

Traumabewältigung zwischen Hoffnung und Machbarkeitswahn

Julia Gebrande

[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 23 (2018), Ausgabe 1]

Zusammenfassung

Der inflationäre Gebrauch von Traumata in unserer Alltagssprache, aber auch die häufige Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und die Vielzahl an Angeboten zur Traumabewältigung führen oft zu einer problematischen Pathologisierung von Menschen, die Gewalt erleben mussten. In diesem Artikel soll daher eine Verengung von Traumata auf individualisierte, pathologisierende Konstrukte diskutiert werden und die Machbarkeit einer Traumabewältigung kritisch beleuchtet werden. Dagegen soll der hohe Stellenwert des Alltags für die Stabilisierung betont und damit die Soziale Arbeit und die (Trauma-)Pädagogik in den Fokus genommen werden. Denn Stabilisierung kann überall stattfinden, und mit jeder Stabilisierung im Alltag wird auch die Integration der Traumaerinnerungen vorangetrieben. Statt eine Traumatisierung reduziert als einen biologischen Stressvorgang im Gehirn, der durch Neurotechniken behandelt werden kann, zu betrachten, sollten auch die soziale und politische Ebene in den Blick genommen werden, die eine Analyse der gesellschaftlichen Machtverhältnisse einschließt.

Schlüsselwörter: (sequentielle) Traumatisierung, Bewältigung, Gefahr der Individualisierung, Anerkennung

Summary

Coping with Trauma: Caught between hope and the delusion of feasibility

The inflationary use of trauma-related terms in our everyday language together with frequent diagnoses of post-traumatic stress syndrome (PTSD), and the variety of approaches to coping with the effects of trauma often include a tendency to pathologize people who have experienced violence. This article will discuss the reduction of traumata to individualized, pathological constructs and will take a critical look at the feasibility of current models for coping with trauma. On the other hand, the great value of daily life for stabilization will be emphasized, as well as the role of social work and educational approaches to dealing with trauma. Stabilization can occur everywhere, and every time it occurs in daily life, it facilitates the processing of trauma-related memories. Instead of reducing traumatization to biological processes in the brain that can be treated with neurological techniques, the orientation will be towards social and political levels that include analyses of social power relations.

Keywords: (sequential) traumatization, coping, risks of individualization, recognition

1. Beeinträchtigung der biopsychosozialen Gesundheit durch Traumatisierung

Belastende Erlebnisse ziehen nicht automatisch Störungen und Krankheiten nach sich. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig, weder zu bagatellisieren noch zu dramatisieren, sondern die Situation differenziert zu betrachten: Nicht jede potentiell traumatische Situation muss zwangsläufig zu Symptomen führen. "Trauma [...] ist etwas Individuelles und Gesellschaftliches, etwas Politisches und Persönliches zugleich" (Brensell, 2014, S. 123). Viele Menschen erholen sich von alleine, viele brauchen aber auch pädagogische, beraterische und/oder therapeutische Unterstützung, damit keine Beeinträchtigungen der biopsychosozialen

Gesundheit zurückbleiben. Daher lohnt es sich, einige Überlegungen zur Machbarkeit von Traumabewältigung anzustellen. Aber was ist eigentlich ein Trauma?

Trauma ist das griechische Wort für Verletzung, im übertragenen Sinne ist ein psychisches Trauma also eine seelische Verletzung. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) "kann sich als Folgestörung nach belastenden traumatischen Ereignissen entwickeln" (Breuer & Krischer, 2015, S. 256) und ist zwar nicht die einzige, aber die häufigste Diagnose nach einer Traumatisierung.¹ Die ICD-10 Klassifikation definiert ein Trauma sowohl über ein objektives Kriterium als ein belastendes Ereignis mit kürzerer oder längerer Dauer und einem außergewöhnlichen Ausmaß, als auch über ein subjektives Kriterium als ein Ereignis, welches bei fast jedem Menschen eine Verzweiflung hervorrufen würde (vgl. ebd.). "Traumatische Ereignisse sind nicht deshalb außergewöhnlich, weil sie selten sind, sondern weil sie die normalen Anpassungsstrategien des Menschen überfordern" (Herman, 2003, S. 53). Mit einem traumatischen Ereignis kann ein verändertes Einstellungsmuster zum eigenen Selbst und zur Welt einhergehen, indem die Überzeugung von der eigenen Unverletzbarkeit und die Wahrnehmung der Welt als bedeutungsvoll, verständlich und kontrollierbar erschüttert wird (vgl. Maercker, 2013).

2. Gefahr der Pathologisierung durch die Diagnose einer Trauma-Folge-Störung

Ein Blick in die Geschichte zeigt, dass es lange Zeit gedauert hat, bis die Auswirkungen eines traumatischen Erlebnisses offiziell anerkannt wurden.² Erst 1980 fand die Diagnose durch eine gemeinsame Initiative der US-amerikanischen Frauenbewegung, die seit den 1970er Jahren auf die traumatischen Folgen der alltäglichen häuslichen, körperlichen und sexualisierten Gewalt gegen Frauen und Mädchen aufmerksam gemacht hat, und der Vereinigung der Vietnamveteranen erstmals Eingang in das international bedeutsame amerikanische Diagnose-Manual DSM, das von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben wird (vgl. APA, 2015). Im Jahr 1991 zog die International Classification of Diseases (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach (vgl. WHO, 2013).

"Vergewaltigungsopfer und Kriegsveteranen, mißhandelte [sic!] Frauen und politische Gefangene, Inzestopfer und Geiseln, Menschen, die in Konzentrationslagern überlebt haben oder Menschen, die dem privaten Terror eines allmächtigen Familiendespoten ausgeliefert waren - sie alle haben etwas gemeinsam. Sie alle leiden an den Folgen ihrer traumatischen Erfahrungen, und sie weisen - so unterschiedlich sie im einzelnen [sic!] die Gewalteinwirkung auch erlebt haben mögen - eine große Anzahl identischer Symptome auf: ein Leidensmuster, das geprägt ist von Angst und Hilflosigkeit, von Alpträumen, Depression und Selbstverlust, von Schlaflosigkeit und Panikattacken und vor allem von einem fast unüberwindlichen Scham- und Schuldgefühl" (Herman, 1994, Umschlagtext).

Daher können auch Diagnosen zur Anerkennung von Leid beitragen, wenn sie nicht benutzt werden, um die traumatischen Erfahrungen und das daraus entstandene Leid zu individualisieren, zu pathologisieren und zu entpolitisieren. Folglich ist die Diagnose zunächst einmal ein wichtiger Bezugspunkt unter anderen, denn "über sie gibt es eine 'offizielle' Anerkennung für Leiden durch Gewaltfolgen" (Brensell, 2013, S.6).

Doch obwohl es diesen langen Kampf um die Anerkennung der Diagnose gab, gehen mit ihr immer auch Probleme der Individualisierung sowie bestimmte Ausblendungen und Verkürzungen einher. Während die Symptome und deren Bewältigung im Vordergrund stehen, werden der Kontext und die Auslöser für diese Reaktionen häufig vernachlässigt (vgl. Brensell, 2014). Der alleinige Bezug auf psychiatrische Trauma-Diagnosen kann nach Brensell (2013, S.11) eine Kette von Ausblendungen zur Folge haben:

"Menschen, die Gewalt erlebt haben, werden zu traumatisierten Menschen.
Mit ihnen werden Bilder von Störung und Krankheit verbunden.
Die Diagnose-Sprache verschiebt soziale, gesellschaftliche Probleme zu klinischen.
Sie werden an die Medizin delegiert.
Probleme werden herausgelöst aus der gesellschaftlichen Situation.
Das geschieht "Guten Gewissens", denn es ist ja jemand ,anderes' dafür zuständig.
Damit bleiben die gewaltförmigen Verhältnisse 'quasi' normal.
Der Normalzustand, der Gewalt produziert und fortsetzt, bleibt unangetastet."

Die Folgen von Gewalt werden also als etwas Individuelles betrachtet. Während die Symptome und deren Bewältigung im Vordergrund stehen, werden der Kontext und die Auslöser für diese Reaktionen häufig vernachlässigt. Viele Traumatisierungen sind zwar die Folge von gesellschaftlich bestimmten Machtverhältnissen und Dominanz- und Ungleichheitsstrukturen in Form von struktureller Gewalt und Diskriminierung, werden aber als "Einzelschicksal" individualisiert und entkontextualisiert (vgl. Brensell, 2014; Gebrande, 2017b).

Auch David Becker (2014) steht der scheinbaren Anerkennung der Traumathematik sehr kritisch gegenüber und sieht die Gefahr einer Entpolitisierung der Traumatisierung: "Statt mehr vom Leid der Subjekte in verschiedenen Kulturen und Kontexten zu erfahren, hören wir eigentlich immer einheitlichere und gleichförmigere Klischees. Trauma wird adjektivistisch gebraucht, gleichbedeutend mit schlimm oder schrecklich. Statt dass der Bezug zwischen sozialpolitischen und intrapsychischen Prozessen deutlicher geworden und besser verstanden worden wäre, gibt es heute eine im Wesentlichen eng psychiatrisch, ausschließlich symptomorientiert argumentierende Traumaforschung und eine damit verknüpfte Behandlungspraxis, die ihren extrem reaktionären Charakter hinter einer angeblich apolitischen Haltung verbirgt" (Becker, 2014, S. 8). Er fordert einen Perspektivwechsel, um die Trauma-Diagnose, Trauma-Forschung und Traumabewältigung nicht länger als Krankheitslehre mit einer universellen, weltweiten Traumadefinition, sondern als ein politisches Problem unter Berücksichtigung der spezifischen politischen Verhältnisse sowie der verschiedenen sozialen und kulturellen Kontexte weiterzuentwickeln. "Das theoretische Konzept und die sich daraus ableitenden Behandlungsmethoden können traumatisierten Menschen sowohl helfen als auch ihren Zustand verschlimmern. [...] Behandelt man Trauma als rein intrapsychischen Prozess, verleugnet man die gesellschaftlichen Dimensionen. Spricht man ausschließlich von den politischen und kollektiven Aspekten, verleugnet man die reale individuelle Wunde" (Becker, 2014, S. 165-166). Die Überlegungen zur Machbarkeit von Traumabewältigung münden damit in der Frage, ob eine Sprache gefunden werden kann, die das Leid der Menschen anerkennt, ohne sie deshalb als verrückt abzustempeln (vgl. Becker, 2014; Gebrande, 2018).

3. Des Pudels Kern in der Traumabewältigung

Lange Zeit wurde die Behandlung von traumatisierten Menschen fast ausschließlich der Psychiatrie und Psychotherapie zugeschrieben und bis heute existiert die Vorstellung, dass alleine eine Traumatherapie "*wirklich helfen*" könne, was in der Wahrnehmung häufig zu einer Hierarchisierung von Angeboten der Traumabewältigung führt.³ Im Allgemeinen weisen alle professionell begleiteten Bewältigungsprozesse eine Dreiteilung in eine Stabilisierungsphase, eine Phase der Traumakonfrontation und -exposition und eine Phase der Traumaintegration auf (vgl. Scherwath und Friedrich, 2014; Huber, 2013; Reddemann, 2008; Bering, Schedlich & Zurek, 2016).⁴

Die erste Phase ist die der Stabilisierung. Diese Phase hat das Ziel des Aufbaus äußerer und innerer Sicherheit, der Informationsvermittlung zur Entlastung und zur Einordnung des Erlebten (*Psychoedukation*), der Ressourcenaktivierung sowie des Erlernens von Techniken zur Distanzierung von belastenden

Erinnerungen, zum Stoppen von Dissoziationen und zur Orientierung im Hier und Jetzt sowie zur Entspannung (vgl. Huber, 2013; Reddemann, 2008).

Die Phase der Traumakonfrontation bzw. -exposition wird häufig als das Kernstück angesehen. Es gibt inzwischen eine Reihe von Methoden der gezielten Exposition und der Traumadurcharbeitung, die ausschließlich in einem therapeutischen Setting erfolgen dürfen (für einen Überblick siehe Huber, 2013; Reddemann, 2008). Diese Phase ist also eindeutig dem psychotherapeutischen Handlungsfeld zugeordnet (vgl. Beckrath-Wilking & Biberacher, 2013) und somit den Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen vorbehalten. Damit wird gleichzeitig suggeriert, dass die Konfrontation und Durcharbeitung der Erinnerungen an die traumatische(n) Situation(en) die schwierigste Arbeit sei, die man nur in die Hände ausgesuchter Spezialist*innen geben kann.

Im Anschluss an eine Traumakonfrontation erfolgt eine letzte Phase der Integration der Erfahrung in die eigene Lebensgeschichte, was häufig mit Trauerarbeit, Sinnfragen und Spiritualität sowie einer Neuorientierung einhergeht (vgl. Huber, 2013). Die Stabilisierungsphase, aber auch die Traumaintegration können neben der Psychotherapie ebenfalls sozialen Handlungsfeldern zugeordnet werden. Sie wirken daher oft eher als randständig und weniger wichtig. So dürfen Erzieher*innen in Wohngruppen Traumapädagogik machen und Sozialpädagog*innen dürfen sich an der Stabilisierung versuchen. Im Alltag führen diese hierarchisierenden Vorstellungen häufig dazu, dass traumatisierte Kinder, Jugendliche oder Erwachsene eine Traumatherapie machen, die häufig relativ isoliert ein bis maximal drei Mal die Woche stattfindet, aber ansonsten keinerlei traumasensible Unterstützung im Alltag erhalten und die zuständigen pädagogischen Fachkräfte sich dafür auch nicht qualifiziert fühlen. Ängste und Unsicherheit im Umgang mit Betroffenen sowie mit dem Thema der Traumatisierung - so zeigen Studien in psychosozialen und pädagogischen Arbeitsfeldern - sind nach wie vor groß (vgl. Gebrande, 2014). Während im Alltag in der Familie, im Kindergarten, in der Schule, in der Wohngruppe oder bei der Arbeit alle erleichtert sind, dass sie mit dem Thema der Traumatisierung nichts zu tun haben müssen, bleiben die Betroffenen isoliert und das Thema bleibt tabuisiert. Die oder der Betroffene sind ja in Therapie und damit gut versorgt. Der Löwenanteil der Verarbeitung und Unterstützung, der durch einen traumasensiblen Umgang im Alltag geschaffen werden könnte, gerät dadurch oft aus dem Blick. Damit führt die starke Fokussierung auf die Traumakonfrontation und -exposition auch zu einer gefühlten Selbst-Entwertung der psychosozialen Handlungsfelder. Stattdessen wäre "im Bereich der Anwendung der Traumatheorie eine Bedeutungsverschiebung der ohnehin unscharfen Definitionen von Pädagogik, Beratung und Therapie [wünschenswert, J.G.]. Praxisrelevant ist für die adäquate Versorgung traumatisierter Menschen Zusammenarbeit und gemeinsames Erlernen handlungsrelevanter Stabilisierungskompetenz aller beteiligten Disziplinen" (Hantke, 2012, S. 204).

Selbst bei den psychotherapeutischen Hilfen ist die Gewichtung der Phasen unterschiedlich stark ausgeprägt. Scherwath und Friedrich (2014) beschreiben ein Kontinuum der Traumatherapie zwischen Stabilisierung und Traumaexposition: Auf der einen Seite stehen Ansätze, die die Stabilisierung als die eigentliche Traumatherapie ansehen und davon ausgehen, dass in manchen Fällen eine Integration des Traumas niemals möglich sein und sich stattdessen darauf beschränkt wird, die Lebensqualität weitestgehend wiederherzustellen. Auf der anderen Seite benennen sie Therapieansätze, in denen die Stabilisierung weniger eine eigenständige Phase darstellt, sondern vielmehr als die notwendige Voraussetzung für die Traumaexposition angesehen wird (vgl. Scherwath und Friedrich, 2014).

Wie Michaela Huber (2013) betont, so hat die erste Phase der Stabilisierung einen besonders hohen Stellenwert, denn ihren Erfahrungen zufolge macht die Stabilisierung und Ressourcenaktivierung 99,9 Prozent der Traumabehandlung aus. Eine Konfrontation und die Durcharbeitung ist zwar hilfreich für eine Integration der traumatischen Erinnerungen, aber nur etwa die Hälfte aller komplex traumatisierten Menschen sind soweit zu stabilisieren, dass eine Traumaexposition überhaupt stattfinden kann (vgl. Kluft, 1997, zit. nach Huber, 2013). Die Stabilisierung scheint also von enormer Bedeutung für die Bewältigung zu sein und kann damit als des Pudels Kern der Traumabewältigung angesehen werden. Diese Erkenntnis hat meines Erachtens

weitreichende Konsequenzen: Denn wenn bisher die Psychiatrie und Psychotherapie für die Arbeit mit Traumatisierten weitgehend alleine adressiert wurden, sind hier auch Pädagogik und psychosoziale Arbeitsfelder gefragt (vgl. Gebrande, 2014). Dies muss sich bereits in der Ausbildung und dem Studium von (sozial)pädagogischen Fachkräften ebenso niederschlagen wie im Ansehen und dem Status dieser Berufsgruppen. Entgegen der Wahrnehmung in der Öffentlichkeit erfüllt die Soziale Arbeit, insbesondere die Klinische Soziale Arbeit mit ihren Handlungsansätzen, Konzepten und Methoden der traumasensiblen, psychosozialen Beratung, der Traumapädagogik und der Stabilisierung bereits jetzt in den breitgefächerten Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens, der Sozialpsychiatrie und der Beratungs- und Anlaufstellen einen Hauptanteil an der Arbeit mit traumatisierten Menschen (vgl. Gahleitner, 2011).

4. Machbarkeitswahn durch 'Behandlung'

Aber nicht nur in Hinsicht auf die Hierarchisierung der Angebote der Traumabewältigung ist die Betonung der Traumaexposition problematisch. Einfache Techniken suggerieren zudem die Eigenverantwortlichkeit eines Individuums für die eigene Traumabewältigung. Damit wird in all jenen, bei denen die Trauma-Behandlung nicht gelingt oder die sich aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen gar nicht erst auf eine Traumatherapie einlassen können, ein Gefühl des eigenen Verschuldens und individuellen Scheiterns hergestellt. Wenn sich doch angeblich jede*r von seinem Trauma heilen lassen kann, dann verweigern lediglich ein paar Subjekte ihr Glück. In den neoliberalen Ansprüchen des "Alles ist möglich, du musst es nur wollen, tun und wagen" ist ein Nicht-Gelingen oder ein an die Grenzen-Kommen der Belastung nicht vorstellbar. "Die Diskrepanz zwischen dem, was als machbar suggeriert wird und der Realität wird gesellschaftlich übergangen und in der eigenen Person überbrückt, die im Gewand des individuellen Nichtgelingens daherkommen"⁵ (Daigler, 2017, S. 10).

Beispielsweise gilt das Verfahren der Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR) laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) inzwischen als eine der effektivsten Behandlungsmethoden bei einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Durch bilaterale Stimulation durch Augenbewegungen, auditive oder taktile Reize sollen die blockierte Informationsverarbeitung wieder in Gang gebracht und die fragmentierten Erinnerungen zusammengeführt werden, was "bei vielen Patienten zu einer zügigen gefühlsmäßigen Entlastung führt" (Bering, Schedlich & Zurek, 2016, S. 45). Mit erfolgreicher Verarbeitung wird die Erinnerung quasi in das explizite Gedächtnis aufgenommen und so zu einer erzählbaren und der Vergangenheit angehörigen Erinnerung, die nicht mehr weiter belastende Symptome in der Gegenwart auslöst - und das bereits nach wenigen Sitzungen. Daher gilt dieses Verfahren als eine wissenschaftlich abgesicherte und relativ schonende und schnelle Behandlungsmethode (vgl. Bering, Schedlich & Zurek, 2016), die sich marktstrategisch gut aufstellt und von sich behauptet, mit bestimmten Techniken Traumata "heilen" zu können.

Aber neben diesen Vorteilen kann diese Form der Traumabewältigung auch eine Verkürzung mit sich bringen. Kurze und fokussierte (Trauma)Therapiemethoden erscheinen mehr und mehr als schnelle Lösungen für alle möglichen gesundheitlichen Belastungen. Auf Techniken reduzierte Formen der Traumabewältigung scheinen Betroffene wie Fachkräfte vor der Konfrontation mit dem erfahrenen Leid zu bewahren. Es scheint fast, als könnte dadurch Traumabewältigung und -heilung "wie von Zauberhand gemacht" und optimiert werden - soziale und biografische Einflüsse verlieren dabei an Bedeutung.⁶ Wie der Schwerpunkt dieses Heftes thematisiert, suggeriert Machbarkeit damit die Bewältigung von Leid und Ohnmacht. Es scheint sich der Traum zu erfüllen, dem Schicksal durch "technische" Kontrolle "Herr zu werden". Dabei wird aber vergessen, dass ein zentrales Element von helfenden Beziehungen "ein (zwischen)menschlicher Kontakt ist, der individuelles Leid ernst nimmt und "sich berühren" lässt und der so die Achtung, die Anerkennung der Würde und den Respekt der Adressat*innen wahrt" (Gebrande, 2017a, S. 320). Professionelle Unterstützung bei der Traumabewältigung bedeutet immer auch "eine Begegnung zweier Subjekte, die sich einander innerlich mitmenschlich berühren und berühren lassen" (Sanders, 2004, S. 797).⁷ Dabei ist zu berücksichtigen,

dass dieses "Sich-Berühren-Lassen" durchaus eine Belastung für die Professionellen darstellen kann, insbesondere wenn über biographische Krisen, traumatische Erlebnisse oder intensive Gefühlszustände berichtet wird. Daher sind der Umgang mit Belastungen, die eigene Selbstsorge und strukturelle Fürsorge für Fachkräfte in der Arbeit mit Menschen mit Traumatisierungen wichtige Präventionselemente gegen Burnout und Sekundärtraumatisierung (auch indirekte Traumatisierung oder Mitgefühlerschöpfung genannt), die bereits im Studium einen hohen Stellenwert haben sollten. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Aktionismus und Technokratie die Fachkraft dazu verleiten, die Traumatisierung als ein rein neurobiologisches Problem zu sehen, das "sozialchirurgisch" behandelt werden kann, und einen "hegemonialen Definitionsanspruch" (Kunstreich, 2012, o. S.) durchzusetzen. Statt eine Traumatisierung reduziert als einen biologischen Stressvorgang im Gehirn zu betrachten, der alleine durch Neurotechniken behandelt werden kann, sollten auch die soziale und politische Ebene in den Blick genommen werden, die eine Analyse der gesellschaftlichen Machtverhältnisse einschließt (vgl. Brensell, 2014).

5. Psychosoziale Unterstützung im Zentrum - das Modell der sequentiellen Traumatisierung

Die gesellschaftliche Anerkennung ist für den individuellen Heilungsprozess von zentraler Bedeutung. Ein aktuelles Beispiel ist die Arbeit der Unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs, die im Jahr 2016 mit dem Auftrag, alle Tatkontexte in den Blick zu nehmen, zwei unterschiedliche politische Systeme und ihren Umgang mit sexueller Gewalt gegen Kinder aufzuarbeiten sowie Wege der Anerkennung von Unrecht aufzuzeigen, ihre Arbeit aufgenommen hat. "Im Zentrum der Arbeit stehen die Betroffenen und ihre Erlebnisse in der Kindheit. Die Kommission will sichere Räume öffnen, die das Erzählen über Erfahrungen sexuellen Missbrauchs in der Familie, im Sportverein, in einem Heim oder einem Internat möglich machen" (Andresen zit. in Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs, 2017). Im Zwischenbericht der Kommission wird geschildert, dass Betroffene diese Form des Zuhörens als Anerkennung des Unrechts, das ihnen geschah, erleben und oft stolz darauf seien, durch ihre Berichte einen wesentlichen Beitrag zur Aufarbeitung zu leisten. Wichtig dabei sei, dass sie sich nicht rechtfertigen müssen und erzählen können, was sie möchten, ohne dass dies angezweifelt wird (vgl. Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs, 2017).

Neben den bereits erwähnten biologischen und psychologischen Dimensionen, die sich auf das Individuum konzentrieren, weisen Fischer und Riedesser (2009, S. 65 f.) auf die soziale Dimension von Traumata hin. "Unterliegen diese [die traumatischen Erfahrungen, Anmerkung JG] der gesellschaftlichen Verdrängung, Ausgrenzung oder gar Missachtung, weil sie durch ihr Leid an die "Katastrophe" erinnern, so ist für sie die traumatische Situation noch keineswegs beendet" (Fischer & Riedesser, 2009, S. 65f.).

Die äußeren Bedingungen haben also einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Machbarkeit der Verarbeitung von Traumafolgen. Mit Bezug auf Hans Keilsons Modell der sequentiellen Traumatisierung kann hier eine exemplarische Perspektive dargestellt werden, die auf die entscheidende Idee Bezug nimmt, dass die Folgen belastender Erlebnisse im weiteren Leben ständig modifizierbar sind, d.h. zum Beispiel durch die Beeinflussung von Lebenslagen in positiver Weise abgemildert (oder eben durch Reviktimisierungen verschärft) werden könnten. So kann eine Traumatisierung als ein mehrstufiger Prozess beschrieben werden. Hans Keilson (2005) hat in seiner Langzeitstudie über das Schicksal von niederländischen Kriegswaisen ein Prozessverständnis von Traumatisierung entwickelt: Eine Traumatisierung kann in diesem Verständnis nicht als ein einzelnes singuläres Ereignis mit pathologischen Folgen angesehen werden, sondern als ein Prozess, auf den viele Faktoren Einfluss nehmen. Er fand dabei heraus, dass die Zeit nach den ursprünglichen Gewalterfahrungen entscheidend ist für den weiteren Verlauf der kindlichen Entwicklung und die Schwere der traumatischen Folgeschäden. "Entscheidend für die Entwicklung psychischer Schwierigkeiten ist also nicht nur, wie grausam das Trauma an sich war, sondern wie es unmittelbar danach und später weiterging"

(Kühner, 2002, S. 27). Die Machbarkeit einer Traumabewältigung ist also nicht einfach nur von den Ereignissen und ihren Folgeaktionen abhängig, sondern die Folgezeit und das umgebende Milieu gewinnen an entscheidender Bedeutung (vgl. Keilson, 2005).

6. Fazit: Zwischen Machbarkeitsideen und Machbarkeitswahn - Traumabewältigung wird nicht 'gemacht'

Bewältigung oder sogar "Heilung" bei traumatisierten Menschen kann keine Wiederherstellung des Zustandes vor dem Trauma sein (vgl. Reddemann, 2008) - solche Versprechen müssen als Machbarkeitswahn identifiziert und benannt werden. Eine Arbeit mit traumatisierten Menschen darf keine trügerische Vorstellung von der Grenzenlosigkeit des Machbaren vermitteln. Denn traumatische Erfahrungen können vieles im Leben eines Menschen verändern - und sei es "nur" das Gefühl der Unverwundbarkeit, die Vorstellung der Welt als einem sicheren Ort oder auch das Vertrauen in andere Menschen. Dennoch müssen traumatisierte Menschen nicht für den Rest ihres Lebens leiden. Aber was bedeutet in diesem Zusammenhang 'Bewältigung'? "Die etymologische Rekonstruktion verweist auf das zentrale Bedeutungselement: sich 'einer Sache gewaltig zeigen', etwas in seine Gewalt bringen, mit etwas fertig werden. [...] Bewältigen impliziert also das Meistern einer widerständigen, durch Bedrohung und Verlust charakterisierten Situation" (Filipp, 1997, S. 0). Die traumatische Situation selbst hat die Bewältigungsmöglichkeiten eines Menschen überfordert, aber im Nachhinein kann ein Mensch seiner Hilflosigkeit entkommen und wieder Kontrolle über sein Erleben zurückgewinnen. Das Meistern bezieht sich dann unter anderem auf den Umgang mit den Traumaerinnerungen. Auch eine psychische Verwundung kann wieder heilen, wenn auch oft Narben zurückbleiben. Das Ziel einer beratenden, begleitenden oder behandelnden Arbeit sind aber "Narben, die nicht mehr schmerzen" (Reddemann, 2008, S. 19f.).

Es ist dabei von zentraler Bedeutung, nicht allein die Wunden und Folge-Symptome zu betrachten, sondern ebenso die oft kreativen und vitalen Überlebensstrategien der Betroffenen in den Blick zu nehmen (vgl. Gahleitner, 2005). Das menschliche Regenerationsvermögen stellt für die Betroffenen selbst, aber auch für professionelle Helfende ein großes Potential dar, das Ideen der Machbarkeit beinhaltet, die nicht von außen "gemacht werden", aber sich mehr und mehr entfalten können. Zwei amerikanische Psychiater, Richard Tedeschi und Lawrence Calhoun (1996), haben sich näher damit beschäftigt, wie Menschen sich aufgrund einer traumatischen Erfahrung weiterentwickeln und haben festgestellt, dass manche sogar daran wachsen (vgl. Reddemann & Dehner-Rau, 2006). Sie suchten nach Veränderungen, die von den Betroffenen als positiv erlebt wurden und als Ergebnis der Bewältigung kritischer Lebensereignisse auftraten und konnten fünf zentrale Bereiche des "posttraumatic growth" identifizieren:

"It is manifested in a variety of ways, including an increased appreciation of life in general, more meaningful interpersonal relationships, an increased sense of personal strength, changed priorities, and a richer existential and spiritual life. Although the term is new, the idea that great good can come from great suffering is ancient (Tedeschi & Calhoun, 2004, S. 1).

Die Ergebnisse dieser Forschungen im Bereich der positiven Psychologie bergen zwar die große Gefahr, dass traumatische Erfahrungen bagatellisiert oder sogar positiv als Entwicklungsmöglichkeiten und Chancen betrachtet werden, aber gleichzeitig enthalten sie die wichtige Botschaft für Betroffene und Professionelle, dass Traumata keine lebenslange Strafe sein müssen und dass der Mensch über erstaunliche Kräfte der Heilung und der Regeneration verfügt (vgl. Reddemann & Dehner-Rau, 2006). Ins Zentrum des Interesses

rückt damit die Frage, wie diese Prozesse der machbaren Bewältigung gestaltet werden können.

Die Machbarkeit einer Traumabewältigung - so meine These - muss die Erkenntnis des hohen Stellenwertes des Alltags für die Stabilisierung berücksichtigen und damit auch die Soziale Arbeit und die (Trauma-)Pädagogik in den Fokus nehmen. Denn nach Hantke und Görge (2012) könne Stabilisierung überall stattfinden, und mit jeder Stabilisierung im Alltag würde auch die Integration der Traumaerinnerungen vorangetrieben. Durch ihren Fokus auf "lebenspraktische Hilfen, die zu einer positiven Veränderung von Wohn-, Arbeits- und Beziehungsverhältnissen beitragen" (Mosser & Schlingmann, 2013, S. 14) können, stellt die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und insbesondere die Klinische Sozialarbeit eine wichtige Ergänzung der traditionellen Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit dar, die sich bis heute allerdings nicht in der gesellschaftlichen Anerkennung und entsprechenden Bezahlung im Vergleich zu den offiziell anerkannten Heilberufen (wie Arzt/Ärztin, Psychiater/Psychiaterin, Psychotherapeut/Psychotherapeutin) niederschlägt.

Angesichts der (deutschen) Geschichte im Umgang mit Menschen mit psychischen und körperlichen Erkrankungen ist eine kritische Auseinandersetzung mit diagnostischen Verfahren, Beratungs- und Behandlungszugängen sowie Stigmatisierungs- und Exklusionsprozessen dringend erforderlich. Dennoch wäre eine Verteufelung und Dramatisierung von Diagnostik und entsprechender Behandlung wenig hilfreich. Nur wenn Menschen also mit ihrer traumatischen Erfahrung nicht alleine gelassen werden und ihr Leid als Unrecht anerkannt wird, kann die Gefährdung ihrer biopsychosozialen Gesundheit reduziert werden. Die klinische Sozialarbeit ist aktuell (noch) eine wenig bekannte und anerkannte Disziplin und Profession, könnte aber durch ihre Spezialisierung als Fachsozialarbeit neben der Psychiatrie und der Psychotherapie eine wichtige dritte Säule in der Versorgung traumatisierter Menschen darstellen, die traumatisierte Menschen nicht individualisiert und pathologisiert, sondern eine ambitionierte parteiliche, soziale und politische Unterstützung anbietet (vgl. Gebrande, 2017b).

Endnoten

1. Eine postTRAUMatische Belastungsstörung in Folge einer TRAUMatisierung durch ein TRAUMatisches Erlebnis ist im Prinzip eine ziemlich tautologische Diagnose, weil ja im Begriff der Traumatisierung die krankheitswertige psychische Belastung schon impliziert ist. Es lässt sich also gewissermaßen an den Folgen (also an der sogenannten Traumatisierung) ablesen, ob ein belastendes Erlebnis die Qualität eines Traumas hatte. Ich danke Peter Mosser für seine weiterführenden Überlegungen zu diesen Begriffsklärungen.
2. Für einen Überblick vgl. Herman, 1994; Mosser & Schlingmann, 2013; Gebrande, 2018.
3. Hintergrund hierfür sind die traditionell tendenziell unterschiedlichen Logiken, Herangehensweisen, Methodologien und Forschungstraditionen der Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Vergleich zu den Handlungsfeldern von Psychiatrie und Psychologie. Während die psychiatrisch/psychologische Forschung eher komplexitätsreduzierend, symptom- und ergebniszentriert vorgeht und das Individuum fokussiert, versucht die sozialarbeiterische bzw. sozialpädagogische Forschung eher, die Komplexität zu erhalten, den Einzelfall zu berücksichtigen und gleichzeitig system- und prozessorientiert zu handeln sowie die gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse zu berücksichtigen (vgl. Schmid et al., 2012, S. 110 ff.).
4. Bei dieser Dreiteilung handelt es sich natürlich um eine konzeptionelle bzw. analytische Trennung, die im 'richtigen Leben' erheblichen Unschärfen unterworfen ist. Sie kann für (therapeutische) Angebote der Traumabewältigung eine strukturierende Hintergrundfolie liefern. Gleichzeitig muss in der (therapeutischen) Beziehung immer Raum sein für eine sorgfältig begleitete Dynamik, in der Elemente von Stabilisierung, Exposition und Integration einander abwechseln.
5. Hier haben wir eine ganz ähnliche Entwicklung wie beim geschlechtsspezifischen Verdeckungszusammenhang, den Claudia Daigler mit diesen Zeilen als "Diskrepanzen, die im Gewand des individuellen Nichtgelingens daherkommen" kritisiert (Daigler, 2017).

6. An dieser Stelle soll betont werden, dass EMDR im besten Falle nicht einfach isoliert, sondern im Rahmen eines umfassenden Behandlungsplans eingesetzt wird, der natürlich auch alle anderen Aspekte menschlichen Daseins berücksichtigt.
7. Mitgefühl ist dabei aber deutlich von Mitleid zu unterscheiden. Es wäre fast schon arrogant und paternalistisch, wenn Fachkräfte meinen, beurteilen zu können, was im Leben eines anderen Menschen richtig und hilfreich ist.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Becker, D. (2014). Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten. Neuauflage der 2. Aufl. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Beckrath-Wilking, U. & Biberacher M. (2013). Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Grenzen der Traumaaarbeit in Psychotherapie, Beratung und pädagogischen Arbeitsfeldern. In U. Beckrath-Wilking, M. Biberacher, V. Dittmar & R. Wolf-Schmid (Hrsg.), Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik: Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext (S. 267-271). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Bering R., Schedlich, C. & Zurek, G. (2016). Psychotraumatologie und PTBS. In: DNP - Der Neurologe & Psychiater, Jg.17, Heft 12, 40-50.
- Brensell, A. (2013). Trauma als Prozess - Wider die Pathologisierung struktureller Gewalt und ihrer innerpsychischen Folgen. Verfügbar unter: https://www.medico.de/fileadmin/migrated/document_media/1/trauma-als-prozess.pdf [28.11.2017].
- Brensell, A. (2014): Traumaverstehen. In A. Brensell & K. Weber (Hrsg.), Störungen (S. 123-150). Hamburg: Argument Verlag.
- Breuer, U. & Krischer, M. (2015). "Posttraumatische Belastungsstörungen". In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann & H. Steiner (Hrsg.), Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie (S. 254-276). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Daigler, C. (2017). Ich bin doch nicht benachteiligt!? Mädchen und junge Frauen als Adressatinnen von Jugendsozialarbeit. In Bundesarbeitsgemeinschaft Evangelische Jugendsozialarbeit/BAG EJSA (Hrsg.), Dringend! Zwingend! Notwendig! Mädchensozialarbeit braucht Stärkung (S. 8-13). Stuttgart.
- Filipp, S.-H. (1997). Geleitwort. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), Psychologie der Bewältigung (S. 0). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005). Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. München: Ernst Reinhard Verlag.
- Gahleitner, S. B. (2011). Das therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. Bonn: Psychiatrie Verlag.

- Gebrande J. (2014). Kinder mit sexualisierten Gewalterfahrungen unterstützen. Bedarfsanalyse von pädagogischen Fachkräften in Kindertageseinrichtungen. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich Verlag.
- Gebrande, J. (2017a). Wissensbasierte und informierte Soziale Arbeit. In J. Gebrande, C. Melter & S. Bliemetsrieder (Hrsg.), *Kritisch ambitionierte Soziale Arbeit. Praxeologische Perspektiven*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 312-326.
- Gebrande, J. (2017b). Kritisch ambitionierte Soziale Arbeit mit Frauen, die durch sexualisierte Gewalt traumatisiert wurden. In J. Gebrande, C. Melter & S. Bliemetsrieder (Hrsg.), *Kritisch ambitionierte Soziale Arbeit. Praxeologische Perspektiven*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; S. 50-67.
- Gebrande, J. (2018). Kritische Impulse zur Trauma-Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In S. Bliemetsrieder, K. Maar, J. Schmidt & A. Tsirikiotis (Hrsg.), *Partizipation in sozialpsychiatrischen Handlungsfeldern*. Esslingen: Hochschule Esslingen.
- Hantke, L. (2012). Traumazentrierte Arbeit im psychosozialen Feld. Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Traumatherapie, -beratung und -pädagogik. *Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder*, 3, 198-205.
- Hantke, L. und Görge, H. J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann.
- Herman, J. L. (1994). *Die Narben der Gewalt - traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler-Verlag.
- Herman, J. L. (2003). *Die Narben der Gewalt - Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2013). *Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann.
- Keilson, H. (2005). *Sequentielle Traumatisierung. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kühner, A. (2002). *Kollektive Traumata. Eine Bestandsaufnahme, Annahmen, Argumente, Konzepte nach dem 11. September*. Berlin: Berghof Forschungszentrum für konstruktive Konfliktbearbeitung.
- Kunstreich, T. (2012). Was ist kritische Soziale Arbeit heute? In W. Stender & D. Kröger (Hrsg.), *Soziale Arbeit als kritische Handlungswissenschaft. Beiträge zur (Re-)Politisierung Sozialer Arbeit*. Verfügbar unter: <https://serwiss.bib.hs-hannover.de/frontdoor/deliver/index/docId/490/file/978-3-932011-87-0.pdf> [11.05.2018].
- Maercker, A. (2013). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 13-34). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. PDF-Ebook.
- Mosser, P. & Schlingmann, T. (2013). Plastische Chirurgie an den Narben der Gewalt - Bemerkungen zur Medizinisierung des Traumabegriffs. *Forum Gemeindepsychologie*. Jg.18 (1), Verfügbar unter: http://www.gemeindepsychologie.de/fg-1-2013_04.html [12.11.2017].
- Reddemann, L. (2008). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Reddemann, L. & Dehner-Rau, C. (2006). Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart: TRIAS Verlag.

Sanders, R. (2004). Die Beziehung zwischen Ratsuchendem und Berater. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg), Handbuch der Beratung (S. 797-807). Tübingen: DGVT.

Scherwath, C. & Friedrich, S. (2014). Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierungen. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Schmid, M., Tetzner, M., Rensch, K. & Schlüter-Müller, S. (Hrsg.) (2012). Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Tedeschi, R. & Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. Journal of Traumatic Stress, Jg. 9 (3), S. 455-471.

Tedeschi, R. & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. Psychological Inquiry, 15 (1), 1-18.

Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (2017). Geschichten, die zählen. Zwischenbericht. Verfügbar unter:

https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/2017/06/Zwischenbericht_Aufarbeitungskommission_J
[10.12.2017].

World Health Organisation (WHO) (2013). ICD 10 - WHO Version 2013. Verfügbar unter:
www.dimdi.de/static/de/klasi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamt12013/block-f40-f48.htm
[11.05.2018].

Autorin

Julia Gebrande

julia.gebrande@bitte-keinen-spam-hs-esslingen.de

Professorin für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen an der Hochschule Esslingen. Als Fachberaterin für Psychotraumatologie (DIPT) und langjährige Mitarbeiterin einer Fachberatungsstelle bei sexualisierter Gewalt liegt ihr Schwerpunkt in der Trauma-Beratung und -Pädagogik.