kapitel finden sich neben der PTSD und der akuten PTSD noch Anpassungsstörungen und reaktive Bindungsstörungen – und das war's.

Es hat vorher sehr viele Diskussionen gegeben. Gerade Praktikern und Praktikerinnen war klar, das reicht und funktioniert so nicht. Demzufolge haben prominente Traumaforscher und -forscherinnen Studien und Arbeiten vorgelegt und dafür plädiert, sowohl eine kindliche Entwicklungsraumastörung, als auch eine komplexe Traumastörung mit aufzunehmen.

Geblieben davon sind zwei Untertypen der PTSD, ein Vorschultyp, der für unter 6-jährige passen soll und sich nur minimal von der erwachsenen PTSD unterscheidet und ein dissoziativer Untertyp, der zusätzlich zu den PTSD Symptomen noch Dissoziationssymptome fordert.

In den Darstellungen der Psychiatrischen Vereinigung wird das als Erfolg verkauft und gleichzeitig darauf hingewiesen, dass sich das Militär nicht durchsetzen konnte. Es hätte nämlich gefordert, statt von einer Störung von einer Verletzung zu reden, weil das eher der Sprache der Soldaten entspräche. Ich bin nicht dabei gewesen, was wirklich los war, wird sich wohl erst in ein paar Jahren zeigen, wenn erste kritische Berichte von gefrusteten Beteiligten auftauchen.

Hauptstörung ist also die überarbeitete PTSD geblieben.

Neu ist in der PTSD-Diagnose als erstes, dass Trauma nun nicht mehr daran festgemacht wird, ob die betreffende Person Angst, Schrecken oder Entsetzen empfindet. Das habe ich ja gerade schon erwähnt. Jetzt gelten nur noch Kriterien über die Situation.

Die traumatische Situation selber ist jetzt so definiert worden:

- Es geht um Tod oder drohenden Tod,
- um schwere Körperverletzung oder drohende schwere Körperverletzung
- und um drohende oder stattfindende sexuelle Gewalt.

Im amerikanischen Original steht wirklich „sexual violence“. Bevor jetzt aber Jubel ausbricht: Ich befürchte, dies ist keine irgendwie geartete Anerkennung und Aufwertung, sondern eine Vereinnahmung mit unangenehmen Nebenwirkungen. Warum, das wird, hoffe ich, heute deutlich.

Diese Situation kann auf vier verschiedene Arten erlebt werden:

- Entweder sie ist gegen mich selbst gerichtet.
- Oder ich bin unmittelbar anwesender Zeuge, davon dass sie gegen jemand anders gerichtet ist.
- Oder sie ist gegen einen nahen Verwandten oder enge Freunde von mir gerichtet gewesen.
- Oder ich bin im Rahmen meines Berufes wiederholt und sehr stark mit unangenehmen Einzelheiten von solchen Ereignissen konfrontiert. Das DSM nennt hier Ersthelfer, Einsammler von Leichenteilen und Professionelle, die zum Thema sexueller Kindesmissbrauch arbeiten.

Was hat sich bei den Symptomen geändert:

Der erste Symptomkomplex „Wiedererleben“ bleibt wie gesagt unverändert.

Der gesamte Komplex Vermeidung wird gesplittet und setzt sich nur noch aus zwei Symptomen zusammen.

- Das Vermeiden von Gedanken oder Gefühlen, die mit dem Trauma verbunden sind
- Oder das Vermeiden von äußeren Situationen, Personen, Orten oder ähnlichem, die für mich mit dem Trauma verbunden sind.

Eins von den beiden muss vorliegen, um die Kriterien einer PTSD zu erfüllen. Das war früher nicht so.

Die APA hat hinterher gesagt, sie hätte die Diagnose stärker auch für die Fight-Komponente öffnen wollen, bisher hätte die Flight-Komponente ein größeres Gewicht gehabt. Genau das tun sie aber nicht, wenn sie Vermeidungsverhalten so aufwerten, dass eins von nur zwei Kriterien erfüllt sein muss. Es geht hierbei ja um ein „persistent effortful avoidance“, also aktives Vermeiden und somit sind alle, die sich nicht an das Trauma erinnern können und zwangsläufig dann nicht aktiv vermeiden können, ausgeschlossen. Ich weiß, im Alltag wird da oft nicht so genau hingeguckt, aber das ist eigentlich die Vorgabe.

Im Neuen Symptomkomplex „Negative Veränderungen bei Kognitionen und Emotionen“ finden sich zum einen einige, bisher unter Vermeidung subsummierte Symptome wie Erinnerungslücken, Desinteresse an mir vorher wichtigen Dingen, Entfremdungsgefühle, eingeschränkte Bandbreite des Affekts. Neu dazugekommen sind verzerrte Glaubensgrundsätze und Überzeugungen. Die zwischenzeitlich in die Erläuterungen verbannte Schuld ist jetzt geteilt in

- verzerrte Schuldzuweisungen an andere oder sich selber, im englischen ist von „blame“ die Rede.

- Und die Schuld taucht noch mal auf bei den negativ veränderten Emotionen, wo als Beispiele genannt werden: Angst, Schrecken, Wut, Schuld oder Scham – „fear, horror, anger, guilt or shame“. Hier findet sich also auch das Entsetzen, das vorher ganz oben bei der Traumadefinition auftauchte.

Und den vierten Symptomkomplex kann ich auch kurz machen: Hier ist neu dazugekommen das Symptom „Selbsterstörerisches Verhalten oder Risiokoverhalten“.

Wenn ich mir das so angucke, erscheinen mir die Veränderungen als rein kosmetisch, ohne die falsche Grundstruktur anzugehen. Ich will hier aber jetzt nicht die Diskussion eröffnen, ob das nun bessere diagnostische Kriterien sind oder nicht. Mir geht es um etwas anderes: Ich denke, dass die Änderungen nicht nur Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zwischen verschiedenen Interessensgruppen sind. Sie sind auch Ausdruck davon, dass grundlegend in der Herangehensweise etwas nicht stimmt, weswegen immer nachgebessert werden muss.

Das National Institute for Mental Health, einer der wichtigsten Geldgeber von Gesundheitsforschung in den USA überhaupt – wohl gemerkt Gesundheitsforschung überhaupt, die meiste Forschung zur PTSD wird vom Militär finanziert – das NIMH also hat schon das DSM grundsätzlich als unzulänglich kritisiert und angekündigt, keine Forschung mehr zu finanzieren, die auf dieser Diagnostik basiert. Der Vorsitzende plädiert gegen die rein deskriptive Diagnostik und für eine, die sich an der Entstehungsgeschichte orientiert. Das wäre eine sehr weitreichende Veränderung, die in meinen Augen in die richtige Richtung geht, aber mir fehlt da an entscheidenden Punkten noch etwas. Dazu später. Eigentlich wollte ich ja über Traumatheorie sprechen. Der Schlenker zur Diagnose war aber nötig, weil die Theorie auf dieser Diagnose aufbaut:

Zusammengefasst ist die Idee folgende: In der traumatischen Situation gibt es einen massiven Widerspruch zwischen der aktuellen Erfahrung von Hilflosigkeit und Entsetzen und bisherigen Sicherheitsüberzeugungen und Lebenserfahrungen. Dieses extreme Erlebnis wird nicht im normalen Gedächtnis gespeichert, sondern als zusammenhanglose Informationen im traumatischen Gedächtnis. Teilweise werden die Informationen auch falsch verknüpft. Das soll an hirneurophysiologischen Mechanismen liegen. Und weil die Erfahrung fragmentiert und zusammenhanglos abgespeichert wird, kann sie nicht bearbeitet werden. (Bis hier waren das Ideen aus der modernen Neurobiologie, jetzt kommt der Behaviorismus, das ist jene psychologische Richtung, die aufgrund von Tierexperimenten Menschen als Quasi-Maschinen begreift, die in festgelegter Weise auf Inputreize reagieren.)

Stattdessen gibt es eine Reizgeneralisierung, also eine unzulässige Verallgemeinerung. Die führt dazu, dass es zahllose Auslöserreize gibt, die zu einem Wiedererleben von Erinnerungsfragmenten führen. Und diese Intrusionen stellen den Kern der Posttraumatischen Belastungsstörung dar. Hieraus entwickeln sich konditionierte Reaktionen: Das Wiedererleben ist sehr unangenehm. Jedes Mal wird der unerträgliche Widerspruch zu den bisherigen Lebenserfahrungen und Überzeugungen wieder wach gerufen und deshalb versucht die betreffende Person, die Erinnerung schnell wieder los zu werden. Zusätzlich versucht sie, die Auslöserreize in Zukunft zu vermeiden. (Das sagt die Stresstheorie mit einem Schuss Behaviorismus.)

Die erwähnte Erschütterung des bisherigen Weltbildes führt zu unsicheren und ängstlichen Erwartungen an die Zukunft. Aus diesen resultiert eine dauerhafte Übererregung, die sich auch als dauerhafter Alarmzustand beschreiben ließe. Zu dieser Übererregung trägt die Generalisierung der Auslöserreize bei. (Diese Ideen sind aus der Weiterentwicklung der kognitivistischen Psychologie. Und jetzt kommt wieder Neuro-Biologie:)

Neurochemische Prozesse führen dazu, dass das erhöhte Erregungslevel, nur extrem langsam auf das vorherige Niveau absinkt. Wiederholte Traumatisierungen oder durch Intrusionen ausgelöste Erregungen führen zu einem dauerhaft erhöhten Erregungszustand.

Soweit der Überblick, gucken wir uns also mal überflugsmäßig die einzelnen Bausteine an:

Die Anlehnung an die Stresstheorie: Die Stresstheorie sagt, dass Menschen stressige, belastende Ereignisse in einem Hin und Her zwischen „an etwas Anstrengendes oder Stressiges denken“ und einem „Bloß nicht dran denken wollen“ verarbeiten. In der Traumatheorie wird daraus ein überfallartiges Wiedererleben z.B. durch unkontrollierbare Flashbacks und das Vermeidungsverhalten z.B. von Auslöserreizen.

Ein Problem ist, in der Stresstheorie wechseln sich Phasen des Wiedererlebens und Phasen des Vermeidens ab. Sie treten nicht gleichzeitig auf. Für die Diagnose müssen sie das aber.

Die zweite Frage, die sich stellt: In der Stresstheorie ist das normale „Mal dran Denken“ und dann „mal wieder nicht“, ein Weg der Bearbeitung. Nur wenn ich darin stecken bleibe, bekomme ich ein Problem. In der Traumatheorie ist aber dieses Hin und Her Zeichen der Störung, der nicht ordnungsgemäßen Speicherung im Hirn. Es ist kein normaler Ablauf im Alltag, sondern kommt nur in Extremsituationen vor.

Mir stößt aber noch etwas Drittes auf: In der Stresstheorie läuft sozusagen auf ein belastendes Ereignis hin eine automatische Reaktion ab, das Hin und Her. Da gibt es keine Überlegungen oder gar eine Entscheidung, z.B. „ich komme mit Dran Denken nicht weiter, ich mache jetzt mal eine Pause“ oder „ich frage mal jemand anderen“. Ich weiß nicht wie es Ihnen geht, aber ich nehme für mich in Anspruch, nicht nur blind auf Reize zu reagieren, wie eine Maschine auf Knopfdruck. Mir erscheint es vielmehr wie ein überaus sinnvolles und vernünftiges Verhalten, z.B. vorsichtig gegenüber dem Täter zu sein. Das ist kein Vermeidungsverhalten von Auslöserreizen oder ein „nicht-dran-denken“ wollen. Mit Denkmodellen, die mich auf eine Reiz-Reaktionsmaschine reduzieren, werde ich erneut zum willenlosen Objekt gemacht. Wenn ich vor Fragen stehe wie z.B. warum reagiere ich so oder so auf diese oder jene Situation, dann hilft es mir nicht weiter, wenn mir jemand sagt, ich wäre konditioniert, also wie ein Hund dressiert. Es geht vielmehr darum zu verstehen, welchen Sinn dieses Verhalten für mich hat, damit ich etwas daran ändern kann.

Damit bin ich auch schon mitten in der Kritik an der zweiten Theorie: Dem Behaviorismus. Im Grunde überträgt der Behaviorismus Ergebnisse aus Experimenten mit Tieren auf Menschen. Dabei wurde anfangs davon ausgegangen, innere Vorgänge sind sowieso nicht wissenschaftlich objektiv feststellbar. Beobachtbar sind Reaktionen auf Reize. Und wenn wir ein Experiment oft genug wiederholen, wissen wir, wie auf welchen Reiz reagiert wird.

Dazu werden z.B. Ratten solange mit Stromstößen versehen, bis sie den Ort, wo das geschieht meiden und es wird gezählt, wie viel Stromstöße nötig sind. Daraus werden dann Aussagen über Vermeidungsverhalten gemacht, die auch für Menschen gelten sollen.

Dazu hat es auch Experimente mit Menschen gegeben: Watson und Rayner haben bereits 1920 die Furchtkonditionierung, in dem berühmten „Little Albert“ Experiment auf den Menschen übertragen. Einem Säugling wird unmittelbar nach einem neutralen Reiz Schmerz zugefügt. Nach einiger Wiederholung zeigt das Kind nach dem neutralen Reiz bereits Furchtreaktionen. So etwas wird heute gerne verschwiegen, aber wenn die Diskussion heftig wird, wird es teilweise als Beleg für die Übertragbarkeit herangezogen.

Mal abgesehen davon, dass die Gleichsetzung von Mensch und Ratte nicht passt, kann die behavioristische Theorie nicht erklären, wieso nach einem einmaligen traumatischen Ereignis Vermeidungsverhalten einsetzt. Konditionierte Reaktionen sollen nämlich durch Wiederholungen entstehen.

Ein weiteres sehr populäres Beispiel aus dem Behaviorismus ist das Paradigma Flucht-Kampf-Erstarrung. In Experimenten fällt eine Ratte, nachdem einige Male die Versuche zu kämpfen oder zu fliehen gescheitert sind, in Erstarrung. Und das soll immer und auch beim Menschen so sein und zwar schon beim ersten Mal. Realität ist, dass im Tierreich, bei fast allen sozialen Tieren, die in Rudeln leben, es ein wesentlich größeres Repertoire an Verhaltensweisen gibt, wie z.B. Unterwerfungsverhalten. Dies tritt immer dann auf, wenn es sich um Kämpfe unter Artgenossen handelt. Wäre das nicht geeigneter für Analogieschlüsse als ein konstruiertes Experiment, wo eine unveränderliche Situation durch einen artfremden übermächtigen Gegner geschaffen wird, für die es kein soziales Schema des Umgangs gibt? Fragen, die nicht gestellt werden. Stattdessen ist das Flight-Fight-Freeze-Schema zur zentralen Metapher der Psychotraumatologie geworden. Die ersten, die diese Metapher aufgestellt haben waren übrigens die Militärpsychiater – naheliegend bei ihrem Beruf.

Modern ist inzwischen aber nicht mehr der Behaviorismus, sondern die kognitivistische Psychologie. Es werden heute Thesen über das, was zwischen Reiz und Reaktion passiert, aufgestellt. Am Grundprinzip hat sich aber nichts geändert: Menschen werden immer nur als reagierende Wesen betrachtet und ein eigeninitiatives Handeln kommt nicht vor. Handlungsgründe, also ein Prozess indem ich meine Ziele ins Verhältnis zu der Einschätzung meiner Möglichkeiten setze, gibt es nicht. Es kommt ein Reiz von außen und ich reagiere. Sonst nichts.

Gut, was sagt nun aber die Kognitivistische Theorie zu Trauma, immerhin ist eine der am weitesten verbreitete Traumatherapien die Kognitiv-Behaviorale-Traumatherapie.

Also - die Kognitivistische Theorie geht davon aus, dass eine PTSD so etwas wie eine krankhafte Angst ist. Angst selbst soll ein auf Erinnerungen basierendes Programm sein, um Gefahren zu entkommen. Bloß ist die Angst bei der PTSD krankhaft. Ein Angstprogramm besteht aus Informationen über die Art und den Stellenwert von Auslöserreizen und mögliche Reaktionen. Wenn das Programm krankhaft ist, wird der Stellenwert der Auslöserreize überhöht, und eigentlich harmlose Reize werden als Auslöserreize interpretiert. Das ist so ein Schwellenwertmodell, wie bei überlaufenden Gefäßen.

Deshalb erscheint die ganze Welt als gefährlich und deshalb soll es zu dauerhafter Übererregung kommen. Aus diesem Modell wird gefolgert, dass Therapieformen wie Flooding, also das Überfluten mit traumatischen Reizen hilfreich sein können, weil sie desensibilisieren. Aber es gibt auch Angst-management-training, um umzulernen.

Erneut bin ich also nichts als eine Maschine, immerhin diesmal etwas entwickelter, ein Computer mit Programmen und Netzwerken, durch die Informationen verknüpft sind. Dieses Modell greift aber ebenso zu kurz, wie das einfache Reiz-Reaktionsmodell. Wer ist eigentlich bei uns derjenige, der unsere Platinen verkabelt hat? Das müsste die Biologie sein oder? Aber woher kennt die Evolution Computer? Oder ist das ein Gottesbeweis? Schreibt der die Software, aufgrund derer wir auf Gewalt so oder so reagieren? Und wo handelt jemals ein Computer selbständig, ohne dass er vorher programmiert wurde?

Ich will noch eins ergänzen: Es gibt Menschen, die haben zwar eine traumatische Situation laut Definition erlebt, aber sie reagieren nicht auf Trigger. Wie passen die hier rein? Ich weiß noch aus dem Experimentalpraktikum in meinem Studium, wie man mit solchen Personen in Untersuchungen verfährt: Sie fallen unter die sogenannten Ausreißerwerte, die nicht berücksichtigt werden, um eine schöne gleichmäßige Normalverteilung zu erreichen. Dafür gibt es spezielle statistische Verfahren. Aber was ist im realen Leben?

In der Weiterentwicklung dieses Krankhafte-Angst-Programms gibt es dann die Theorie der zwei Speicher oder der zwei Gedächtnisse: des Alltagsgedächtnisses und des Traumagedächtnisses. Traumatische Erinnerungen werden automatisch im Traumagedächtnis gespeichert, das leider einer bewussten Erinnerung nicht zugänglich ist. Wie Kohlensäurebläschen in einer Mineralwasserflasche steigen sie an die Oberfläche des Bewusstseins vor allem wenn etwas an sie rührt (die berühmten Auslöserreize). Wir haben einen Flashback. Mit diesem Modell soll auch erklärt werden, warum es zu Amnesien kommt.

Was dieses Modell aber nicht erklären kann ist, wieso manche keine Amnesien haben. Und wieso gibt es Menschen, die nachweislich traumatisiert wurden, aber nicht auf Auslöserreize reagieren, wie schon erwähnt? Und was ist mit Menschen, die trotz Erinnerungen und Einsortierens derselben immer noch auf Auslöserreize reagieren? Sind die in Wahrheit gar nicht traumatisiert oder was?

Diese Idee von Gedächtnis als einem Computerspeicher ist eine Verdinglichung von Handlungen, nämlich dem Behalten von Erlebnissen und dem Erinnern des Behalteneen: Wenn ich etwas für wichtig erachte zu behalten, damit ich es später erinnern kann, dann bemühe ich mich, das zu behalten und wende z.B. vor einer Prüfung auch dafür Memotechniken an. Wenn es keinen Sinn macht etwas zu behalten, gebe ich mir auch keine Mühe. Und wenn es Sinn macht, mich zu erinnern, wie in einer Prüfung, dann bemühe ich mich auch darum. Aber welchen Sinn es haben soll, mich für irgendeinen Forscher an schmerzhaft Erlebnisse zu erinnern, das ist mir eventuell nicht so ganz klar.

Behalten und später Erinnern sind ebenso wie jede andere Handlung Dinge, die ich aus guten Gründen tue oder nicht. Egal, ob ich mir die Gründe immer bewusst mache oder nicht.

Dafür ist in der gesamten Psychologie und erst Recht in der Psychiatrie kein Platz.

Gut kommen wir jetzt aber zum letzten Theoriegebilde, das oft als Beleg für die vorhergehenden herangezogen wird, die neurobiologischen Theorien. Da gibt es ja anscheinend harte Forschungsergebnisse, klare Nachweise über Hirnaktivitäten in verschiedenen Regionen und ähnliches. Das ist doch endlich mal fundierte ordentliche Wissenschaft, oder?

Der Kern ist folgender, wobei ich mal versuche, die komplizierten Fachbegriffe, hinter denen sich gerne versteckt wird, wegzulassen oder zu übersetzen.

- Im Hirn soll es einen Teil geben – den Hippocampus – der hereinkommende Informationen zeitlich und räumlich einordnet. Vielleicht so ähnlich wie bei einer modernen Digitalkamera mit GPS, wo den Fotos immer gleich Aufnahmezeitpunkt und Ort zugeordnet wird.

- Das Hirn soll aber noch ein Stück pfiffiger sein: Bei wichtigen Erinnerungen soll mehr Aufmerksamkeit auf den Input gelegt werden und deshalb die Erinnerung stärker sein. Also die Pixelzahl wird erhöht oder so ähnlich.
- Was wichtig ist soll die Amygdala entscheiden. Die misst nämlich wiederum, wie stark in der Situation emotional reagiert wird – ähnlich einem Belichtungsmesser an der Kamera. Je mehr Emotion, desto wichtiger.
- Und nun kommen wieder Tierexperimente: Da haben Forscher nämlich festgestellt, dass es zwei Situationen gibt, in denen der Hippocampus – das war der GPS-Empfänger - nur eingeschränkt aktiv ist: Einmal wenn der Emotionsmesser Amygdala nur niedrige Emotionen misst und dann, wenn er ganz starke Emotionen misst.
- Die Interpretation der Forscher ist nun, dass bei traumatischen Erinnerungen, die bisher laut Definition mit starken Gefühlen verbunden waren, der GPS-Empfänger Hippocampus ausfällt. Und schon haben wir zusammenhanglose Erinnerungen. (Ob jetzt nach dem Rausfallen des Kriteriums der starken Gefühle beim Ereignis, diese Theorie verändert wird, muss sich noch zeigen.)

In dieser Art gibt es noch eine Reihe weiterer neurobiologischer Argumentationsketten.

Mal abgesehen davon, dass es durchaus zahlreiche Betroffene sexualisierter Gewalt gibt, die zeitlich und räumlich einordnen können, was ihnen geschehen ist, die sich an andere Teile aber eventuell nicht erinnern können, haben all diese hirnhysiologischen Modelle einen grundlegenden Denkfehler: Sie verwechseln ein Konditionalverhältnis, - wo die eine Sache Voraussetzung für eine andere ist – mit einen Kausalverhältnis, - wo die eine Sache Ursache für eine andere ist.

Um zu denken, brauche ich ein Gehirn, das ist eine Voraussetzung. Aber das Gehirn ist nicht die Ursache meiner Gedanken. Ich nutze das Gehirn um zu denken und nicht umgekehrt, weil irgendwelche Neuronen in meinem Hirn sich entscheiden, aktiv zu werden, denke ich.

Messbar sind neuronale Aktivitäten, neurochemische Zusammensetzungen, verstärkte Durchblutung oder verbesserte Hautleitfähigkeit, was alles Quantitäten sind, sonst wären sie ja auch nicht messbar. Unterschiedliche Gedanken und Gefühle sind aber unterschiedliche Qualitäten. Bewerten, interpretieren, etwas Bedeutung verleihen, das sind geistige Tätigkeiten, messbar ist lediglich, dass es irgendeine Aktivität irgendwo gibt, nicht, was sie bedeutet. Auch der Ort, wo Aktivitäten stattfinden, hilft da nicht weiter: Es gibt nicht irgendwo Hirnzellen, die blinken, wenn ich einen bestimmten Gedanken habe.

Ein Satz wie „Die Amygdala interpretiert die emotionale Valenz der eintreffenden Information und versieht sie mit emotionaler Bedeutung.“ der von dem weltweit bekannten Traumaforscher Bessel van der Kolk stammt, ist also kompletter Blödsinn. Hier wird so getan, als gäbe es im Hirn kleine Wesen, von denen eins auf den Namen Amygdala hört, und selbständig handelt und für uns Entscheidungen trifft. Diese Homunculus-theorie gab es in den Anfangszeiten der Psychologie schon einmal.

Dass diese Kurzschlüsse aufgrund neurophysiologischen Beobachtungen dennoch so weit verbreitet sind, hat mit ihrer so schönen Einfachheit und Funktionalität zu tun: Wenn es um neurochemische Prozesse geht, dann brauchen wir nichts mehr an Gewaltverhältnissen ändern. Wir können uns dem Traum der Magdeburger Traumaforscherin Braun anschließen, die Traumafolgen operativ oder medikamentös bekämpfen will:

„Wenn man genau wüsste, was in den Hirnen vernachlässigter Kinder abläuft und was davon der Mensch bis ins Erwachsenenalter mitnimmt, wenn klar wäre, welche Fehlschaltung im Gehirn dazu führt, dass der ausgewachsene Mensch, irgendwann, urplötzlich, psychisch krank wird - vielleicht kann man da ja doch irgendwann eingreifen und das Gehirn wieder auf normal drehen?“

Jetzt haben wir also im Grunde Versatzstücke aus verschiedenen Theorien, die jedes für sich fragwürdig sind und einzeln massive Lücken lassen, aber geben sie vielleicht nicht doch zusammen ein sinnvolles Ganzes? Wieso kommt es, dass zu mindestens Teile der Psychotraumatologie durchaus plausibel erscheinen? Kompletter Blödsinn könnte doch gar nicht so viel Erfolg haben, oder?

Gucken wir also noch mal auf das Ganze:

Grundlegend wird in der Psychotraumatologie die einzelne Person betrachtet. Vollkommen losgelöst von sozialen Zusammenhängen und der Gesellschaft. Auch die traumatische Situa-

tion wird als einmalig aus ihrem Kontext gelöst. Dies schränkt den Kreis der Situationen ein, auf die das Modell zutreffen kann:

- Mögliche Aktionen der Betroffenen, darauffolgende Reaktionen der Täter, überhaupt Interaktionen von Beteiligten sind nicht vorgesehen. Das ist aber bei der bekannten Psychodynamik zwischen Täter und Opfer bei sexualisierter Gewalt immer gegeben.
- Dass mehrere oder viele Menschen der gleichen oder ähnlichen Situationen ausgesetzt sind, oder gar kollektive Traumatisierungen gibt es nicht. Die Traumatheorie vereinzelt.
- Für länger andauernde Situationen ist in der Traumatheorie kein Platz. Dazu müssen zahlreiche, teilweise das Konzept über den Haufen schmeißende Ergänzungen wie kumulative Traumatisierung eingeführt werden. Diese sind aber nicht Bestandteil des offiziellen Kanons.
- Ganz grundlegend werden nicht individuell, sondern von gesellschaftlichen Gruppen oder staatlich durchgeführte Gewalthandlungen überhaupt nicht einbezogen.
- Mit dem Modell ist eine vermittelte indirekte Beteiligung anderer Personen nicht zu denken. Wut auf Waffenproduzenten, weil ich mit einer Waffe verletzt worden bin, ist nicht vorstellbar.

Genau genommen könnte die moderne Traumatheorie also maximal Aussagen treffen, über singuläre Ereignisse, bei denen die traumatische Situation nicht durch andere Menschen herbeigeführt wird, wie z. B. einen zufällig durch eine Windböe herabstürzenden Ast. Schon bei Naturkatastrophen größeren Ausmaßes sind meist mehrere Menschen betroffen, die interagieren. Auch der Großteil der Unfälle beinhaltet die Verwicklung anderer Menschen, sei es als Mitbetroffene oder als Verursacher.

Dennoch soll die Theorie alle Situationen abdecken und den Kern sämtlicher Situationen erfassen, auch wenn gelegentlich vielleicht zusätzliche Faktoren berücksichtigt werden müssen. Dahinter steckt ein bestimmtes Vorgehen, das sich der Subtraktion und Addition bedient: Im ersten Schritt wird alle Unterschiedlichkeit der verschiedenen Situationen herausgefiltert, um zu einer fiktiven Kernsituation zu kommen: die einzelne Person ohne gesellschaftlichen Kontext, die einer überwältigenden Erfahrung gegenüber steht.

Im zweiten Schritt wird ein Modell entwickelt, welche Auswirkungen diese Kernsituation hat.

Im dritten Schritt werden dann die Besonderheiten wieder hinzugefügt, um zu einer Erklärung der spezifischen Situationen zu kommen.

Das kann so aber aus einem ganz simplen Grund nicht funktionieren: Am Anfang wurde wie geschildert eine Symptomliste und eine Definition gebastelt. Genau damit war die Kernsituation definiert. Dieser Vorgang war aber nicht irgendwie logisch hergeleitet. Es war ein taktisches Vorgehen. Wenn ich in einem späteren Schritt durch dazu zählen versuche, eine erweiterte Theorie zu basteln, kann ich so natürlich nicht überprüfen, ob meine ursprüngliche Kernsituation stimmt oder Humbug ist. Ich überprüfe die Grundannahmen überhaupt nicht mehr und damit überprüfe ich auch gar nicht, ob es überhaupt ein alles umfassendes Trauma mit einheitlichen Auswirkungen gibt. Bis heute gibt es keine wissenschaftliche Überprüfung, (aber eine Menge kritische Hinweise aus der Praxis), ob dieser Traumabegriff nicht vollkommen an der Realität vorbei geht.

Ich kann aber auf diese Weise ganz viele Bruchstücke einfach mit einbauen, von denen Teile vollkommen logisch klingen und auf bestimmte Situationen auch passen. Damit habe ich Bündnispartner. Und es entsteht bei vielen der subjektive Eindruck: Wenn dieses Stück der Psychotraumatologie, mir einleuchtet, dann wird der Rest doch wohl auch stimmen.

Ich will hier nur um deutlich zu machen, dass das ein Fehlschluss ist, zwei Zahlen anführen:

Die am besten erforschte traumatherapeutische Methode ist EMDR. Dabei wird mittels gesteuerter Augenbewegungen angeblich die emotionale Belastung herunter gefahren. Diese Methode gilt als eine der effektivsten in der Traumatherapie. Sie hat eine Erfolgsquote von 50%.

Das entspricht der Ratewahrscheinlichkeit und bedeutet, sie bewirkt bei der Hälfte der Betroffenen nichts – oder sie schadet eventuell sogar, das wurde nicht erhoben. Und das soll die effektivste Methode sein. Das heißt doch die anderen Methoden funktionieren bei zwei Drittel oder drei Viertel derjenigen, denen sie helfen sollen, nicht. Und gleichzeitig wird so ge-

tan, als gäbe es eine Traumatheorie, auf der die Traumatherapie basiert, die uns den kompletten Zusammenhang zwischen Trauma und Symptomen erklären kann.

Ich halte wie gesagt Menschen nicht für Maschinen, aber ich wundere mich, warum bei so etwas diejenigen, die Menschen auf Computer reduzieren, nicht stutzig werden. Bei einem Computer ist bekannt, wie was miteinander zusammenhängt, ohne Wenn und Aber. Wenn sie deshalb einen Computer in die Reparatur bringen und in $\frac{3}{4}$ der Fälle kommt er kaputt zurück, würde sie das zufrieden stellen?

Und noch ein zweites Beispiel für den begrenzten Geltungsbereich, der doch universellen Psychotraumatologie: Die PTSD Häufigkeit.

- Sie beträgt nach Verkehrsunfällen 15%
- Ebenso bei schweren Organerkrankungen.
- Bei Kriegsoptionen liegt sie bei 20%, wobei die Statistik hier nicht einmal ausführt, ob es sich um Soldaten oder um Zivilbevölkerung handelt.
- Bei Gewaltverbrechen liegt sie bei 25%
- Und bei bekanntgewordenen Vergewaltigungsopfern bei 50%.

Eine Vergewaltigung ist nun definitiv eine traumatische Situation, oder? Aber die Hälfte der Betroffenen bekommt gar keine posttraumatische Belastungsstörung. Wie kann uns die Theorie, wonach alles so zwangsläufig ist und eine normale Reaktion auf abnormale Situationen, denn das erklären? Und wie erklären sich nur 25% bei Gewaltverbrechen und 20% im Kriegsfall?

Meines Erachtens lässt sich folgendes Fazit ziehen:

Die Psychotraumatologie löst ein Ereignis aus seinem Kontext, um allgemeingültig zu werden, und verengt genau damit die mögliche Gültigkeit.

Ein Beispiel zu dem ich noch gar nichts gesagt habe, obwohl es bei sexualisierter Gewalt eine zentrale Kategorie ist: Das Geschlecht. Die Häufigkeit von PTSD bei Frauen und Männern aber sehr unterschiedlich. Männer sind öfter traumatischen Situationen ausgesetzt, aber Frauen entwickeln öfter eine PTSD.

Die Dekontextualisierung führt dazu, dass systematisch gesellschaftliche Machtverhältnisse wie das Geschlechterverhältnis ausgeblendet werden. Auch andere Macht- und Gewaltverhältnisse spielen keine Rolle. Klassenverhältnisse, Rassismus, all das sind Kategorien, die irgendetwas gar nicht vorkommen. Wenn sie nicht von Anfang an mitgedacht werden, lassen sie sich nicht am Schluss wieder hinzufügen.

Ich möchte es drastisch sagen:

Die durchgängige Reduzierung von menschlichen Handlungen auf Reaktionen in Folge von Reizen bedeutet, dass es keine eigenständigen, begründet handelnden Subjekte gibt. Die Psychotraumatologie kann keine Handlungen erfassen, die auf eine Veränderung der Bedingungen zielen, sondern nur Reaktionen unter vorgegebenen unveränderlichen Bedingungen. Damit wird die menschliche Spezifik aber verfehlt. Insofern ist das Tierexperiment schon die passende Metapher. Bloß ist die Theorie dann für die Bearbeitung sexueller Gewalt nicht sonderlich brauchbar.

Die Frage, die sich aber stellt, ist: Welchen Sinn ergibt ein solches Vorgehen oder anders: Cui Bono? Wer profitiert davon?

Die Beschäftigung von Wissenschaftlern mit der menschlichen Psyche begann nicht zufällig mit dem Aufstieg des Bürgertums. Vorher war die Seele Domäne der Kirche. Und diese bürgerliche Herrschaft war angetreten mit dem Anspruch, Leid zu verhindern, gerecht zu sein, und willkürliche Gewalt zu beenden. Gleichzeitig wurden aber bestimmte Gewaltverhältnisse neu festgeschrieben, ich habe eben davon gesprochen: Rassismus, Geschlechterverhältnisse, Klassenverhältnisse.

Die Funktionalität der modernen Traumatheorie liegt in der Individualisierung und Entpolitisierung von Gewaltverhältnissen, wenn es nicht mehr möglich ist, sie komplett zu leugnen.

Eine solche Theorie kann keine Schritte auf eine Befreiung aus den Gewaltverhältnissen aufzeigen, die aber Ursache des Leids sind. Auf einer solchen Grundlage entstehen bestenfalls therapeutische Modelle, die sich auf eine bessere Anpassung an die bestehenden Gewaltverhältnisse beschränken.

Und welche anderen Möglichkeiten gibt es?

Grundlegend lässt sich feststellen: Die Psychotraumatologie basiert auf einem Wissenschaftsverständnis, bei dem vorgetäuscht wird, von einem neutralen, objektiven Standpunkt auszu-

gehen. Selbst wenn dies möglich wäre, würden so die Betroffenen erneut zum Objekt gemacht, was nicht Neutralität, sondern Parteinahme für die Gewalttäter bedeutet. Eine Wissenschaft, die sich wirklich der Lebensrealität Betroffener annähern wollte, müsste eine Subjektwissenschaft sein und vom Standpunkt der Betroffenen aus gehen.

Wenn wir das aber versuchen wollen, müssen wir anfangen, sexualisierte Gewalt als das zu begreifen, was sie ist, nämlich eine Form von Gewalt. Und zwar eine solche, die die Betroffenen darin einschränkt, über sich selbst zu bestimmen, d.h. über ihre Lebensbedingungen zu verfügen. Und das in einem Ausmaß, dass es existentiell ist.

Und da trifft sich sexualisierte Gewalt mit rassistischer Gewalt. Beide reduzieren Menschen auf Objekte und Gegenstände und greifen auf diese Art den Kern des Mensch sein, - nämlich eigene Wünsche und Ziele für sein eigenes Leben und für sich selbst zu haben – massiv an. Dazu tun sie beide das auf einer Ebene, die im Bürgertum elementarer Bestandteil des Selbstverständnisses ist: Sexualisierte Gewalt auf der Ebene der sozialen Konstruktion Geschlecht, rassistische Gewalt auf der Ebene der sozialen Konstruktion „Rasse“.

Der Kern der Bearbeitung der persönlichen Gewalterfahrung ist zu verstehen, warum die Gewalt geschehen ist, und was ich selber in Zukunft tun kann, damit sie mir nicht wieder passiert. Hieraus ergeben sich bestimmte Grenzen:

- Z.B. Kann ich als Kind, solange mir Einblicke in bestimmte gesellschaftliche Zusammenhänge fehlen, gar nicht komplett bearbeiten, ich muss auf das Thema als Erwachsene oder Erwachsener zurückkommen. Und das tun ja auch viele.
- Eine andere Grenze: Ich stoße bei der Suche nach Ursachen schnell auf gesellschaftliche Machtverhältnisse und stehe dann vor der Frage, ob ich mich denen unterwerfen will, oder sie ändern will. Und wie das gehen kann. Klar ist, das geht nur mit anderen zusammen.

So heran zu gehen, ist etwas vollkommen anderes, als eine individualisierte Zweiertherapie, wo an den Bedingungen nicht gerüttelt wird. Warum haben sich denn in den letzten drei Jahren so viele Betroffene versucht, für eine gesellschaftliche Veränderung einzusetzen?

Ja, ich kenne die Standardantworten: Persönliche Geltungssucht, Projektion und, und, und. Ich kenne inzwischen aber auch nicht wenige von denjenigen, die sich engagieren oder engagiert haben: Und es gibt durchaus einige mit Geltungsbedürfnis, wie auch unter den sogenannten „Professionellen“, die zum Thema arbeiten. Der Großteil engagiert sich aber, weil sie aus der eigenen Bearbeitung ihrer Geschichte die Schlussfolgerung gezogen haben, dass es notwendig ist auf gesellschaftlicher Ebene gegen sexuelle Gewalt vorzugehen.

Ich will hier abbrechen, denn wir wollen ja noch Zeit für Diskussion. Ich habe zum Schluss aber noch ein historisches Beispiel, bei dem Psychiater den Zusammenhang zwischen dem Kampf um gesellschaftlicher Veränderung und Minderung psychischer Folgen von Traumatisierung bestätigt haben:

Die Ausgangslage war folgende:

Im ersten Weltkrieg sind reihenweise deutsche Soldaten zusammengebrochen hauptsächlich wehrpflichtige und meist ab dem Moment, wo sie nicht mehr die erfolgreichen Sieger waren. Sie wurden von Militärpsychiatern mit Elektroschocks gefoltert, damit sie das kleinere Übel wählen und wieder in den Schützengraben zurückkehren.

Diese Soldaten haben sich irgendwann aufgelehnt und die Novemberrevolution durchgeführt. Sie wehrten sich, lehnten sich gegen die deutsche Obrigkeit, dieses unsägliche Bündnis aus Kaisertum und Sozialdemokratie auf und versuchten zum Teil die die Folterärzte an die Wand zu stellen. Und der Krieg wurde auch beendet.

Das Ergebnis dieses Aufbegehrens fasste ein Psychiater wie folgt zusammen:

„Ich habe am 9.11.18 zahlreiche Neurotiker rasch gesund werden sehen ... Ich habe unter den übelsten Helden jener Revolutionstage manchen Mann wiedergefunden, der mir aus meinen Neurotikerlazaretten in der Feigheit seiner Seele nur allzu bekannt war und ich habe einen der erfolgreichsten Ärzte meiner Nervenlazarette nur mit Mühe vor einem schlimmen Schicksal bewahren können“

Das war der Neuropsychiater Robert Gaupp, rückblickend 1940.

Ein anderer schreibt:

„Auf meiner Abteilung trat ein refraktärer Zitterer, ..., als Soldatenrat in Funktion und war von morgens bis abends in gehobener Stimmung tätig für seine ‚Untergebenen‘, befreit von Unlustgefühlen und allen motorischen Reizerscheinungen, getragen von der Zweckhaftigkeit

seines Daseins und seiner Tätigkeit. ... Die letzten Neurotiker verschwanden von der Straße aufgrund ihres Herrengefühls.“

Das war der Militärpsychiater Nonne im Jahre 1922

Der gesamte Traumabegriff und die Traumadiagnostik mögen ihren Sinn machen, um irgendwas über die Krankenkassen abrechnen zu können. Sie haben aber mit der Bearbeitung von Gewalterfahrungen wenig zu tun.

Unsere Chance liegt in einer Auseinandersetzung, jenseits der Psychotraumatologie.

Weiterführende Literatur:

Mosser, Peter & Schlingmann, Thomas (2013): Plastische Chirurgie an den Narben der Gewalt – Bemerkungen zur Medizinisierung des Traumabegriffs. In: Forum Gemeindepsychologie, Jg. 18 (2013), Ausgabe 1. Verfügbar unter http://www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2013_04.html

Schlingmann, Thomas (2010). Die gesellschaftliche Bedeutung sexualisierter Gewalt und ihre Auswirkung auf männliche Opfer. In Beratungsstelle kibs (Hg): "Es kann sein, was nicht sein darf" - Jungen als Opfer sexualisierter Gewalt. München: Eigenverlag.

Eine ausführliche Reinterpretation der Psychotraumatologie mit zahlreichen Quellenverweisen und Literaturangaben findet sich in der unveröffentlichten Arbeit:

Schlingmann, Thomas (2009). Sexuelle Gewalt, Männlichkeit und Handlungsfähigkeit – ein Modell zum besseren Verständnis von Männern, die als Junge sexuell missbraucht wurden. (Bezug über den Autor).

Für diejenigen, die englisch lesen gibt es ein aktuelles Buch mit spannenden Beiträgen und Anregungen zum Thema: Heberle, Renée J. & Grace, Victoria (Eds.) (2009): *Theorizing Sexual Violence*. New York, London: Routledge

Impressum

Wildwasser Arbeitsgemeinschaft gegen sexuellen Missbrauch an Mädchen e.V.

Redaktion: Iris Hölling

Layout: Liane Krebs

Fotos: Jennifer Bulla (Seiten 2, 7, 9, 11, 13, 20, 21, 22, 24, 89, 95, 127), Stefanie Schulz
(Seiten 39, 44, 51, 53, 66, 71, 74, 78, 111)

Umschlag: Kirstin Rauh

Berlin, Mai 2014

gefördert von:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Wildwasser bietet

- **Selbsthilfe und Beratung**
- **FrauenNachtCafé**
- **Frauenladen**
- **Mädchenberatungsstellen**
- **Mädchennotdienst**
- **DonyA**
- **Betreutes Einzelwohnen**
- **Ambulante Erziehungshilfen**



Wildwasser e.V.
Wriezener Straße 10/11
13359 Berlin

www.wildwasser-berlin.de