

# Plastische Chirurgie an den Narben der Gewalt - Bemerkungen zur Medizinisierung des Traumabegriffs

**Peter Mosser & Thomas Schlingmann**

[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 18 (2013), Ausgabe 1]

## Zusammenfassung

Ausgehend von der historischen Entwicklung des Traumadiskurses werden Dimensionen einer aktuellen Kritik am Umgang mit lebensgeschichtlich belasteten, v.a. gewaltbetroffenen Menschen skizziert. Zentral ist dabei das Problem der Aneignung des Traumabegriffs durch medizinisch-psychotherapeutische Instanzen, die ihre Wirkung vor allem auf der Grundlage der formalen Konzeption der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) entfaltet. Durch verschiedene Varianten der Reduktion (v.a. Dekontextualisierung) und der Hierarchisierung geschieht sowohl in der Diagnostik als auch in der Psychotherapie eine systematische Verdeckung der (politischen und gesellschaftlichen) Entstehungszusammenhänge traumatischer Belastungen. Als Alternative werden Wege zu einem komplexeren Verständnis des Traumabegriffs und in Richtung einer nicht-hierarchisch organisierten Unterstützung für traumatisierte Menschen aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Trauma, Gewalt, PTBS, Medizinisierung, Erweiterung des Traumabegriffs, Betroffenenorientierung

## Summary

### **Plastic surgery on scars left by violence - Comments on the medical occupation of trauma**

Based on the historical development of the discourse about trauma, aspects of a current critique of the approach to people with a history of trauma, especially those affected by violence, are outlined. The appropriation of the notion of trauma by medical-psychiatric institutions, which is essentially based on the formal conception of post-traumatic stress disorder (PTSD), is identified as a main problem. Various ways of reduction (especially decontextualization) and hierarchization, in both diagnosis and psychotherapy, constitute a systematic concealment of the (social and political) conditions of the development of traumatic stress. As an alternative, means to a more complex understanding of trauma, in order to advance a non-hierarchically organized support system for traumatized people, are suggested.

Key words: trauma, violence, PTSD, medical system, extension of the notion of trauma, democratic approach

## 1. Zur historischen Entwicklung des Traumadiskurses

Der Traumadiskurs war lange Zeit davon geprägt, aus Gewalt resultierendes Leid möglichst zu leugnen. Die Gottgegebenheit und damit Unveränderbarkeit menschlichen Leidens sowie die Notwendigkeit, sich in dieses zu fügen, waren mit der Aufklärung und der Reformation ins Wanken geraten und die bürgerliche Revolution war mit dem Anspruch assoziiert, menschliches Leid zu verringern. Da erschien es widersprüchlich, dass eben diese bürgerliche Herrschaft selbst Leiden verursachte. Dies war nur kurzfristig aufgrund leider unveränderbarer Notlagen zu rechtfertigen.

In der Diskussion um Unfallfolgen von Eisenbahnunglücken (im 19. Jahrhundert) wurde ebenso wie im Umgang mit Kriegsneurosen (im frühen 20. Jahrhundert) davon ausgegangen, dass gesunde Männer eigentlich nicht unter dauerhaften psychischen Folgen leiden dürften. Führende deutsche Psychiater vertraten z.B. die Ansicht, die Möglichkeit einer Kriegsversehrtenrente würde Veranlagungen wach rufen, die sich zu einer Neurose ausbilden. Dabei hätte ein mögliches traumatisches Ereignis maximal die Funktion eines Auslösers. Es wäre nicht im Sinne einer Heilung, wenn Entschädigungen, welcher Art auch immer, gezahlt würden (van der Kolk et al., 2000). Die Kriegsneurotiker drohten sich sonst zu "parasitären Existenzen am sozialen Körper zu entwickeln" (Bonhoeffer, 1919, zit. n. Aly & Pross, 1991, S. 185). Auch die Psychoanalyse vertrat ähnliche Positionen, z.B. auf dem 5. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest 1918. Nach Freuds Eingangsreferat betonte Karl Abraham, dass es nicht nur darum ginge, den Soldaten zu befähigen, gefährvolle Situationen zu erdulden: "Neben der Bereitschaft zum Sterben wird die Bereitschaft zum Töten von ihm gefordert" (Abraham, 1919 nach Roth, 1987, S. 26). Zu dieser seien Kriegsneurotiker nicht in der Lage, weil sie sexuell labil seien. Ihre Libido wäre im Entwicklungsstadium des Narzissmus fixiert und sie seien deshalb nicht zu bedingungsloser Hingabe in der Lage, weder gegenüber Frauen noch zu Gunsten der Gesamtheit (Roth, 1987). Diese Verlagerung des Problems von Gewalthandlungen zu innerpsychischen Vorgängen hatte Freud schon im Kontext der Erörterung sexualisierter Gewalt vorgenommen. In der Ätiologie der Hysterie vertrat er folgende These: Durch Verdrängung, unbewusste Erinnerung und Abwehr könne bei einem aktuellen postpubertären sexuellen Erlebnis eine Hysterie oder Zwangsneurose ausgelöst werden. Verdrängt würden "ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören" (Freud, 1969, S. 439, vgl. auch Bohleber, 2000, S. 799). Später korrigierte er in einer Fußnote zu seinen Angaben von 1896: "[Zusatz 1924] All dies ist richtig, aber es ist zu bedenken, dass ich mich damals von der Überschätzung der Realität und der Geringschätzung der Phantasie noch nicht frei gemacht hatte" (1969, S. 440). Damit leugnete er zwar nicht den bei den ursprünglich behandelten Patienten (übrigens 12 Frauen und 6 Männer!) diagnostizierten sexuellen Missbrauch, aber er ergänzte, dass primär eingebildete Vorgänge entscheidend seien. Nicht die Gewalt ist das Problem, sondern die Psyche. "Freuds Neurosenlehre führte dazu, dass die Psychoanalyse lange Zeit die Bedeutung realer und akuter Traumatisierungen vernachlässigte und sich stattdessen mehr für prämorbid, frühkindliche Konfliktkonstellationen und Phantasien interessierte" (Landolt, 2004, S. 16). Noch 1948 vertrat die WHO in der ICD-6 die Meinung, Kriegsneurosen seien eine akute, situative Fehlanpassung, wobei die Störungen nach Beendigung der belastenden Situation von selber verschwinden würden (Brett, 2000). Die deutschen Psychiater hingen am längsten dieser These bezüglich Gewalterfahrungen an. Sie behaupteten, KZ-Haft habe zwar unmittelbare Folgen, diese würden nach Ende der Haft aber automatisch abklingen. Diese These ließen sie auf breiter Front just in dem Moment fallen, als am 31.12.1969 die letzten Fristen für einen Antrag auf Entschädigung abgelaufen waren. Jetzt wurden sie nicht mehr von den für Entschädigungszahlungen zuständigen Behörden als Gutachter bezahlt. "Der Verdacht eines Zusammenhanges liegt nahe" (Scharffenberg, 2000, S. 142).

In den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde es zunehmend unmöglich zu leugnen, dass Gewalt langfristige Auswirkungen auf die Betroffenen haben kann und zwar offensichtlich auch, ohne dass sie irgendwelche vorher erkennbaren Defekte haben. In der Folge des Vietnamkrieges waren massenhaft US-Veteranen nicht wieder in die Zivilgesellschaft integrierbar und fielen durch Drogenhandel und -konsum sowie Aggression und Gewalttätigkeit auf (vgl. Fischer & Riedesser, 2003; Herman, 1992; Langkafel, 2000; Lennertz, 2006; van der Kolk et al., 2000). In den USA gab es im Gegensatz zu den europäischen Staaten eine historisch gewachsene Verpflichtung des Staates, sich um Kriegsveteranen zu kümmern. Sie waren also nicht so einfach ausgrenzbar, es musste eine Lösung gefunden werden. Aus dieser Situation ging ein Geflecht unterschiedlicher Interessensgruppen hervor, das von Young (1997) wie folgt beschrieben wird:

Das Militär stand vor dem Problem massenhafter Ausfälle von Soldaten während der Dienstzeit, die teilweise zur Entlassung führten. Wenn auch in der US-Militärpsychiatrie inzwischen nicht mehr von einer Prädisposition als Vorbedingung für eine Kriegsneurose ausgegangen wurde, so hatte das Militär doch ein Interesse, die psychische Tauglichkeit

seiner Rekruten festzustellen, um eventuell später entstehenden Regressforderungen von vornherein vorzubeugen. Es wurden 60 Millionen Tests an 20 Millionen Soldaten und Zivilpersonen durchgeführt. Psychodiagnostik war die Domäne der Psychologie, sodass in diesem Zusammenhang in großer Zahl klinische Psychologen eingesetzt wurden. Für die Veterans-Administration (VA, 1930 als eigenständige Regierungseinrichtung zur Versorgung der Kriegs-Veteranen gegründet) stellte die Behandlung der wegen psychischer Probleme Entlassenen ein Fass ohne Boden dar. Sie strebte nach einer klaren Orientierung hinsichtlich Diagnosen und Behandlungskonzepte. In ihren Verbänden hatten die Veteranen aus dem 2. Weltkrieg und dem Koreakrieg das Sagen. Sie befürchteten, dass weniger Geld für die Entschädigung physischer Folgen zur Verfügung stehen würde, wenn die psychischen Folgen als entschädigungswürdig anerkannt würden. Nach Bastine (1984) war die Veterans-Administration zu Kriegsende der größte Arbeitgeber für Psychologen, wobei die Psychologie zur damaligen Zeit primär experimentalpsychologisch geprägt war. Das zugrunde liegende Denken war nicht psychodynamisch, sondern phänomenologisch und eher behavioristisch orientiert. Die Psychiater in der APA hingegen waren stark psychoanalytisch geprägt. In ihren Reihen fanden sich u.a. Emigranten aus Europa, die in der psychoanalytischen Schule verwurzelt waren. Sie begriffen sich als Mediziner und bezogen sich auf den Arzt Sigmund Freud. Ihr diagnostisches Instrumentarium war psychodynamisch, d.h. es wurde versucht, psychische Krankheiten auf der Grundlage ihrer Entstehung zu klassifizieren. Diese Art der Klassifizierung wurde durch die zunehmende Anwendung von Psychopharmaka, die bei als unterschiedlich konzipierten Krankheiten gleich wirkten, durch den Druck von Militär und Veterans-Administration und durch das Aufkommen der Psychologie in Frage gestellt. Als 1974 die APA eine Überarbeitung des Diagnostischen Manuals (DSM) beschloss, sollte eine deskriptive Klassifizierung benutzt werden. Diese Situation wurde von Psychiatern genutzt, die im Koreakrieg für das Militär und aktuell für die VA arbeiteten. Sie versuchten schon seit längerem, die psychischen Ausfälle zu klassifizieren und hatten keine Einwände gegen ein rein symptomorientiertes Vorgehen. So entwickelten sie einen Vorschlag für ein "Post-Vietnam-Syndrom". Dieses allein für Kriegsveteranen anwendbare Konzept wurde aber zurückgewiesen. Durch Einbeziehen zusätzlicher Patientengruppen, durch geschicktes Einbinden anderer Psychiater und durch Ausweiten der Symptomliste gelang es schließlich aber doch, 1980 eine Diagnose PTBS in das DSM III aufnehmen zu lassen, aber: "Die PTBS-Diagnose des DSM-III war nicht das Ergebnis gründlicher faktorenanalytischer Untersuchungen des Symptombildes von Personen, die an einer "traumatischen Neurose" litten, sondern eine Zusammenstellung von Symptomen, die auf Basis von Literaturstudien, genauem Studium von Krankenblättern und wohlgedachtem politischen Vorgehen erreicht wurde" (van der Kolk et al., 2000, S. 86).

## **2. Dimensionen des Traumabegriffs und ihre stillschweigenden Akzeptanz**

Sobald wir über "Trauma" nachdenken und sprechen, ist es von wesentlicher Bedeutung, dass gleichzeitig mindestens zwei Ebenen, die unterschiedlichen begrifflichen und logischen Kategorien zuzuordnen sind, Berücksichtigung finden, nämlich (1) die Ebene des Ereignisses und (2) die Ebene der subjektiven Repräsentation des Ereignisses. Die Beziehung zwischen diesen beiden Ebenen ist kompliziert und ein Problem des medizinischen Verständnisses von Trauma dürfte darin bestehen, dass diese Beziehung als (mono)kausal verstanden werden muss, um diagnostisch-therapeutische Sinnzusammenhänge generieren zu können. Um dieses grundlegende Problem zu illustrieren, erscheint es sinnvoll, zwei konstruierte Fallbeispiele einander gegenüber zu stellen.

*Erster Fall:* Auf einer Klassenfahrt verunglückt ein Reisebus, in dem dreißig Kinder sitzen. Bei dem Unfall werden einige Kinder schwer verletzt. Exemplarisch kann auf die Situation einer 13-jährigen Schülerin, nennen wir sie Maria, fokussiert werden. Maria wird nur leicht verletzt, sie hat Prellungen an einem Arm und eine Schürfwunde auf dem Kopf. Sie kommt, wie in solchen Fällen häufig gesagt wird, "mit dem Schrecken davon".

*Zweiter Fall:* Ein Junge, nennen wir ihn Hans, wird während seiner gesamten Grundschulzeit von einigen seiner Klassenkameraden fast täglich wegen seines Übergewichts und seiner mangelhaften Schulleistungen gehänselt und gedemütigt. Manchmal wird er auch auf dem Pausenhof geschlagen. Es gibt niemanden, der ihm zur Seite stehen würde.

Worin besteht das Trauma? Wenn wir uns bei der Betrachtung der Geschichte von Hans auf die Suche nach dem traumatischen Ereignis machen, dann stoßen wir auf Probleme, die ein merkwürdiges Unbehagen bereiten. Wir fühlen uns in Hans ein und ahnen etwas von Belastung, Qual, Horror, Leiden und - ja, Trauma. Ohne eingehende Überlegungen würden wir Hans Grundschulzeit als traumatisch bezeichnen. An welchem Punkt aber lässt sich das traumatische Ereignis in Hans Biographie identifizieren? Als er von einer Mitschülerin eines Tages als "Fettwanst" bezeichnet wurde? Als er völlig unvermutet einen Schlag in den Magen bekommen hat? Oder als ihm eines Tages bewusst wurde, dass er ein Außenseiter in der Klasse ist? Es ist notwendig, zwischen (potentiell) "traumatischen Ereignissen" und "traumatischen Belastungen" zu differenzieren, wobei es schwer fällt, innerhalb oder außerhalb des Rahmens dieser Unterscheidung den Begriff "Trauma" zu platzieren. Mit der selbstverständlichen Verwendung des Traumabegriffs scheint vielmehr eine Sprachkonvention entstanden zu sein, die dazu geeignet ist, die komplizierte Beziehung zwischen Ereignis und subjektiver Repräsentation zu verdecken. Es reicht aber nicht, Ereignis und Belastung voneinander zu unterscheiden, sondern sie müssen immer auch relational gedacht werden. Erst unter der Voraussetzung ihrer begrifflichen Trennung können Annahmen hinsichtlich ihrer Interdependenz entwickelt werden. Das Problem ist aber noch vielgestaltiger. Eine begriffliche Zuschreibung als "traumatisch" kann nur dann erfolgen, wenn die Möglichkeit einer konsensualen Operationalisierung dessen besteht, was als "traumatische Belastung" beschrieben wird. Es stellt eine Form der Bemächtigung dar, wenn das medizinisch-psychotherapeutische System diese Operationalisierung sozusagen monopolistisch für sich beansprucht. Auf den ersten Blick sieht es so aus, als könnte man mit einer Formalisierung der Belastungsphänomene, wie sie nach einem potentiell traumatischen Ereignis auftreten können, den Unschärfen des Traumabegriffs entkommen: Ein Ereignis war dann traumatisch, wenn die Folgen bei den Beteiligten traumatisch sind. Und die Folgen sind dann traumatisch, wenn sie anhand gängiger Diagnoseschemata (DSM-IV; ICD-10) als traumatisch diagnostizierbar sind. In dieser Argumentation spiegelt sich eine Art retrospektiv orientierter Logik wider, die nicht einmal in der subjektiven Repräsentation Beteiligter, sondern erst in Gestalt ihrer allgemeinen Formalisierung ansetzt. Genau genommen erklärt nicht das Leiden der Betroffenen das belastende Ereignis als "traumatisch", sondern erst die Vergabe einer Diagnose. Wir werden sehen, dass die Diagnose auch Auskunft gibt über den Charakter eines potentiell traumatischen Ereignisses und einen kausalen Zusammenhang zwischen Ereignis und Belastung voraussetzt. Auf diese Weise trifft sie implizite (unhinterfragte?) Aussagen über den Prozess der Traumatisierung. Die Traumatisierung ist der Vorgang, der dazu führt, dass ein Ereignis bei beteiligten Menschen eine bestimmte Art von psychischen Belastungen auslöst: Maria wird durch das Busunglück traumatisiert, weil sie in Folge des Vorfalls Symptome zeigt, die als posttraumatisch diagnostiziert werden. Schwieriger wird es, wenn wir darüber nachdenken, wodurch Hans traumatisiert wird. Durch seine Mitschüler? Durch seine Grundschulzeit? Durch den Schlag in die Magengegend? Durch die Erkenntnis, ein Außenseiter zu sein? Die Annahme der Kausalität ist eine *conditio sine qua non* des medizinischen Traumatisierungsbegriffs, was explizit in der ICD-10-GM zum Ausdruck kommt: "Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden" (DIMDI, 2008, S. 173). Nur wenn das als traumatisch diagnostizierte Symptom kausal auf ein bestimmtes Ereignis rückführbar ist, kann sinnvoller Weise von einer Traumatisierung gesprochen werden. Die Blickrichtung ist dabei in der Regel retrospektiv: Von der Wirkung wird auf die Ursache

geschlossen. Es ist aber auch eine prospektive Sichtweise denkbar: Wenn ein Ereignis als potentiell traumatisch angesehen wird, dann könnte vermutet werden, dass als posttraumatisch definierte Symptome auftreten werden. Tatsächlich aber ist eine solche "umgekehrte Kausalität" nicht möglich. Es könnte vielleicht mit groben Wahrscheinlichkeiten operiert werden, aber keinesfalls mit hinreichend zielsicheren Prognosen, da der Prozess der Symptombildung viel zu komplex ist, um monokausal begründete Vorhersagen treffen zu können.

### 3. Neurophysiologische Aspekte

Gerade bildgebende Verfahren spielen in der Öffentlichkeit, aber auch in Fachkreisen als vermeintlicher Beleg für die psychotraumatologische Theorie eine große Rolle. Grafisch bearbeitete Bilder aus solchen Untersuchungen scheinen der sichtbare Beweis zu sein, dass hirneurophysiologische Vorgänge stattfinden, die nicht nur die Richtigkeit der Theorien belegen, sondern teilweise auch die Ursache für die Folgen von Traumata darzustellen scheinen. Hier werden Kausal- und Konditionalbeziehungen verwechselt: Voraussetzung für jede menschliche geistige Tätigkeit ist das Gehirn, aber es ist nicht die Ursache dafür. In entsprechenden Untersuchungen sind neuronale Aktivitäten, das Auftreten neurochemischer Verbindungen, oder eine verstärkte Durchblutung, also bestimmte Quantitäten messbar. Gedanken und Gefühle stellen aber unterschiedliche Qualitäten dar. Bewerten, interpretieren, Bedeutung verleihen sind geistige Tätigkeiten - messbar ist dabei lediglich, dass es irgendeine Aktivität gibt, nicht jedoch, was sie bedeutet (Huisken, o.J.). Es besteht keine Identität zwischen subjektiven Empfindungen und messbaren physiologischen Aktivitäten, sodass etwa die folgende Formulierung missverständliche Kongruenzen transportiert: "Die Amygdala interpretiert die emotionale Valenz der eintreffenden Information und versieht sie mit emotionaler Bedeutung" (van der Kolk, 2000, S. 236). Ein realer Erkenntnisgewinn für belastete Personen und ihre Unterstützerinnen ist bei solchen Interpretationen nicht gegeben. Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit neurophysiologischen Untersuchungen ist der "stille Post-Effekt": Zu einer seriösen wissenschaftlichen Publikation einer Untersuchung gehört die Darstellung des Forschungsdesigns und der erhobenen Daten, sodass kritische Leserinnen sich ein Bild davon machen können, ob die Interpretationen des Ergebnisses nachvollziehbar sind. Das hat Ruth Leys (2000) getan, als sie die berühmte Untersuchung von Rauch et al. (1996), die belegen sollte, dass aufgrund hirneurophysiologischer Vorgänge (verminderte Durchblutung des Broca-Areals, das für die Sprachproduktion zuständig sein soll) ein traumatisierter Mensch über das Trauma nicht reden kann, genauer hinterfragt hat. Sie kritisiert dabei nicht nur die unzulässigen Verallgemeinerungen aus einer Versuchsgruppe von 8 Personen ohne Kontrollgruppe, sondern sieht die Ergebnisse durch das Forschungsdesign vorweg genommen: Die Teilnehmenden sollten ein traumatisches Ereignis aufschreiben. Dann wurden sie in den Positronen-Emissions-Tomographen geschoben und ihre Gehirnaktivitäten beobachtet, während ihnen ihre eigene Geschichte vorgelesen wurde. Sie hatten die Anweisung zuzuhören, ferner eine Kanüle in der Nase und den Kopf mit einer Halterung fixiert. Leys kommentiert die Situation sarkastisch: "No wonder van der Kolk and his associates found that the Broca's area was turned off" (2000, S. 261). In der Rezeption in der Sekundärliteratur und erst recht in der für die breite Öffentlichkeit zugänglichen populärwissenschaftlichen Literatur werden aber häufig aus hinterfragbaren Interpretationen der Forscher Tatsachenbehauptungen.

### 4. Probleme der Diagnostik

Im DSM-IV-TR werden nur zwei Störungsbilder angeführt, deren Diagnosekriterien unmittelbar auf potentiell belastende Lebensereignisse rekurren, nämlich die Posttraumatische Belastungsstörung (309.81, bzw. als zeitlich begrenzte Form die Akute Belastungsstörung, 308.3) sowie die Anpassungsstörung (309.xx) (Saß et al., 2003). Im ICD-10 ist zusätzlich die Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F 62.0) beschrieben (Dilling et al., 2011). Dieser geht in vielen Fällen eine posttraumatische Belastungsstörung voraus. Im vorliegenden Zusammenhang beschränken wir uns auf die Diagnostik der explizit als

posttraumatisch ausgewiesenen Störungen, da sich die Anpassungsstörung per definitionem auf nicht-traumatische Lebensereignisse bezieht.

An dieser Stelle erscheint es angebracht, auf die Implikationen der rein deskriptiven Gestaltung von DSM und ICD hinzuweisen. Diese wurde mit der Intention entwickelt, der Unübersichtlichkeit einer bis zum DSM III praktizierten psychodynamischen Diagnostik zu entkommen. Es war damit die Hoffnung verbunden, ungeachtet der Ätiologie zu einem konsensualen Klassifikationssystem zu kommen. Mit dem Erfolg dieser Art der Diagnostik und mit der zunehmenden Einordnung von Psychotherapie ins Gesundheitswesen setzte sich eine medizinisch-psychiatrische Diagnosepraxis durch, die sich primär für das Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen eines klassifizierten Störungsbildes interessiert. Prinzipiell bietet das multiaxiale System des DSM zwar Grundlagen für den Einbezug lebensgeschichtlicher Zusammenhänge und aktueller Lebensumstände in den diagnostischen Prozess (Achse IV: "Psychosoziale und Umgebungsbedingte Probleme"), aber mindestens zwei Probleme bleiben dabei ungelöst: Erstens werden dadurch keine Aussagen zu den Zusammenhängen zwischen den Lebensumständen und dem Störungsbild getroffen, weil auch hier die Art der Darstellung rein deskriptiv ist. Und zweitens hat sich daraus eine Diagnosepraxis entwickelt, die den verschiedenen Achsen ein unterschiedliches epistemologisches Gewicht zuweist, wie dies in der Einführung der deutschen Ausgabe des DSM-IV-TR angedeutet wird: "Die operationalisierten Klassifikationssysteme bergen die Gefahr einer Verengung der psychopathologischen Perspektive mit Konzentration auf die in den offiziellen Diagnosemanualen enthaltenen Items und einer immer gleichförmigeren Kriterienpsychopathologie. Dabei verführt die Scheinsicherheit einer operationalen Definition, die ja vielfach nichts anderes als das Resultat eines politisch determinierten Konsensusprozesses ist, dazu, den mit einem psychopathologischen Begriff gemeinten, oft komplexen Sachverhalt als Realität zu akzeptieren und nicht mehr genauer zu überprüfen" (Saß et al., 2003, S. XX). Der Kriterienkatalog für das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung beinhaltet sowohl im DSM als auch im ICD nicht nur bestimmte Symptombereiche (die ganz allgemein unter den Termini "Wiedererleben" [Kriterium B], "Vermeidung/Abflachung der allgemeinen Reagibilität" [Kriterium C] und "Übererregung" [Kriterium D] subsumiert werden), sondern auch eine Liste von Lebensereignissen, die zur Entwicklung einer PTBS führen können. Hier wird also die prinzipielle Vernachlässigung tatsächlicher Lebensereignisse auf der Achse 1 des DSM aufgeweicht. Es wird sogar postuliert, dass die Diagnose nur dann vergeben werden kann, wenn die Person mit Ereignissen konfrontiert war, "die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten" (Kriterium A1, Saß et al., 2003, S. 520). Solche Erfahrungen wiederum müssen per definitionem an das Vorliegen des Ereigniskriteriums A2 geknüpft sein, wonach die Person dabei "intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen" erlebt hat. Diese Formulierung des Ereigniskriteriums A2 im DSM IV-TR ist unter anderem das Ergebnis der Auseinandersetzung, ob es sich bei der PTBS um eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis oder eine unnormale Reaktion auf ein normales Ereignis handele (vgl. Shalev, 2000). Während genau genommen mit dieser Formulierung ein Kompromiss gefunden wurde, der in der deskriptiven Tradition steht und keine explizite Zusammenhangsaussage trifft, hat sich in der Traumatheorie die Idee einer normalen Reaktion auf eine unnormale Situation durchgesetzt.

Die der Vergabe der Diagnose zugrunde liegende Phänomenstruktur ist aber hochkomplex, weil sie mindestens drei kategorial unterschiedliche Ebenen berührt: (1) Art der Symptome, (2) Art der zugrunde liegenden Ereignisse und (3) subjektiv beschreibbare Akutreaktionen auf die Ereignisse. Dazu müssen noch bestimmte Kriterien hinsichtlich des zeitlichen Auftretens der Symptome (Kriterium E) und der pathogenen Ausprägung der Symptome (F-Kriterium) erfüllt werden. Abgesehen von dieser an sich schon anforderungsreichen Diagnosekonstellation werden Annahmen in Bezug auf die Beziehung zwischen Ereignis, Akutreaktion und Symptomen getroffen. Diese Annahmen werden aber im Diagnoseschema nicht expliziert, sondern spekulativ unterstellt. Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung ist also in zweifacher Hinsicht kritisch zu betrachten: Einerseits stellt sie vielgestaltige Anforderungen an die Ereignisse selbst sowie an akute und langfristige Reaktionen auf diese Ereignisse, andererseits ist sie sehr ungenau hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Symptom und Ereignis. Diese Ungenauigkeit ist bedingt durch die

prinzipiell deskriptiv angelegte Struktur von Diagnoseschemata, innerhalb derer die Formulierung von Ereigniskriterien eine Art unvermeidlichen Kategorienfehler darstellt. Die Diagnose der PTBS ist nämlich nicht deskriptiv. Sie bezieht sich retrospektiv auf Lebensereignisse, Akutreaktionen und unterstellt Zusammenhänge. Das Problem besteht darin, dass sie nicht deskriptiv ist, aber vorgibt, deskriptiv zu sein. Dies hat erhebliche Konsequenzen für die konkrete Praxis der Diagnosestellung: Diagnostische Instrumente, die zur Erfassung posttraumatischer Belastungen herangezogen werden, bilden die Schwierigkeiten einer formalisierten Beschreibung von lebensgeschichtlich bedingten Belastungen lediglich ab, ohne eine Aussage über die komplizierten Zusammenhänge zwischen Lebensereignissen und subjektivem Leiden treffen zu können. Instrumente wie z.B. das als "Goldstandard" geltende IBS-KJ (Steil & Füchsel, 2006) replizieren die Probleme einer streng formalisierten Diagnose. Im Zusammenspiel von diagnostischem Manual und diagnostischer Praxis wird konsequenterweise der zwischen traumatischem Ereignis und traumatischem Erleben verschwundene Traumabegriff wie folgt bestimmt: Ein Trauma ist das, was die Erhebungsinstrumente zur Erfassung der posttraumatischen Belastungsstörung messen. Es drängt sich daher auf, von einer tautologischen Diagnostik zu sprechen. Dies bedeutet aber auch, dass all jene Ereignisse, in deren Folge keine PTBS-Diagnose gestellt werden kann, keine traumatischen Ereignisse im Sinne des Ereigniskriteriums A1 sind. Hierin zeigt sich wiederum das Problem der hierarchischen Unterordnung von Lebensereignis und Lebensumständen unter das Primat der formalisierten Diagnose. Die Probleme der traumabezogenen Diagnostik zeigen sich auch sehr deutlich im Hinblick auf die Folgen von Lebensbelastungen bei Kindern und Jugendlichen (Rosner et al., 2012). Bis zum heutigen Tag orientiert sich die Diagnosestellung einer PTBS bei Minderjährigen an den Kriterien, die bei Erwachsenen Anwendung finden. Allenfalls wird auf Besonderheiten bei Kinder und Jugendlichen verwiesen (Saß et al., 2003), da die empirische Unhaltbarkeit einer phänomenologischen Analogie zwischen Kindern und Erwachsenen längst bekannt ist (Scheeringa et al., 2006; Scheeringa et al., 2003). Konsequenterweise wird seit wenigen Jahren die Einführung einer eigenen Diagnose gefordert, die dem Belastungserleben von Kindern und Jugendlichen eher gerecht wird (Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung; van der Kolk et al., 2009). Es erstaunt, wie lange diese Diskussion auf sich warten ließ, während einerseits eine exakte Diagnostik anhand deskriptiven Kriterien verlangt wurde und andererseits jahrzehntelang von einer ungefähren Äquivalenz bezüglich der traumabezogenen Belastungen bei Kindern und Erwachsenen ausgegangen wird. Es fällt schwer, hier nicht von einer von den Diagnosekonventionen selbst hervorgebrachten systematischen Praxis der Fehldiagnostik zu sprechen, die auf einer Vernachlässigung entwicklungspsychologisch bedingter Differenzen basiert. Es würde zu weit führen, an dieser Stelle die Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kinder hinsichtlich belastender Lebensereignisse und deren subjektiver Repräsentation in aller Ausführlichkeit zu diskutieren. Diese bilden sich aber recht deutlich im Diagnosevorschlag für die Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung ab. Allein das Ereigniskriterium ist grundlegend verschieden von dem, was die posttraumatische Belastungsstörung erfordert (Rosner & Steil, 2012):

- A1: Multiple und chronische interpersonelle Traumatisierung (direkt oder indirekt),
- A2: Verlust protektiver Bezugspersonen als Folge von Veränderungen, wiederholte Trennungen von den Bezugspersonen oder schwerer oder überdauernder emotionaler Missbrauch.

Die Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung kann als Fortschritt in der Diagnosestellung angesehen werden, weil sie dezidiert den Entwicklungsaspekt berücksichtigt. Aber sie löst die meisten der oben beschriebenen Probleme nicht. Der tautologische Charakter einer rein kriterienfokussierten Diagnostik wird hier sogar noch deutlicher, wenn als Ereigniskriterium die "interpersonelle Traumatisierung" angeführt wird. Es ist zwar von großer Bedeutung, dass einem solchen Geschehen eine pathogene Bedeutung zugeschrieben wird, aber genau genommen setzt die Diagnose nichts anderes voraus, als dass die "Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung" durch eine "interpersonelle Traumatisierung" hervorgerufen wurde. Noch plakativer ließe sich formulieren, dass eine "Traumafolgestörung" eine "Traumatisierung" voraussetzt.

## 5. Das Problem der Reduktion

Der reduktionistische Charakter der medizinisch orientierten Diagnosepraxis zeigt sich im Bereich der traumatischen Belastung darin, dass den identifizierten Symptomen eine primäre Entstehungsursache der Erkrankung zugewiesen wird. Es wird versucht, das traumatische Ereignis, operationalisiert nach dem Kriterium A1 im DSM, diagnostisch aus den Lebenszusammenhängen der diagnostizierten Person als Wirkfaktor zu isolieren, so wie man Bakterienstämme isoliert, um bestimmte Krankheitszeichen erklärbar zu machen. Der aus einem solchen Verfahren ableitbare Erkenntnisgewinn wäre noch annähernd vertretbar im Zusammenhang mit Monotraumata im Sinne der oben beschriebenen Fallskizze über Maria. Besonders deutlich wird das Problem aber, wenn wir uns die Geschichte von Hans vor Augen führen: Bei ihm erscheint die Identifikation der primären Erkrankungsursache unmöglich, wenn nicht gar sinnlos, wir stehen vor einem unüberschaubaren Geflecht an potentiellen Schädigungsfaktoren und ahnen, dass wir durchaus nicht alles wissen, was an dem Jungen Schaden angerichtet hat. Ungeachtet der Symptomatik des Jungen ließe sich anamnestisch eine gewisse Nähe zur Andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung begründen, allerdings wird der Begriff "Extrembelastung" im ICD-10 mit "Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, anhaltenden lebensbedrohlichen Situationen" spezifiziert (Dilling et al., 2011, S. 162). Kann also Hans gar nicht traumatisiert sein, da seine Vorgeschichte keine zuverlässige Identifikation eines formal beschriebenen Ereigniskriteriums ermöglicht?

Dass der Traumadiskurs - nach erstaunlichen Verzögerungen - für solche Konstellationen Begriffe wie "sequentielle Traumatisierung" (Keilson, 1979), "komplexe posttraumatische Belastungsstörung" (Herman, 1992) oder "Retraumatisierung" (Maercker, 2009) hervorgebracht hat, ändert wenig an der grundlegenden Problematik einer reduktionistischen Diagnostik, die sich im erkenntnistheoretischen Dschungel zwischen Belastungszeichen und Lebensereignis verirrt bzw. die Komplexität möglicher Zusammenhänge durch Behauptung einer kausalen Linearität ignoriert. Erfahrungen extremen Leids können sehr unterschiedlich sein. Vor allem für Gewaltbetroffene wirkt sich die beschriebene Reduktion fatal aus. Gewalt findet zwischen Personen statt. Sie ist eingebettet in Gewaltverhältnisse und hat eine gesellschaftliche Bedeutung. Ohne diese einzubeziehen können die Auswirkungen nicht überwunden werden. Wenn wir uns die Symptome der Andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung durchlesen (eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein, Entfremdungsgefühl), so geht es hier um Aspekte, die etwas über das Verhältnis der Betroffenen zur sie umgebenden Welt und zu den Personen aussagen. In Bezug auf Gewalt lassen sich die folgenden Dimensionen der Reduktion skizzieren:

- *Dekontextualisierung*: Die Bedeutung eines traumatischen Ereignisses, die diesem durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen zugewiesen wird (Ist ein Soldat ein Held, der fürs Vaterland kämpft? Ist eine vergewaltigte Frau eine Schlampe, die das selbst verschuldet hat? Oder handelt es sich bei beiden um bemitleidenswerte, hilflose Opfer?), beeinflusst die psychische Auseinandersetzung ganz massiv, wird aber nicht berücksichtigt. Von gesellschaftlichen Gruppen oder staatlich durchgeführte Gewalthandlungen können auch nicht berücksichtigt werden. Ohne Berücksichtigung der gesellschaftlichen Bedingungen kann aber auch der drohende Ausschluss aus der menschlichen Gemeinschaft (Schlingmann, 2009) nicht verstanden werden, den viele Gewaltbetroffene als grundlegendes Fremdheitsgefühl und als ein Empfinden, auf ein Objekt reduziert zu werden, beschreiben.
- *Entsubjektivierung*: Ein sukzessiver Zusammenbruch der Bewältigungskapazitäten, scheiternde Lösungs- und Rettungsversuchen etc., die bei länger andauernden, im Einzelnen aber nicht die Traumadefinition erfüllenden Situationen oftmals auftreten, werden in die Traumakonzeption nicht mit aufgenommen. Die PTBS-Diagnose lässt auch keinen Raum für ein eigenständiges, begründetes Handeln der Subjekte. Es ist so nicht möglich, Handlungen zu erfassen, die auf eine Veränderung der Bedingungen zielen, sondern nur Reaktionen unter unveränderlichen Bedingungen (zur



Unzulänglichkeit des Reiz-Reaktionsmodells zur Erfassung menschlichen Handelns siehe Holzkamp, 1983). Hierdurch wird eine traumatische Situation in dem Sinne reproduziert, dass durch die Diagnose die Möglichkeit der Verfügung über die eigenen Lebensbedingungen bestritten wird.

- *Verallgemeinerung*: Die traumatisierte Person wird ohne Berücksichtigung ihres Geschlechtes betrachtet. Studien berichten aber übereinstimmend, dass Männer zwar deutlich öfter als Frauen traumatischen Situationen ausgesetzt sind, aber wesentlich seltener PTBS entwickeln (Norris, Foster & Weishaar, 2002).
- *Isolierung*: Es wird nur die traumatisierte Person betrachtet. Beziehungen zu und Interaktionen mit anderen beteiligten Personen werden nicht berücksichtigt. Dadurch sind auch Prozesse der kollektiven Traumatisierung, wie z.B. bei der Zivilbevölkerung im Kriegsfall nicht erklärbar.

Der Psychoanalytiker David Becker kommentiert einen zentralen Aspekt der Reduktion wie folgt: "Die PTBS verwandelte per se Täter in Opfer. Es ging nicht mehr um die Verbrechen in Vietnam, sondern um die Krankheiten, die der Einsatz dort hervorgerufen hatte. Mit der PTBS konnte man mehrere Fliegen mit einer Klappe schlagen: Die Ursachen der Krankheiten waren weder die realen sozialen Verhältnisse in den USA noch die konkrete Täter- und Opfersituation in Vietnam. Die Soldaten waren Opfer geworden, aber der spezifische Charakter der erlebten traumatischen Situationen interessierte niemanden bzw. wurde durch die PTBS zusätzlich verschleiert. Sie erwies sich als medizinisierende, enthistorisierende und soziale Realitäten verleugnende Methode der Diagnostik" (Becker, 2006, S. 221).

Es lässt sich resümieren, dass die hier skizzierten Grundannahmen keine Schritte in Richtung einer Befreiung aus Gewaltverhältnissen und damit aus dem durch sie hervorgerufenen Leid aufzeigen. Auf einer solchen Grundlage entstehen therapeutische Modelle, die sich vielmehr auf eine bessere Anpassung an die bestehenden Gewaltverhältnisse beschränken. Die Funktion der PTBS-Diagnose und der sich an dieser orientierenden Traumatheorie liegt in der Individualisierung und Entpolitisierung von Gewaltverhältnissen.

## 6. Behandlung

In der modernen Traumatheorie bezieht sich die überwältigende Mehrheit der Zusammenhangsannahmen auf die in der Diagnose festgelegten Ereigniskriterien und die daraus abgeleiteten Symptomkomplexe. Hier bestätigt sich erneut, dass Trauma auf das reduziert wird, was die PTBS-Diagnose beschreibt. Demzufolge ist die grundlegende Kritik an der medizinischen Traumadiagnostik auf die Traumabehandlung übertragbar. Traumatherapie läuft demzufolge Gefahr, sowohl reduktionistisch als auch hierarchisch zu sein. Reduktionistisch ist sie insofern, als sie die Komplexität der psychischen und sozialen Korrelate potentiell traumatogener Lebensbelastungen nicht ausreichend berücksichtigt. Ebenso wie die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung nur eine sehr spezifische Symptommanifestation beschreibt, ist Traumatherapie nur auf ein bestimmtes Segment psychischer Belastungen, denen eine Vorgeschichte mit potentiell traumatischen Lebenserfahrungen vorausgeht, zugeschnitten.

Ihr hierarchischer Charakter zeigt sich auf mehreren Ebenen: Der Traumatherapie wird im Kanon möglicher Unterstützungsformen eine herausragende Bedeutung zugewiesen. Dies spiegelt sich deutlich in Vorschriften wider, die sich darauf beziehen, wer Traumatherapie ausüben darf, nämlich Psychiater sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen - und zwar unabhängig vom Ausmaß und der Qualität ihrer traumatherapeutischen Zusatzausbildung. Sozialpädagoginnen dürfen sich zwar in traumatherapeutischen Verfahren ausbilden lassen, aber es ist ihnen lediglich gestattet, sich "Traumapädagoginnen" zu nennen und es ist ihnen in der Regel untersagt, Techniken der Traumaexposition oder -konfrontation anzuwenden. Die Effekte einer berufsständisch motivierten, hierarchisch organisierten Traumahilfepraxis zeigen sich exemplarisch in Flüchtlingsunterkünften, stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und Pflegeheimen, wo unterbezahlte Sozialpädagoginnen, Erzieherinnen und Pflegekräfte tagtäglich mit schwer belasteten Menschen arbeiten. Davon abgeschnitten sind Kliniken, niedergelassene Psychotherapeuten und

Psychiater, bei denen zum großen Teil kein ausgeprägtes Verständnis für die Zusammenhänge zwischen traumatogenen Lebensereignissen und Belastungszeichen vorhanden ist. Allenfalls werden die "an der Basis" arbeitenden Menschen traumapädagogisch geschult (Bausum et al., 2009), wobei allein der Begriff "an der Basis arbeiten" die strukturell bedingte Verdrehung der Bedeutungshierarchie in der Traumabehandlung deutlich macht. Das medizinische System ist in der Regel weitgehend abgeschnitten von der "Basis", während die belasteten Menschen "an der Basis" genau jene Erfahrungen machen, die ganz wesentlich zur Chronifizierung, Verschlimmerung oder Besserung der psychischen und sozialen Situation beitragen (Tarren-Sweeney, 2008). Traumatherapie erfolgt vielfach als isolierte und hierarchisch übergeordnete Maßnahme, die sich als Anwendung von Techniken von der Lebenswirklichkeit der Betroffenen lossagt. In den meisten Fällen jedoch kommt sie gar nicht zum Einsatz, weil die notwendigen Voraussetzungen nicht vorliegen. Traumatherapie ist nämlich insofern extrem hochschwierig, weil sie hohe Anforderungen an die Betroffenen stellt, von denen an dieser Stelle nur zwei kurz skizziert werden:

Erstens wird von Traumatherapeutinnen immer wieder darauf verwiesen, dass bestimmte Elemente der Traumatherapie nur dann funktionieren, wenn sich potentielle Klienten in hinreichend stabilen Lebensumständen befinden. Dass Gewalt in einem Kontext stattfindet, wird auch von Traumatherapeutinnen als Problem gesehen, allerdings gehen sie oft davon aus, "dass ein Mensch erst in sich Ruhe finden sollte [...] ehe er oder sie sich den Fragen struktureller Gewalt zuwenden kann" (Reddemann, 2001, S. 16). Eine Reihenfolge, die für nicht wenige Betroffene so nicht praktikabel ist. Da nämlich instabile Lebensverhältnisse häufig die wesentlichste Manifestation schwerwiegender biographischer Belastungen sind, erscheint es geradezu paradox, deren Beseitigung als Voraussetzung für die Durchführung therapeutischer Maßnahmen festzulegen.

Zweitens gibt es eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, dass es aufgrund subjektiver Einschätzungen traumatisch belasteter Menschen auch bei Vorliegen "stabiler Lebensverhältnisse" zu keiner Traumatherapie kommt. Der Grund dafür lässt sich unmittelbar aus den Diagnosemanualen ableiten, in denen der Symptomkomplex der Vermeidung beschrieben wird. Traumatherapie läuft aber der subjektiv - aus gutem Grunde - gewählten Strategie der Vermeidung zuwider. Traumatherapie ist das Aufbrechen der Vermeidung. Man kann also sagen, dass der Zugang zu Traumatherapie durch das Symptom selbst versperrt wird. Besondere Aufmerksamkeit verdient der Umgang mit Vermeidung im Zusammenhang mit Interventionsprogrammen, die als Kurzzeittherapie angelegt sind (und damit implizit Kostenersparnisse suggerieren), wie die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche (TF-CBT; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2009), deren Wirksamkeit gegenwärtig mit hohem Kostenaufwand in Form einer an mehreren Standorten in Deutschland parallel durchgeführten Studie evaluiert wird (z.B. Universitätsklinikum Ulm, 2013). Es wird - auf der Basis empirischer Studien aus den USA (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2009) - davon ausgegangen, dass traumatisierte Kinder innerhalb von 12 Therapiestunden nachhaltig geheilt werden können. Dabei sollte nicht unerwähnt bleiben, dass als eine der Indikationen die Betroffenheit von sexuellem Missbrauch gilt. Es erscheint schwer erklärbar, wie im Rahmen eines straff strukturierten, manualisierten Therapieprogramms, welches ein deutliches Primat auf die Traumakonfrontation legt, Probleme der Scham und der Vermeidung gelöst werden können. Oder werden nur nicht-vermeidende Kinder in das Programm aufgenommen?

Die Hierarchisierung drückt sich aber auch in der Hierarchie zwischen Therapeut und Klient aus. Diese ist nicht nur strukturell bedingt, sie ist auch in der Konzeption der Traumatherapie selbst angelegt: Ein fester Bestandteil der Stabilisierung ist die sogenannte Psychoedukation. Der Therapeut nimmt also eine Art "psychologische Erziehung" vor. Dabei wird den Betroffenen auf der Grundlage der Autorität des Fachmanns erklärt, warum sie sich in welcher Situation wie fühlen. Dies kann nur dann zu einer relevanten Entlastung des Betroffenen führen, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden: Erstens müssen die psychoedukativen Inhalte zu der spezifischen Traumageschichte des jeweiligen Betroffenen passen und zweitens muss es sich um gut fundierte und zutreffende Informationen handeln. Häufig werden aber traumatheoretische Annahmen als unbestrittene Tatsachen ausgegeben (siehe oben "stille-Post-Effekt"), wie z.B. die schon bei den

Militärpsychiatern im 19. Jahrhundert verbreitete Fight-Flight-Freeze Metapher. Obwohl höhere Säugetiere im Zuge der Evolution ihres sozialen Verhaltens ein wesentlich größeres Verhaltensrepertoire entwickelt haben, wird dieser "anschaulichen" Metapher häufig ein hoher Erklärungswert zugeschrieben. Die Praxis der Psychoedukation muss sehr genau unter dem Gesichtspunkt des Hierarchieverhältnisses zwischen Therapeuten und Betroffenen betrachtet werden. Ansonsten besteht die Gefahr einer Art "Entmündigung" hilfeschender Menschen.

## **7. Iatrogene Belastungen durch Nicht-Anerkennung der ätiologischen Bedeutung traumatischer Ereignisse**

Eines der wichtigsten Probleme, das mit dem reduktionistischen und hierarchischen Verständnis des Traumbegriffs innerhalb des medizinisch-psychotherapeutischen Systems einher geht, besteht in einem systematischen "Übersehen" der subjektiven Repräsentation des Belastungserlebens bei betroffenen Menschen. Es lassen sich hier zwei graduell unterschiedliche Formen diagnostischer "Missverständnisse" unterscheiden. Bei beiden handelt sich nicht einfach nur um die Folgen differentialdiagnostischer Unschärfen und Fehleinschätzungen, sondern um die Manifestationen eines mangelhaften Verständnisses von einer auf Gleichberechtigung basierenden Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. Das erste Problem besteht darin, dass traumatisierte Menschen schlichtweg falsch diagnostiziert werden und die darauf basierende Behandlung die biographischen Belastungen und deren subjektive Repräsentationen im Großen und Ganzen leugnet. Eine solche Konstellation ist besonders wahrscheinlich, wenn die pathogene Wirkung konkreter Lebensereignisse in den jeweils zur Anwendung gebrachten theoretischen Behandlungskonzepten eine untergeordnete Bedeutung spielt. Sowohl Psychoanalyse als auch Verhaltenstherapie haben theoretisch begründete Schwierigkeiten, ein konsistentes Verständnis von realen Lebensereignissen, realen Lebensumständen, alltäglichen Zumutungen und deren subjektive Repräsentationen zu entwickeln. Nicht zuletzt aufgrund dieser theoretisch begründeten und strukturell verankerten Ignoranz gegenüber der realen Belastung konnte sich in der deutschen Psychotherapielandschaft sehr lange Zeit kein annähernd brauchbares Verständnis von Trauma etablieren. Dadurch besteht die Gefahr, dass das, was die Betroffenen wirklich (im Sinne eines subjektiven Empfindens) belastet, nicht in dem Ausmaß wertgeschätzt wird, wie es notwendig wäre, damit sich die hilfeschende Person ernst genommen fühlt (Helming et al., 2011). Das passiert dann, wenn sich die Psychotherapie vorrangig auf die Beseitigung von Symptomen oder auf die Bearbeitung unbewusster Konflikte konzentriert. Selbstverständlich, so könnte man sagen, hat das reale Trauma inzwischen sowohl in der Verhaltenstherapie als auch in der Psychoanalyse Eingang gefunden. Abgesehen davon aber, dass beide Verfahren nach wie vor innerhalb eines Systems angewandt werden, das in multipler Weise streng hierarchisch organisiert ist, ist es wichtig, präzise Unterscheidungen zu treffen: Nicht das reale Trauma und seine pathogenen Begleiterscheinungen haben in dieses System Eingang gefunden, sondern die Diagnose der posttraumatische Belastungsstörung und darauf bezogene manualisierte Behandlungsverfahren. Diese Situation ist vor allem deshalb als gefährlich zu bezeichnen, weil Menschen im medizinischen Sinne nur dann traumatisiert sind, wenn bei ihnen die Diagnose einer PTBS gestellt werden kann. Kann diese Diagnose nicht "vergeben" werden, dann sind sie nicht traumatisiert, was entsprechende Konsequenzen für die Behandlung bzw. Nicht-Behandlung hat (zumal bei chronischen Verläufen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass das zugrunde liegende Stressgeschehen durch Komorbiditäten oder Folgeerkrankungen verdeckt wird) (vgl. Helming et al., 2011). Dies wiederum kann gravierende gesundheitliche Auswirkungen bei den Betroffenen haben, wenn man der Tatsache gewahr ist, dass die tatsächliche Anerkennung des realen Leidens in vielen Fällen eine geradezu existentielle Bedeutung für biographisch belastete Menschen hat (Helming et al., 2011). Insbesondere, aber nicht nur, im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen stellt neben der realen Gewalt vor allem auch die Leugnung und Bagatellisierung der Gewalt durch die Täter und das soziale Umfeld jenen Aspekt dar, der zur Verfestigung des Leidens führt (Summit, 1983). Unter den beschriebenen

Bedingungen ist es nicht unwahrscheinlich, dass sich Bagatellisierung und Leugnung in der Diagnosestellung und in der Behandlung fortsetzen und es zu retraumatisierenden Erfahrungen im Rahmen der Therapie kommt (Maercker & Rosner, 2006). Dies ist umso gravierender, wenn man sich dessen bewusst ist, wie hoch die Schwelle zum Eingang in das psychotherapeutische Hilfesystem für die meisten Menschen ist, die reale Erfahrungen von Gewalt, Demütigung und Abwertung machten und in der Gegenwart auch noch machen (Mosser, 2009; Helming et al., 2011; UBSKM, 2011). Angesichts vieler Berichte gewaltbetroffener Menschen erscheint es nicht übertrieben, hier von der Gefahr einer iatrogenen Traumatisierung zu sprechen, weil sich Bagatellisierung und Leugnung des realen Traumas in der Behandlung fortsetzen (Helming et al., 2011).

## 8. Was hilft?

Wenn wir uns fragen, inwieweit Menschen, die - z.B. durch Gewalt - psychisch verletzt sind, Unterstützung brauchen, so wird deutlich, dass dies in starkem Maße von ihren eigenen Ressourcen abhängt: Es lässt sich nicht verallgemeinert sagen, ob und in welchem Ausmaß sie Hilfe benötigen. Es lassen sich aber eine Reihe von Aspekten festhalten, die bei vielen hilfreich sind:

- Anerkennung ihres subjektiven Leids. Hierbei spielt das unmittelbare soziale Umfeld eine wichtige, wenn nicht die zentrale Rolle. Diese Menschen sind gefordert mitzufühlen, zuzuhören, da zu sein.
- Des Weiteren muss das Ereignis, das zur Verletzung geführt hat, beendet sein und darf sich nicht wiederholen. Dies bezieht sich nicht nur auf Betroffene aus Gewaltverhältnissen, sondern auch auf scheinbar "nur" von Unfällen Betroffene. Individuelle Sicherheit lässt sich nicht aus dem Kontext lösen. Wie wird dafür gesorgt, dass nicht demnächst wieder Bremsen bei einem Zug versagen, weil bei der Instandhaltung gespart wird? Was tut die Institution gegen sexualisierte Gewalt? Oder was tut die Gemeinde gegen eine Fortführung der Abholzung des Bergwaldes, die zu Naturkatastrophe geführt hat? Die Auswirkungen, die solche gesellschaftlichen Lösungsversuche auf Individuen haben können, sind noch gar nicht untersucht, werden vermutlich aber unterschätzt.
- Drittens geht es je nach Ausmaß der erlebten Ohnmacht und Handlungsfähigkeit um eine Wiedererlangung der subjektiv erlebten Handlungsfähigkeit. Bei sämtlichen interpersonellen Traumatisierungen ist Selbstbestimmung als gegenläufige Erfahrung, als Prozess der Wiedererlangung der eigenen Subjekthaftigkeit zur Überwindung der Verletzungen zentral. Dieser Zielsetzung steht die Hierarchisierung in der Traumatherapie diametral entgegen. Wenn der erlebte Ausschluss (siehe Kapitel 5) eine der Dimensionen widerfahrener Gewalt ist, sind für die Betroffenen Angebote zur Reintegration in die Gemeinschaft hilfreich. Dies ist eine Anforderung, die sich vor allem, aber nicht nur an Institutionen und gesellschaftliche Gruppen richtet. Als aktuelles Beispiel für die Schwierigkeit solcher Prozesse lässt sich z.B. der Umgang großer Teile der katholischen Geistlichkeit mit den Betroffenen sexualisierter Gewalt in der Kirche anführen. Immer noch macht man sich mehr Gedanken um die gestrauchelten Brüder - die Täter - als sich darum zu bemühen, den Betroffenen einen Platz in der Gemeinschaft anzubieten.

Trotz aller Beschränktheit der PTBS-Diagnostik verweisen die einzelnen Symptome auf Probleme, die viele Betroffene haben. Im Zuge der Arbeit mit traumatisierten Menschen sind für eine Reihe dieser Probleme Methoden entwickelt worden, die dazu beitragen können, mit diesen besser umgehen zu können oder sie zu überwinden. Leider werden diese oftmals als originär psychotraumatologisch und an eine Traumatherapie gebunden betrachtet. Gleichzeitig wird im Zuge der Subsummierung unter das kausale Modell ein viel breiterer Wirksamkeitsbereich angenommen als er tatsächlich gegeben ist, da die Wirksamkeit meistens anhand der (kurzfristigen) Reduzierung von PTBS-Symptomen gemessen wird. Viele Behandlungsmethoden sind durch Beobachtungen Betroffener und Berichte derselben darüber entstanden, was sie getan haben und was ihnen geholfen hat. Luise Reddemann, die viele der heute breit eingesetzten imaginativen Techniken für Deutschland erstmalig aufgeschrieben hat, schildert dies wie folgt: "Nun sahen wir uns damit konfrontiert, dass unser therapeutisches Werkzeug für die Arbeit an den Traumatisierungen und den Traumafolgen nicht

ausreichte. [...] Wir lernten aber mindestens genauso viel von unseren Patientinnen [...], denn sie hatten in der Situation ihrer größten Not für sich kreative Auswege gefunden" (Reddemann, 2001, S. 10). Wenn der Einsatz solcher Methoden heute zum Monopol von Traumatherapeutinnen deklariert wird, werden Betroffene damit entmündigt und um die Früchte ihrer Arbeit betrogen. Diese Methoden gehören zurück in die Hand von Betroffenen. Damit sie dahin kommen, gehören sie als "Traumaprophylaxe" bzw. Verbesserung der "Spontanheilung" ins Allgemeinwissen. Für den Fall, dass Betroffene zu dieser "Selbsthilfe" nicht in der Lage sind und dass sie über die passenden Symptome verfügen, kann eine Traumatherapie durchaus sinnvoll sein. Aber auch dann sollten sie möglichst wenig direktiv angewandt werden und den Betroffenen möglichst weitgehende Selbstbestimmung einräumen.

## 9. Medizinisierung

Aufgrund des bisher Gesagten lässt sich das Problem der Medizinisierung des Traumabegriffs auf folgenden Ebenen beschreiben:

- In Deutschland wird spätestens seit dem Psychotherapiegesetz die Bearbeitung psychischer Gewaltfolgen als Aufgabe des Gesundheitssystems gesehen. Diese Zuordnung hat bestimmte Konsequenzen für die Kategorisierung von Gewalt, für die Konzeption der Auswirkungen und für den Ablauf und die Finanzierung von Versuchen der Bearbeitung.
- Gewaltfolgen werden als Krankheit oder Störung verstanden. Diese Krankheit/Störung kann nur durch eine Fachperson richtig festgestellt (diagnostiziert) werden (und nicht durch die Betroffenen selbst). Aufgrund der Diagnose wird ein Weg festgelegt, wie diese Krankheit/Störung zu heilen ist.
- Es gibt ein starkes Bestreben der Psychologie, möglichst eine "echte" Naturwissenschaft und von der Medizin anerkannt zu sein bzw. mit ihr gleichgestellt oder Teil von ihr zu sein. Der Wunsch, im Gehirn organische Nachweise einzelner psychischer Prozesse zu finden und diese dann medikamentös (oder eventuell sogar operativ?) behandeln zu können, wird in diesem Licht verständlicher.
- Bedauerlicherweise wird im Zuge dieser Orientierung oftmals ein weit verbreitetes Bild von Chirurgie als Kern der "richtigen" Medizin unhinterfragt aufgegriffen. Nicht das Bild des Heilers oder der Kräuterfrau, nicht die komplexen Vorgänge der Psychosomatik sind bestimmend, sondern der Baader oder der "Emergency Room" und der operative Eingriff. Der Begriff Trauma selbst stammt aus der Unfallmedizin. Die psychotraumatologischen Behandlungsschritte Stabilisierung, Konfrontation, Integration entsprechen denen der Unfallchirurgie (Stabilisierung, Operation, Rehabilitation). Viele PsychologInnen wehren sich vehement gegen die Idee von Trauma als einer Krankheit, die mittels Medikamenten geheilt werden kann, stattdessen benutzen sie aber leider eine chirurgische Analogie, die ebenfalls innerhalb der medizinischen Reduktion verbleibt.
- Mit dieser Medizinisierung wird aus einem Problem, worüber in der Bevölkerung jahrtausendlang Wissen existierte, nämlich der Frage des Weiterlebens nach Gewalt, ein Fachgebiet von Spezialisten. Diese bekommen mit der Zuweisung in ihren Zuständigkeitsbereich die Definitionsmacht über das Problem. Statt einer gegenseitigen Unterstützung auf dem Prinzip der Solidarität wird das einseitige Hilfebedürfnis in einem hierarchischen Verhältnis zwischen Laien und "Halbgott in Weiß" der Normalfall.

## 10. Plädoyer für ganzheitliche, partizipative und nicht-hierarchische Hilfen

Die Beschäftigung von Medizinern und Psychotherapeuten mit traumatischen Ereignissen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit davon betroffener Menschen ist zu einer Bemächtigung geworden. Das hat zu tun mit elitärem Standesdenken, mit phantasierten Wissens- und Kompetenzmonopolen und einem nicht

nur, aber eben auch dem Medizinsystem innewohnenden Zwang zur Sicherung von Pfründen angesichts des Primats ökonomischen Denkens. Es hat auch zu tun mit der Struktur des Gesundheitssystems, die die "objektive" Feststellung eines Defizits als Finanzierungsvoraussetzung für Hilfe fordert. "Trauma" ist populär geworden. "Trauma" könnte, um das ökonomische Primat zu akzentuieren, zu einem Verkaufsschlager werden. An Kliniken werden Traumastationen eröffnet und der Markt, auf dem Traumatherapie und Traumapädagogik als Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, boomt. Forschungsvorhaben, die sich mit Trauma beschäftigen, dürfen auf großzügige finanzielle Unterstützung hoffen. Trauma ist medienwirksam: Deutsche Soldaten machen wieder traumatische Erfahrungen, der "islamistische Terror" traumatisiert potentiell die gesamte Bevölkerung, der 11. September hat Vorstellungen über kollektive Traumatisierungsprozesse tief im Bewusstsein einer breiten Öffentlichkeit verankert (Kühner, 2007). Es bleibt die Frage, ob diese zunehmende Wahrnehmung und Anerkennung sogenannter traumatischer Ereignisse als pathogenes Geschehen den davon betroffenen Menschen auch wirklich hilft. Es bedarf grundlegender Infragestellungen der Funktionsweise des medizinisch-psychotherapeutischen Systems sowie des Selbstverständnisses derer, die innerhalb dieses Systems tätig sind, um "traumatisierten" Menschen überhaupt den Zugang zu wirksamer Hilfen zu ebnen. Dies kann auf mehreren Ebenen geschehen:

### (1) Shared Decision Making

Es müssen Formen einer nicht-hierarchisch organisierten interdisziplinären Zusammenarbeit gefunden werden, die den Betroffenen die Möglichkeit bietet, eine ihrem Bedarf und ihren aktuellen Möglichkeiten gemäße Unterstützung zukommen zu lassen. Die Frage der Angemessenheit von Hilfe sollte in Form gemeinsamer Entscheidungsprozesse zwischen Betroffenen und den jeweiligen professionellen Helfern diskutiert werden (z.B. in Anlehnung an Shared Decision Making; Charles, Gafni & Whelan, 1997; Caspari, 2012).

### (2) Veränderung der Lebenssituation

Die Veränderung von Lebenssituationen, die zur Aufrechterhaltung von Belastungen beitragen, stellt das zentrale Moment wirksamer Hilfe dar. Lebenspraktische Hilfen, die zu einer positiven Veränderung von Wohn-, Arbeits- und Beziehungsverhältnissen beitragen, gehören aber nicht zum Handlungsrepertoire des medizinisch-therapeutischen Systems. Es ist an der Zeit sich von einer Sichtweise zu verabschieden, der zufolge sozialarbeiterische Hilfen dem medizinischen System "zuarbeiten" müssen, bis endlich die meist zu hoch angelegten Voraussetzungen für ein psychotherapeutisches Vorgehen vorliegen.

### (3) Einbeziehung subjektiver Repräsentationen

Um Belastungen angemessen identifizieren zu können, müssen diagnostische Verfahren praktiziert werden, die sich vor allem für die subjektive Repräsentation schwerwiegender Lebensereignisse bei den Patienten sowie für deren aktuelle Lebensumstände (Beziehung, Arbeit, soziale Situation etc...) interessieren, und zwar nicht im Sinne der Erhebung anamnestischer Zusatzinformationen, sondern als zentrale Indikatoren, um ein angemessenes Verständnis des Problems und geeignete Ansatzpunkte für dessen Lösung zu finden.

### (4) Unterschied zwischen Gewalt und akzidentellen belastenden Ereignissen

Es müssen deutliche Unterscheidungen getroffen werden zwischen interpersonellen Belastungen und "schicksalhaften" (z.B. Naturkatastrophen). Es ist in diesem Zusammenhang unerlässlich, Konzepte wie Verantwortung, Schuld, Anerkennung und Würde in die Hilfen grundlegend zu implementieren.

### (5) PTBS-Diagnose

Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung beschreibt ein bestimmtes, eng umschriebenes Segment von möglichen Belastungsfolgen. Sie eignet sich nur sehr eingeschränkt als verallgemeinerbares Konzept zur Abbildung von Belastungen, die im Zusammenhang mit schwerwiegenden negativen Lebensereignissen und aktuell dysfunktionalen Lebensbedingungen auftreten.

### (6) Erweiterung des Traumabegriffs

Der Traumabegriff muss in seiner Komplexität erfasst und relational gedacht werden. Das bedeutet, dass das jeweilige Traumageschehen einer bestimmten Person im Kontext seiner biographischen Dynamik verstanden werden muss. Es ist daher ein grundlegend erweiterter Traumabegriff zu fordern. In diese Richtung weist die Einführung der Diagnose der "Entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung" für Kinder und Jugendliche (van der Kolk et al., 2009). Bei Kindern und Jugendlichen müssen lebensweltbezogene Interventionen noch viel stärker in den Vordergrund gestellt werden. Ihre Lebensbedingungen müssen so gestaltet werden, dass die Bewältigung bereits erlittener traumatischer Ereignisse und die Verhinderung potentiell retraumatisierender Ereignisse oberste Priorität haben müssen (Kindler & Schmidt-Ndasi, 2011).

## Literatur

- Aly, G. & Pross, C. (1991). Karl Bonhoeffer und die "Rentenneurose". In S. Heim & G. Aly (Hrsg.), *Bevölkerungsstruktur und Massenmord. Neue Dokumente zur deutschen Politik der Jahre 1938-1945. Neue Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik*, 9, S. 182-187. Berlin: Rotbuch.
- Bastine, R. (1984). *Klinische Psychologie Bd. 1. Grundlagen und Aufgaben Klinischer Psychologie. Definition, Klassifikation und Entstehung psychischer Störungen*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: W. Kohlhammer.
- Bausum, J., Besser, L., Kühn, M. & Weiß, W. (Hrsg.) (2009). *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Becker, D. (2006). *Die Erfindung des Traumas - verflochtene Geschichten*. Berlin: Edition Freitag.
- Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. In *Psyche*, 9/10, 797-839.
- Brett, E. A. (2000). Die Klassifikation der Posttraumatischen Belastungsstörung. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 131-140). Paderborn: Junfermann.
- Caspari, C. (2012). *Shared Decision Making zwischen Wunsch und Wirklichkeit*. Saarbrücken: Akademiker Verlag.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44 (5), 681-692.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. & Schulte-Markwort, E. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. 5., überarb. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- DIMDI (2008). *Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision Version 2008*. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2008/index.htm> [Letzter Zugriff: 07.05.2013].
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. (3. Aktualisierte und erweiterte Aufl.). München, Basel: Ernst Reinhardt.

- Flatten, G., Hofmann, A., Reddemann, L. & Liebermann, P. (2004). Ätiopathogenetische Modelle der Posttraumatischen Belastungsstörung. In G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, P. Liebermann, L. Reddemann, T. Siol, W. Wöller & E.R. Petzold (Hrsg.), Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. (2. aktualisierte und erweiterte Aufl.) (S. 71 - 84). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Freud, S. (1969). Zur Ätiologie der Hysterie. In S. Freud, Gesammelte Werke. Bd. 1 (S. 425 - 459). Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Helming, E., Kindler, H., Langmeyer, A., Mayer, M., Mosser, P., Entleitner, C., Schutter, S. & Wolff, M. (2011). Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen. Abschlussbericht des DJI-Projekts im Auftrag der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann. München: DJI.
- Herman, J. (1992). Trauma and Recovery. The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror. New York: HarperCollins.
- Holzkamp, K. (1983). Grundlegung der Psychologie. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Huisken, F. (o. J.). Zur Kritik der Bremer "Hirnforschung": Hirn determiniert Geist - Fehler, Funktion und Folgen. Verfügbar unter: <http://fhuisken.de/hirn> [Letzter Zugriff: 05.10.08].
- Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierende Follow-up-Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen in den Niederlanden. In: Forum der Psychiatrie, Bd. V. Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Kindler, H. & Schmidt-Ndasi, D. (2011). Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention und Intervention im Fall sexueller Gewalt gegen Kinder. Expertise im Rahmen des Projekts "Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen". München: DJI. Verfügbar unter: [http://www.dji.de/sgmj/Expertise\\_Amyna\\_mit\\_Datum.pdf](http://www.dji.de/sgmj/Expertise_Amyna_mit_Datum.pdf) [Letzter Zugriff: 01.01.2013].
- Kühner, A. (2007). Kollektive Traumata. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Landolt, M.A. (2004). Psychotraumatologie des Kindesalters. Göttingen: Hogrefe.
- Langkafel, M. (2000). Die Posttraumatische Belastungsstörung. Psychotherapie im Dialog, 1, 3-12. Verfügbar unter: [http://www.thieme.de/pid/01\\_00/pdf/2000\\_01\\_003.pdf](http://www.thieme.de/pid/01_00/pdf/2000_01_003.pdf) [Letzter Zugriff: 05.11.2008].
- Lennertz, I. (2006). Trauma-Modelle in Psychoanalyse und klinischer Psychologie. TRN-Newsletter Special Issue 2006. Verfügbar unter: <http://www.traumaresearch.net/special2006/index.htm> [Letzter Zugriff: 04.11.2008].
- Leys, R. (2000). Trauma. A Genealogy. Chicago: The University of Chicago Press.
- Maercker, A. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. 3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: Springer.
- Maercker, A. & Rosner, R. (2006). Was wissen wir über die posttraumatische Belastungsstörung und wohin gehen zukünftige Entwicklungen? - Zur Psychologie der Traumafolgestörungen. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung (S. 3 - 17). Stuttgart: Thieme.



- Malchiodi, C. (2008). The Healing Arts. The Restoring Power of Imagination. Psychology Today, 2008. Verfügbar unter: <http://www.psychologytoday.com/blog/the-healing-arts/200805/when-trauma-happens-children-draw-part-i> [Letzter Zugriff 09.01.2013].
- McFarlane, A. & Yehuda, R. (2000). Widerstandskraft, Vulnerabilität und der Verlauf der posttraumatischen Reaktionen. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze (S. 141 - 167). Paderborn: Junfermann.
- Mosser, P. (2009). Wege aus dem Dunkelfeld. Aufdeckung und Hilfesuche bei sexuellem Missbrauch an Jungen. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Norris, F.H., Foster, J.F. & Weisshaar, D.L. (2002). The Epidemiology of Sex Differences in PTSD across Developmental, Societal, and research Contexts. In R. Kimmberling, P. Ouimette, J. Wolfe (eds.), Gender and PTSD (pp. 3 - 42). New York: The Guilford Press.
- Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Ffischer, R. E., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage, C. R., Fischman, A. J., Jenike, M. A. & Pitman, R. K. (1996). A Symptom Provocation Study of Posttraumatic Stress Disorder Using Positron Emission Tomography and Script-Driven Imagery. Archives of General Psychiatry, 53(5), 380-387.
- Reddemann, L. (2001). Imagination als Heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit Ressourcenorientierten Verfahren. 8. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Riedesser, P. & Verderber, A. (1996). "Maschinengewehre hinter der Front". Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Rosner, R. & Steil, R. (2012). Komplexe Traumafolgestörungen: Ist es sinnvoll, eine neue Diagnose "Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung" einzuführen? In M.A. Landolt & T. Hensel (Hrsg.), Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen (S. 46 - 58), 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Rosner, R., Arnold, J., Groh, E.-M. & Hagl, M. (2012). Predicting PTSD from the Child Behavior Checklist: Data from a field study with children and adolescents in foster care. Children and Youth Services Review, 34, 1689-1694.
- Roth, K.H. (1987). Die Modernisierung der Folter in den beiden Weltkriegen. Der Konflikt der Psychotherapeuten und Schulpsychiater um die deutschen "Kriegsneurotiker" 1915 - 1945. 1999. Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts, 2 (3), 8-75.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevision. DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Scharffenberg, H. (2000). Die Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in Schleswig-Holstein dargestellt an Flensburger Fallbeispielen. Dissertation zu Erlangung eines Doktors der Philosophie im Seminar für Geschichte und ihre Didaktik an der Universität Flensburg. Verfügbar unter: <http://www.zhb-flensburg.de/dissert/scharffenberg/wiedergutmachung.pdf> [Letzter Zugriff: 09.01.2013].
- Scheeringa, M.S., Wright, M.J., Hunt, J.P. & Zeanah, C.H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. American Journal of Psychiatry, 163, 644 - 651.

Scheeringa, M.S., Zeanah, C.M., Myers, L. & Putnam, F.W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 899-906.

Schlingmann, T. (2009): Sexuelle Gewalt, Männlichkeit und Handlungsfähigkeit - Ein Modell zum besseren Verständnis von Männern, die als Junge sexuell missbraucht wurden. Unveröffentlichte Diplomarbeit, FU Berlin.

Shalev, A. Y. (2000). Belastung versus traumatische Belastung. Von homöostatischen Akutreaktionen zur chronischen Psychopathologie. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 97 - 116). Paderborn: Junfermann.

Steil, R. & Fücksel, G. (2006). IBS-KJ. Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Diagnostik der Akuten und der Posttraumatischen Belastungsstörung. Manual. Göttingen: Hogrefe.

Summit, R.C. (1983). The Child Sexual Abuse Accomodation Syndrome. *Child Abuse & Neglect*, 6, 177-193.

Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behaviors among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment*, 13, 182-198.

Universitätsklinikum Ulm (2013). Kurzbeschreibung des Projekts TreatChildTrauma. Verfügbar unter: <http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/forschung> [Letzter Zugriff: 1.1.2013].

UBSKM (2011). Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs. Abschlussbericht. Berlin: Geschäftsstelle der UBSKM. Verfügbar unter: <http://beauftragter-missbrauch.de/course/view.php?id=28> [Letzter Zugriff: 23.02.2013].

Van der Kolk, B.A., Weisaeth, L. & van der Hart, O. (2000). Die Geschichte des Traumas in der Psychiatrie. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 71 - 93). Paderborn: Junfermann.

Van der Kolk, B.A. (2000). Trauma und Gedächtnis. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze* (S. 221 - 240). Paderborn: Junfermann.

Van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cicchetti, C., Cloitre, M., D Andrea, W., Ford, J.D. et al. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Unpublished manuscript. Verfügbar unter: [http://www.traumacenter.org/announcements/DTD\\_papers\\_Oct\\_09.pdf](http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf) [Letzter Zugriff: 01.01.2013].

Young, A. (1997). *The Harmony of Illusions. Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton: Princeton University Press.

## Autoren

**Dr. phil. Peter Mosser**

Diplom Psychologe

Kathi-Kobus-Str. 9

80797 München

 [p.mosser@bitte-keinen-spam-kibs.de](mailto:p.mosser@bitte-keinen-spam-kibs.de)

Seit 1999 Mitarbeiter der Kontakt-, Informations- und Beratungsstelle für männliche Opfer sexualisierter Gewalt (KIBS) in München; Systemischer Therapeut, Traumatherapeut; zahlreiche Veröffentlichungen vor allem zu geschlechtsspezifischen Aspekten sexualisierter Gewalt (zuletzt Expertise zu "sexuell grenzverletzenden Kindern"); Mitglied des von der Bundesregierung einberufenen Runden Tisches "Kindesmissbrauch" (2010/2011); Mitarbeit an Forschungsprojekten zum Thema sexuelle Gewalt (u.a. DJI-Studie, 2011, Forschungsbericht zum Kloster Ettal, 2013)

**Thomas Schlingmann**


Diplom Psychologe


c/o Tauwetter, Anlaufstelle für Männer\*

die als Junge sexualisierter Gewalt ausgesetzt waren

Gneisenastr. 2a

10961 Berlin

 [mail@bitte-keinen-spam-tauwetter.de](mailto:mail@bitte-keinen-spam-tauwetter.de)

 [www.tauwetter.de](http://www.tauwetter.de)

Traumapädagogik und Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT); seit der Kindheit mit dem Thema sexualisierte Gewalt beschäftigt (Schwerpunkt Bewältigungsstrategien); seit 1990 Schwerpunkt Bearbeitung; 1995 Gründer und Mitarbeiter bei Tauwetter, Anlaufstelle für Männer\*, die als Junge sexualisierter Gewalt ausgesetzt waren; Mitglied im Fachbeirat des UBSKM sowie der Bund-Länder AG "Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung"; Mitarbeit im Forschungsprojekt "Aufdeckung und Prävention von sexuellem Missbrauch an männlichen Opfern"; diverse Veröffentlichungen u.a. zur "Bedeutung sexualisierter Gewalt", "Sexualisierter Gewalt, Männlichkeit und Drogenkonsum"