

Ariane Brensell: Trauma als Prozess –Wider die Pathologisierung struktureller Gewalt und ihrer innerpsychischen Folgen

Manuskript zum Vortrag auf der Fachtagung „Trauma und Politik“
am 24. Januar 2013 in Frankfurt am Main

Ich freue mich sehr über den Anspruch dieser Tagung, Trauma und Politik zusammen zu reflektieren. Sicher wissen viele hier im Raum, was es heißt, dies in der täglichen Arbeit zu verbinden. Besonders die Arbeit mit Flüchtlingen, die Arbeit in Konflikt- und Kriegsregionen oder die Arbeit gegen sexuelle Gewalt ist ja oft, wenn nicht gar immer - eng mit der Frage der Menschenrechte und mit politischen Fragen verbunden.

Ich selbst habe in einem Krisen- und Beratungszentrum für vergewaltigte Frauen gearbeitet, arbeite aktuell auf einer Professur zu dem Lehrgebiet *Lebensführung in schwierigen Situationen*, als Therapeutin und politisch zu den Folgen neoliberaler Politik. Es war nicht leicht für mich, mich in diesem Vortrag für eine Argumentations-Linie zu entscheiden. Es gibt unzählige Anknüpfungspunkte: die Menschenrechtsverletzungen, die Entwürdigungen, die staatliche Flüchtlingspolitik, die Internationale Traumaarbeit oder die Medienpolitik, alle bieten viele Ansatzpunkte um Zusammenhänge von Trauma und Politik zu analysieren. Ich habe mich dafür entschieden, all dies nur am Rande zu streifen, es werden ja teilweise auch später noch Beiträge dazu kommen. Und das Wichtigste ist für mich der Austausch, um verschiedene Perspektiven zusammenzubringen. Meinen Schwerpunkt habe ich auf die folgenden Fragen gelegt:

1. Was ist „Trauma als Prozess“ (im Rahmen eines Man-made-Desasters)? Was ist der emanzipatorische Gewinn dieser Perspektive? Was heißt es, Trauma als einen Prozess gesellschaftlich-historisch zu kontextualisieren? Hier streife ich ein bisschen die Traumatheorie bzw. ich stecke meinen großen Zeh hinein.
2. Frage ich nach den Formen der strukturellen Gewalt heute und hier: Wie ist der aktuelle historisch-politische Kontext, in dem Gewalt bearbeitet wird und was heißt das dann für die Arbeit an und mit den Gewaltfolgen?
3. Möchte ich von hier aus einen sehr kleinen Ausflug in aktuelle Entwicklungen in der Medizin, in die stresstheoretisch ausgerichteten Traumakonzepte machen.
4. In einem **Ausblick** wird es mir um die Frage gehen: Was bringt die mediale Präsenz von Gewalt und Trauma, welche Widersprüche sind damit verbunden und welche Gefahren? Ich möchte aber auch Positionen von Kämpfenden-Betroffenen darstellen. Und hierzu einen kurzen Ausschnitt aus einer Rede zeigen, die zur Situation der Flüchtlinge in Deutschland, zu Traumata und zu den Forderungen der Flüchtlinge spricht.

Ich kann in meinen Vortrag nur Impulse geben, das Wichtigste ist der Dialog und ich freue mich, dass diese Tagung den Dialog organisiert hat.

Teil 1: Trauma als Prozess

Trauma nicht als ein singuläres, vereinzelt, ‚säuberlich abtrennbares‘ Ereignis, sondern als einen Prozess zu betrachten, hat eine lange theoretische Tradition in der psychosozialen Traumaforschung.

Der sicherlich wichtigste Bezugspunkt dafür sind die Arbeiten von Hans Keilson. Er brachte den Begriff der sequentiellen Traumatisierung in die Traumaforschung ein. Hans Keilson war Arzt, Lehrer, Schriftsteller und Shoa-Überlebender. Er hat eine Langzeitstudie mit jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden durchgeführt. (Und noch mit 70 Jahren dazu promoviert.) In dieser Forschung hat er eine sequentielle Traumatisierung nachgewiesen und als Konzept ausgearbeitet. Er arbeitet heraus, dass das Trauma der Kinder und späteren Erwachsenen nicht aus einer, sondern vielmehr aus drei Sequenzen besteht. Diese drei Sequenzen sind:

- die Besetzung der Niederlande und der Beginn des Terrors (ab Mai 1940),
- die Phase der direkten Verfolgung (Deportation der Eltern und Kinder, die Trennung von Eltern und Kindern und die Konzentrationslager) (ab Februar 1941),
- die Phase nach dem Krieg, die u.a. von der kontroversen Entscheidung um Vormundschaftsfragen geprägt war. Diese umfassten auch, ob die Kinder in den holländischen Familien bleiben oder in eine jüdische Umgebung kommen sollten.

Der Blick auf diese Sequenzen erweitert den Blick von einem einzelnen Ereignis – **dem** Gewalterlebnis – und dessen mehr oder weniger gelungener Bearbeitung durch das Individuum, er ermöglicht ein radikal anderes Verständnis von Trauma: Es wird nicht mehr nur ein quasi **ursprüngliches** traumatisches Ereignis betrachtet, sondern die Abfolge von Ereignissen erhält Bedeutung. Es geht um das Zusammenspiel von den Sequenzen, um den Konnex, wie Keilson schreibt. Dieser Blick erschwert zwar die Würdigung der einzelnen traumatischen Phase hinsichtlich ihres traumatisierenden Endeffektes, es bedeutet „jedoch eine Erleichterung, wenn man sich einmal entschlossen hat, seine Aufmerksamkeit auf das Zusammenspiel der verschiedenen traumatischen Abläufe zu lenken und versucht, den Konnex herzustellen zwischen traumatischen Sequenzen“ (Keilson 2005, 61).

Keilsons Befunde sind nach wie vor - auch bei einer Re-Lektüre, wie ich sie für diesen Beitrag vorgenommen habe - sehr spannend. Er findet in seiner Forschung heraus, dass die Zeit nach Kriegsende, die Zeit, wenn die Verfolgung aufhört, wenn also eigentlich die Zeit der Verarbeitung anbricht und das Trauma aus unterschiedlichen Bedingungen doch nicht

verarbeitet werden kann, einen wesentlichen Teil der traumatischen Erfahrung ausmacht, dass diese Zeitspanne „von vielen als die eingreifendste und schmerzlichste ihres Lebens bezeichnet“ wurde (Keilson 2005, S 58). Keilson konnte also zeigen, dass für die langfristige „psychische Gesundheit“ der Kriegswaisen nicht unbedingt der Schweregrad der ersten beiden traumatischen Phasen entscheidend war. Denn den Kindern, die in der Nachkriegszeit unter relativ guten Bedingungen aufwuchsen, ging es besser als Kindern, die eine schwierige Nachkriegszeit (dritte Sequenz) nach einer (vergleichsweise) weniger schrecklichen Zeit der Verfolgung erlitten hatten (vgl. Kühner 2002).

Dieses Konzept steht dem vorherrschenden Traumaverständnis entgegen, das in der Regel auf ein einzelnes, zumindest aber auf ein vergangenes traumatisches Ereignis fokussiert ist.

Trauma als Prozess zu denken hat entscheidende Implikationen. Es orientiert das Denken in der Traumarbeit um. „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, 27).

Die Ergebnisse von Keilson sind daher von enormer Bedeutung für das Verständnis der individuellen Bearbeitung von Traumata, aber auch von enormer Bedeutung für die Erweiterung des Blicks auf die gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse. Die meisten Therapeuten richten den Blick auf das Trauma und stellen die Bearbeitung vor allem in den Zusammenhang mit den Möglichkeiten und Grenzen des Individuums (Stichworte hierzu sind: seine Resilienz, Vulnerabilität oder in der Tiefenpsychologie: Persönlichkeitsstruktur). Das Individuum mit seinen Möglichkeiten und Grenzen steht so im Zentrum. Die gesellschaftlichen Aspekte bleiben damit eher außen vor. Das kann eine Wunde schnell und immer wieder aufreißen, zumal wenn sie noch nicht verheilen konnte. Denn die Schwierigkeiten der Verarbeitung werden auf das Individuum verlagert, was immer wieder auch Scham und Schuldgefühle aufruft. [Ein Beispiel aus der Praxis, in der eine Klientin auf der Suche nach einer Psychiaterin ist, die im Erstgespräch, den Bericht der Klientin über zwei Vergewaltigungen und ihre anschließenden mühsamen Versuche, wieder handlungs- und arbeitsfähig zu werden, mit dem Satz kommentierte: „Sie lassen es aber ganz schön ruhig wieder angehen.“ Das kann das Messer in der Wunde sein.]

Angelika Kühner, die 2002 eine Studie zu kollektivem Trauma gemacht hat, betont: „Das Konzept von Keilson hat enorme Bedeutung sowohl für die individuelle Traumatherapie, als auch für die Reflexion kollektiver Prozesse. Die Aufmerksamkeit des Gegenübers allgemein wie auch des Therapeuten, der das Leiden des Opfers verstehen will, richtet sich meist intuitiv fast nur auf das, was in der ersten traumatischen Sequenz geschah („Wenn ich weiß, was dir vom Täter angetan wurde, kann ich dich besser verstehen.“). Das Konzept der sequentiellen Traumatisierung ist vor allem deshalb revolutionär, weil es alle „mit in die Pflicht nimmt“, die mit dem Opfer zu tun hatten und haben, auch nach der Traumatisierung.“ (Kühner 2002, 27).

Keilson formuliert selbst hier als leitende seiner Fragen für die Dritte Sequenz, also die Zeit nach der Verfolgung: „Was haben wir für diese Kinder getan?“ Was sind ihre unverschuldet fehlenden sozialen und sozialpsychologischen und gesellschaftlichen Kompetenzen? Dazu zählt er alle Situationen, in denen Vormundschaft gesetzlich geregelt, Möglichkeiten zur Verarbeitung erlittener Traumata geschaffen und Ausbildungseinbußen aufgearbeitet werden (Keilson 2005, 287; vgl. auch ebd. 83ff).

Wenn also Trauma nicht als einzelnes Erlebnis konzeptionalisiert wird, sondern vielmehr als Abfolge traumatischer Sequenzen unterschiedlicher Art und Bedeutung, verschiebt sich hinsichtlich der individuellen Auswirkungen der Blick: „Es ist nicht mehr allein entscheidend, was initial erlebt wurde, sondern es wird bedeutsam, **was auf die traumatische Erfahrung folgt**“ (Schriefers 2007, 52)¹.

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. Was passiert mit einer Frau nach einer Vergewaltigung? Was passiert mit einem Flüchtling nicht nur im Herkunfts- sondern auch im Ankunftsland. Das Danach bekommt eine neue Bedeutung. Oder: Was ist mit den KZ Überlebenden nach der Befreiung passiert? [Zitat Eissler (1963): „Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen, um eine normale Konstitution zu haben?“.]

Eine Reihe von Traumaforschern haben dieses Konzept aufgenommen und weiter ausgearbeitet: David Becker nimmt es als einen Ausgangspunkt für einen sozialpolitischen und psychosozialen Traumabegriff.

So bekommt Trauma auch eine politische Bedeutung, wenn es um Flüchtlinge geht z.B.: Zur Heilung des Traumas kann die aufnehmende Gesellschaft einen wichtigen Beitrag leisten; es besteht jedoch die erhebliche Gefahr der *Re-Traumatisierung*, wenn beispielsweise Befragungen durch die Polizei (oder andere Konfrontationen mit ihr) der ursprünglichen traumatischen Szene stark ähneln. Oder wenn die Ohnmachts- und Unsicherheitserfahrungen immer wieder wiederholt werden. Das ist dann der Prozess, der nicht/nie aufhört. (vgl. Rafailovic 2005).

In Keilsons² Verständnis von Trauma geht es also nicht nur um die Aufarbeitung vergangener Traumata, sondern um ihre **fortgesetzte Relevanz**. Der Traumabegriff von Keilson macht beides präsent: Er umfasst sowohl die Intensität des traumatischen Erlebnisses „als auch die Unfähigkeit der Subjekte und der Gesellschaft, adäquat darauf zu antworten“ (Becker 2000, 37).

¹ Auseinandersetzungen mit dem Traumakonzept aus Perspektive der Kritischen Psychologie finden sich bei Rafailovic 2005 und Schriefers 2007.

² Darüber hinaus gehen in die psychosozialen Traumakonzepte auch die Begriffe „Extremtraumatisierung“ von Bettelheim und der Begriff des „kumulativen Traumas“ von Khan ein (vgl. Becker 2000).

Während Keilson sein Traumakzept aus der Arbeit mit den jüdischen Kriegswaisen zieht, bezieht David Becker seine sozialpolitische Traumakonzeption aus der Arbeit mit Folteropfern in Chile. Aber auch von dem Befreiungspsychologen Ignacio Martín-Baró, der sein psychosoziales Traumakzept und seine „Psychologie der Befreiung“ im Bürgerkrieg in El Salvador entwickelt hat: Er fasst als erster Trauma als offene Wunde und er „betont den „dialektischen Charakter der von dem Erleben des lang anhaltenden Krieges aufgerissenen Wunde“ (Martin-Baró 1990, nach Becker 2000, 42). Für Martin-Baró ist von Bedeutung, dass sich das Trauma „aufgrund seiner eigenen Qualität aus der Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft, mittels verschiedener institutioneller, gruppenbezogener und individueller Vermittlungen nährt und erhält (Martin-Baró 1990 nach Becker 2000, 42).

Eine Besonderheit auf den Blick auf Trauma als Prozess ist, dass es eine Brücke zwischen psychischen, sozialen und politischen Dimensionen schlägt, also eine Vermittlung herstellt, die ent-pathologisiert, die die Gesellschaft mit in den Blick holt. Eine weitere ist, dass dies eine genaue historisch-gesellschaftlich Kontextualisierung fordert. Und das ist eine weitere Stärke von Keilsons Studie: er übersetzt historische Sequenzen in die Frage nach den Anforderungen an die bereits traumatisierten Kinder.

Ich komme nun zur Diagnose: Dieser Anspruch ist mit dem Bezug auf die psychiatrische Diagnose PTBS nicht einlösbar, er wird sogar konterkariert: Zwar benennt sie als einige der wenigen Diagnosen im DSM und ICD 10 die Ursachen [Zitat ICD 10: Ereignis oder Situation außergewöhnlicher Bedrohung] aber sie **entnennt** sie zugleich.

Warum?³

- 1) Sie fasst sie nur Rahmen einer psychiatrischen Diagnose, also um den Preis einer Krankheit oder Störung.
- 2) Das Gewicht dessen, was danach passiert, liegt auf den Symptomen und auf der Behandlung der Symptome.
- 3) Dadurch wird und bleibt das Trauma etwas individuell zu bearbeitendes.
- 4) Verschiedene belastende Ereignisse werden nebeneinander gestellt: Das traumatische Ereignis ist ein unspezifisches Ereignis. Nur die Quantität spielt eine Rolle, das Ereignis muss fähig sein, eine intensive psycho-emotionale Reaktion hervorzurufen.
- 5) Zudem spielt hier die konkrete historische, gesellschaftliche Situation keine Rolle Die PTSD fokussiert also ein a-historisches Subjekt – damit wird der Kontext des traumatischen Ereignisses ausgeblendet, Differenzen zwischen politischen und unpolitischen Ereignissen sind hier irrelevant.
- 6) Die psychiatrischen Klassifikationssysteme gehen außerdem von einem Universalismus der westlichen Psychiatrie aus. Dieser Kritikpunkt erhält besonders im interkulturellen und internationalen Kontext Gewicht (vgl. Rafailovic 2005, 67).

³Ich trage hier verschiedene wichtige Kritikpunkte an der psychiatrischen Diagnose aus der psychosozialen Diskussion zusammen.

Es handelt sich damit um eine Reihe von Reduktionismen und Ausblendungen: Ein chilenischer Psychiater spitzt dies so zu: „The most terrible reduction is that which medicalizes torture, transforming it into a symptomatic constellation within the exclusive domains of psychiatry“ (Madariaga 2002,1).

Trotzdem ist und bleibt die Diagnose einer der wichtigsten Bezugspunkte ‚unserer Arbeit‘. Nur über sie gibt es eine ‚offizielle‘ Anerkennung für Leiden durch Gewaltfolgen.

David Becker (2002) schreibt dazu: Ich persönlich bin der Ansicht, man muss für die Möglichkeit kämpfen, Traumatisierungen bei Flüchtlingen zu diagnostizieren und anzuerkennen, aber nicht im Sinne eines engen medizinischen Begriffs, weil dieser eine erneute Entkontextualisierung dessen darstellt, woran diese Menschen leiden. Um es einmal ganz platt zu sagen: der Diktator hat meine Familie ermordet. Das ist ein politischer Vorgang. Bei mir taucht das als individuelles psychisches Leid auf, ich bin verzweifelt. Was ich jetzt brauche ist unter anderem Anerkennung, dass der Diktator meine Familie umgebracht hat, und dass mein Leid mit diesem Mord zusammenhängt. Was ich nicht brauche, ist, dass man mir sagt: „Ja, Sie sind verrückt.“ Und das ist der Diskussionspunkt, um den es geht. Können wir eine Sprache finden, die das Leid der Menschen anerkennt, ohne sie deshalb zu Verrückten zu stempeln?

Die Aufgabe, wie ich sie verstehe lautet folgendermaßen: Wenn wir (1) Traumata als Prozess verstehen und denken wollen, dann müssen wir diesen (2) rückbinden an die gesellschaftlichen Verhältnisse, unter denen sie entstehen und bearbeitet werden müssen. Das erfordert (3) eine Analyse der aktuellen historischen und gesellschaftlichen Situation. (4) Müssen wir sie mit der Frage verbinden, welche besonderen Anforderungen sich den Menschen stellen, die durch (extreme) Gewalterfahrungen besonders verletzungsoffen sind. Erst dann lassen sich Schwierigkeiten in der Bearbeitung von Gewaltfolgen jenseits einer Individualisierung erfassen. Und erst dann lässt sich zeigen, welche gesellschaftlichen Probleme die Bearbeitung eines Traumas heute und hier erschweren bzw. was sie befördern könnte.

Diese Aufgabe ist nicht leicht und sicher auch sehr Streitbar, doch ich will sie nun an einem ersten Beispiel wagen. Der Bearbeitung eines Traumas durch sexuelle Gewalt unter neoliberalen Vorzeichen: Ich behaupte, dass die neoliberalen Veränderungen, eine Form der Gewaltstruktur darstellen, die für die Bearbeitung des Traumas von Bedeutung ist.

Teil 2: Kontextualisierung von traumatischen Prozessen im Neoliberalismus Strukturelle Gewalt und aktuelle historische Situation oder: „Gewaltige Reformen und alltägliche Gewalt“

Die Arbeit in dem Berliner Krisenzentrum mit Frauen, die vergewaltigt wurden, war nie rein therapeutisch, sondern psychosozial und teilweise auch politisch angelegt. Das Motto heißt: Jede Frau hat ein Recht auf Unterstützung. Die Beratung hatte die folgenden Prinzipien: Anonymität, Vertraulichkeit, Kostenfreiheit. Sie war psychosozial in dem Sinne, dass umfassende Probleme der Gewaltfolgen berücksichtigt wurden. Und sie suchte immer auch den Grundsatz einer persönlich zugeschnittenen Arbeit einzulösen: **Jede Frau hat/ braucht ihren eigenen Weg.** Wir haben gegen Mythen gearbeitet (Mythen sind z.B. „Frauen provozieren eine Vergewaltigung, wenn sie entsprechend gekleidet sind“ oder „Täter sind in der Regel Fremd-Täter“, „Frauen haben eine Mitschuld, wenn sie sich nicht wehren“ etc.) Es ging in der Arbeit immer auch um Vernetzungen und Lobbyarbeiten. Doch es schien sich dennoch etwas zusätzlich zu verändern.

Als Mitarbeiterinnen in der Beratungsstelle machten wir in den Jahren 2006/2007 in der Arbeit zunehmend die Erfahrung, dass es immer schwerer schien, eine hinreichende, individuell zugeschnittene Unterstützung für und mit den Frauen zu organisieren.

Um dem auf dem Grund zu gehen, regten wir mit anderen Projekten, einer Grafikerin, einer Journalistin und WissenschaftlerInnen Fragen an: Was passierte aktuell? Gibt es neue Schwierigkeiten in der Bearbeitung von Gewaltfolgen? Wie sieht es bei Euch aus? Was sind die Veränderungen? Kann man überhaupt von Veränderungen sprechen? Wir nannten das Projekt **„Gewaltige Reformen – Alltägliche Gewalt“** (vgl. LARA e.V. 2008).

Was erlebten wir? 2008 haben wir bei LARA den Eindruck bekommen, dass es immer schwerer wird, Frauen zu unterstützen, ihren eigenen Weg aus dem Trauma zu finden. Was waren die *Indizien*? Frauen blieben länger in der Beratung, sie kamen öfter wieder, das Angebot reichte hinten und vorne nicht mehr aus, wir fanden keine Anlaufstellen mehr, zu der wir die Frauen zeitnah schicken konnten, um weitere Unterstützung zu erfahren. Wenn Frauen in einer Klinik zu einer Traumatherapie waren, kamen sie danach öfter wieder zu uns zurück, weil sie weder eine andere Anlaufstelle hatten, noch auf ihren Alltag vorbereitet waren. Wir nahmen sie i.d.R. wieder auf, auch wenn unsere Kontingente erschöpft waren. Und wir als Beraterinnen fühlten uns oft überlastet, frustriert etc.

Wir haben an dieser Stelle eine Art „Medien-Vernetzungs-Projekt“ initiiert, in dem andere Anlaufstellen und Projekte, Wissenschaftlerinnen, Journalistinnen skizzieren konnten, wie sie die neuen gesellschaftlichen Herausforderungen und Widersprüche für die Arbeit gegen Gewalt erleben. Also was sind die Folgen der ganzen Reformen und Veränderungen für den Alltag und die Handlungsmöglichkeiten von traumatisierten Menschen und was sind die Anforderungen an die Projekte.

Wir konnten eine Reihe von Beobachtungen zusammentragen:

- Frauen, die jetzt in die Beratung kommen, haben oft einen längeren Beratungsbedarf als früher, meist ist die Krise, in der die Frauen sind, noch verbunden mit Arbeitslosigkeit, Hartz IV Bezug oder auch Problemen im Job. Es gibt mehr Zusammenhänge und wenn eine Frau vor einem Jobcenter-Berater sitzt, der über ihre Existenz entscheiden kann, dann ruft das immer öfter wieder Gefühle von Ohnmacht auf den Plan (Martina Hävernick von Wildwasser e.V., Frauenselbsthilfe Berlin).

- Studien aus den USA und Kanada, haben gezeigt haben, dass der Abbau sozialstaatlicher Sicherheit Menschen insgesamt verwundbarer und verletzungsoffener macht für Gewalt (Birgit Sauer, Uni Wien).

- Es war zu einer ganz eigenen Aufgabe geworden, die spezifischen Bedürfnisse von Frauen in Notsituationen überhaupt gegenüber Ämtern und Entscheidungsträgern zur Geltung zu bringen. Ein Symptom für diese Entwicklung sind die Call Center: Es ist zu einer Art Steinbrucharbeit geworden, die dicke Wand anonymer Call Center, der Job Center, der Krankenkassen, auch der Kliniken zu durchdringen. Denn diese sehen nur standardisierte Antworten und Lösungen vor. Immer öfter müssen deshalb auch Widersprüche für Ämter oder Krankenkassen geschrieben werden, um überhaupt Einzelfallentscheidungen zu erkämpfen. Wenn eine Frau umziehen will, weil der Täter ihren Wohnort kennt, bedeutet das bei Hartz IV-Bezug erstmal einen harten Kampf mit dem Job-Center. So sind schnelle Veränderungen, die nötig werden für Stabilisierung, immer schwerer durchzusetzen. Für Migrantinnen und Flüchtlinge zeigten sich die neuen Härten vor allem durch eine repressivere Politik, sie kam zu den Menschenrechtsverletzungen, wie der Residenzpflicht etc. noch hinzu.

- Neue Zuwanderungsgesetze und Migrantinnen, die zu arm sind und waren, um deutsche Staatsbürgerinnen zu werden, die also wenn sie sich aus einer Gewaltbeziehung lösen wollten, kein Anrecht auf Hartz IV Bezug haben, sondern dann ausgewiesen würden, haben kaum Chancen sich aus Verhältnissen zu lösen (Esra Erdem, Politikwissenschaftlerin Berlin).

- Flüchtlingsbedingungen heißen, dass das Gewaltschutzgesetz nicht gilt, denn die Sondergesetze für Flüchtlinge, wie Residenzpflicht und das eheabhängige Aufenthaltsrecht verletzen das im Grundgesetz verankerte Recht auf Gleichberechtigung (Agisra e.V. Beratungsstelle Köln).

Nun ist es immer schwer historische Veränderungen festzumachen, sie sind ja auch nie linear. Doch was ich hier in der Kürze festhalten will ist folgendes.

1. Die Ökonomisierung des Alltags und damit verbunden die Veränderungen des Menschenbildes: Neoliberale Umstellung der Gesellschaft auf Selbstverantwortlichkeit erhöht den Leistungsdruck: „Funktionieren müssen“, um nicht rauszufallen. Die Menschen sind mit neuen Zumutungen konfrontiert. Peter

Hartz, der Leiter der Hartz Kommission hat es in einem Buch auf den Punkt gebracht: Die Menschen werden ab jetzt selbst dafür verantwortlich arbeitsmarktfähig und Teil der Gesellschaft zu bleiben. Dies ist mit der Einführung von Hartz IV zum Gesetz geworden. (Peter Hartz formuliert auch explizit: nicht alle werden den Anschluss schaffen). Das schürt Ängste um die Existenz und vor drohendem Ausschluss. (Z.B. die Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren, wenn man mal länger nicht da ist.) Diese Entwicklungen haben für viele Menschen insgesamt verheerende Folgen; aber für traumatisierte Menschen im Besonderen stellen sich eine Vielzahl von neuen Berührungspunkte mit Ohnmacht, mit großer Unsicherheit. Damit werden viele **Schmerzpunkte** geschaffen. Einfallstore für Retraumatisierungen oder um die Trauma-Wunde offen zu halten.

2. Zudem werden Hilfsangebote gekürzt und umstrukturiert: Neoliberalismus heißt Einführung und Ausweitung von Wettbewerbsmechanismen auf die gesamte Gesellschaft. Dieser Prozess, der als Ökonomisierung des Sozialen bezeichnet wird, propagiert mit dem homo oeconomicus⁴ „als Unternehmer seiner selbst“ ein Menschenbild, das an Eigenverantwortlichkeit, Nutzenmaximierung oder Flexibilität appelliert: Der individualisierte, selbstbestimmte und rationale „Ich-AG-Mensch“ ist mit Foucault gesprochen „sein eigenes Kapital, sein eigener Produzent und seine eigene Einkommensquelle“ (Foucault 2008, 314). Auf personaler Ebene wird dieser homo oeconomicus zum gesellschaftlichen Leitbild und individuellen Handlungsentwurf erhoben, an dem sich auch die Identitätskonstruktionen bzw. Identitätszuschreibungen ausrichten (vgl. dazu auch Bröckling 2007). Auf Ebene der Hilfsangebote wird die Arbeit unter Kennziffern und Zielvorgaben umorganisiert. Angebote werden so parzelliert und standardisiert. Mit Ökonomisierung im Neoliberalismus sind daher Verschiebungen und Transformationen gemeint, die mit einer Ausweitung ökonomischer Rationalität bzw. Denk- und Handlungsmuster sowie strukturellen Änderungen verbunden sind. Das Ökonomische wird zu Lasten des Sozialen generalisiert, indem beispielsweise das Soziale mittels ökonomischer Kategorien untersucht und vermessen wird. Das macht die Möglichkeiten der Artikulation von Verletzungen schwerer, die Anlaufstellen und Arbeiten werden durch die Ökonomisierungen, durch Einsparungen immer mehr auf standardisierte Verfahren zugeschnitten (vgl. Diebäcker u.a. 2009). Außergewöhnliche Erfahrungen finden da immer schwerer Raum.

[Ein Beispiel aus der Praxis. Eine Frau hat für einen Ehemann formal eine Geschäftsführung übernommen. Nach einer Vergewaltigung kümmert sie sich nicht mehr um die Einzelheiten, weil sie damit überfordert ist. Das Geschäft geht pleite, die Frau bleibt mit Schulden belastet zurück, ist kaum in der Lage mehr ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. Die Situation ist schwierig und sie geht zur Schuldnerberatung. Doch die Möglichkeiten der öffentlichen Schuldnerberatung sind aus Überlastungsgründen der Beratungsstelle vor allem auf ein

⁴ Also der aufs Ökonomische reduzierte Mensch.

standardisiertes Insolvenzverfahren zugeschnitten, das aber bei ihr nicht greift. So hat sie lediglich die Möglichkeit einen Anwalt zu nehmen, den sie aber wiederum nicht bezahlen kann. Dieses Beispiel von der vergeblichen Suche nach einem individuell zugeschnittenen Weg ist kein Einzelbeispiel.]

Der Hintergrund dieser Standards und Pauschalierungen sind Ökonomisierungen, die auf Berechnungen nach einem statistischen Durchschnitt beruhen, d.h. Menschen kommen nur noch nach einem statistischen Durchschnitt vor, rechts und links davon geht nichts. (Das merkt man immer, wenn man in einem Call Center anruft, dass ein Problem das dort nicht vorgesehen ist, auch nicht „existiert“.) Die wachsende Bedeutung der ökonomischen Kennziffern und Zahlen, hat die Folge, dass bestimmte Sachen nicht mehr verhandelbar sind. Kein Raum für subjektive Gründe. Das kann sich schnell so anfühlen, dass einem die Möglichkeiten und auch die subjektive Wahrnehmung immer wieder abgesprochen werden. Strukturell und institutionell. Ganz beeindruckend genau hat der Männlichkeitsforscher R.W. Connell schon 1995 ein Spezifikum des Neoliberalismus auf den Punkt gebracht: Die technokratische Tagesordnung der Manager verallgemeinert sich zum gesellschaftlichen Leitbild, „sie besetzt das Terrain des Sachverstands“ und ersetzt Argumente und Begründungen durch Kennziffern und Zahlen. Sie verschließt damit systematisch die Räume für andere Anliegen, für ihre Versprachlichung und für eine Verständigung. Damit werden soziale Programme durch die Logik von Management und Technokraten nicht direkt in Frage gestellt, sondern sie werden z.B. finanziell ausgetrocknet, z.B. im Namen von Effizienz und Freiwilligkeit.

Für mich wurde in dem Projekt deutlich, dass traumatische Erfahrungen nicht losgelöst von der konkreten historischen Situation analysiert und bearbeitet werden können. Zu der üblichen Arbeit gegen die Mythen über Vergewaltigungen, gegen die Tabus waren und sind auch die Umstrukturierungen durch neoliberale Politik hinzugekommen. „Immer unter Beweispflicht!“ Und immer selbst dafür verantwortlich.

Zwischenfazit:

Ökonomisierung und Technokratisierung der Verhältnisse, wie sie durch die neoliberale Politik vorangetrieben werden, stellen eine neue Form der Gewalt dar, die jedoch schwer zu greifen ist. Denn die neuen Menschenbilder und Zumutungen sind ja nicht plakatiert. Sie sind zu Selbstverständnissen geworden, die jede/r zu erfüllen hat und sucht. Sie werden zur Bedingung der Vergesellschaftung: ein Dispositiv. Es ist somit auch ‚internalisiert‘. Was wenn ich das nicht erfüllen kann? Das verursacht eine Reihe verborgener Wunden (für die Frage der Klassen gibt es den Begriff der „hidden injuries of class“). Diese verborgenen Wunden sehe ich als ein wichtiges aktuelles Moment des traumatischen Prozesses: Wie viele Nadelstiche resultieren aus der Angst vor dem drohenden Ausschluß bei Nicht-Funktionieren und bei der Omnipräsenz eines Menschenbildes, das suggeriert, dass man immer funktionieren kann. Und wie viele Wunden resultieren daraus, sich darüber kaum verständigen zu können?

Sich unter diesen Bedingungen allein auf die psychiatrische Diagnose zu beziehen hat eine Kette von **Ausblendungen** zur Folge:

- 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 ‚anders‘ dafür zuständig.
- Damit bleiben die gewaltförmigen Verhältnisse ‚quasi‘ normal.
- Der Normalzustand, der Gewalt produziert und fortsetzt, bleibt unangetastet.

Der analytische Begriff, der diese Ausblendungsmechanismen erfasst, ist der der **„Entnennung“**: Indem etwas in einer bestimmten Form benannt wird, hier in der Form der klinischen Diagnose, wird etwas anderes nicht mehr benannt, zum Beispiel das Trauma als Teil der Verhältnisse. Das ist mehr als eine Ausblendung, denn es hat ja einen „Gesellschaftlichen Ort“ bekommen und damit sind Ent-Kontextualisierung, Pathologisierung und Individualisierung der Gesellschaftlichkeit von Gewalt ent-nannt. Die Benennung ‚kaschiert‘ das Fehlen so, dass es dann nicht mehr zu fehlen scheint. Das ist aktuell eine große Problematik, denn es trägt zur Normalisierung von Gewalt bei.

Der neue Spiegel titelt gestern: **„Wahnsinn wird normal“**. Auch Trauma ist schon normal! Wo? In Griechenland. Und in der FAZ vom 15.12.2012: „Ein Trauma ist ein Ereignis, das die Erfahrungswelt des Einzelnen bis in seine Grundfesten erschüttert. Das Erlebte ist derart übermächtig, dass es den betroffenen in einen Strudel absoluter Hilflosigkeit zieht. Nichts ist mehr, wie es einmal war und nichts wird jemals wieder so sein. Nur ein Zyniker spricht im Hinblick auf Griechenland noch von sozialem Abstieg. Es ist viel mehr als das: eine Gesellschaft fällt ins Bodenlose. Wir erleben eine kollektive Traumatisierung.“

Dieser Diskurs ist doppelbödig. Zum einen erkennt er das enorme Leid an, das die Menschen in Griechenland nun durch die Finanzkrise erleben. Zum anderen aber geraten die politischen Akteure aus dem Blick: Die Umverteilung von der Bankenkrise in eine Staatsschuldenkrise, die nun die Öffentlichkeit tragen muss. Die Auflagen des IWF an den griechischen Staat. Kennen sie die Auflagen des IWF an den griechischen Staat?

Der Bezug auf die medizinische Diagnose Trauma produziert in diesem Kontext eine Naturalisierung von politischen Entscheidungen. Klartext wäre: Eine Gesellschaft wird ins Bodenlose gestürzt. Wie? Indem alle eine Politik mittragen, die auf „Menschenentwürdigungsreserven“ zugreift, z.B. indem Solidarformen kaum mehr denkbar sind.

Wo bzw. ab wann hört es auf, dass soziale Probleme zur Sache der Medizin gemacht werden? Die Antidepressiva-Vergabe in Griechenland ist um 40% angestiegen, die Suizidrate um ein Drittel. Diese Frage müssen debattiert werden.

Diese Art, die Normalität in der Bedeutung für den traumatischen Prozess und als eine traumatische Sequenz zu analysieren, wird meiner Einschätzung nach zu einer immer wichtigeren Voraussetzung für eine politische und psychosoziale Traumaarbeit. Ganz gegenläufige Entwicklungen aber lassen sich im Bereich der Medizin finden. Auch wenn wir über Krankheits- und Traumabegriffe nachdenken, ist die Frage des Ökonomischen hier nach meiner Einschätzung sehr zentral geworden.

Teil 3: Medizin(ökonomie) und Krankheitsbegriffe

Jetzt komme ich zu einem sehr kleinen Ausflug in die Medizin. Denn auch politisch-ökonomische Veränderungen in der Medizin tragen dazu bei, dass Trauma aus dem gesellschaftlichen Kontext gelöst wird. Denn die Medizin ist ein lukrativer Bereich für die Gesundheitsökonomie. Besonders die Kliniken. Die Gesundheitsökonomie sieht in diesem Bereich enorme Gewinnchancen. Bedingung für die Profite ist ein Umbau der Medizin, der Kliniken, ihre Optimierung. (Zitat auf einer Tagung der Gesundheitsökonomien: „Die Zitrone kann noch ausgepresst werden.“) Auch das heißt Standardisierung.

Diese Entwicklungen – Standardisierung und Wettbewerbsorientierung - in der Medizin führen zu einem Verschwinden des Individuums in der Medizin, so die These des Arztes Hans-Heinz Abholz auf der Tagung „Arm und Standardisiert“ (angelehnt an die Rating Agentur: Standard and Poors) in Essen. Auf der Tagung, die eine Koalition der „Nicht-Einverstandenen“ im Gesundheitswesen versammelte, wurden für diese Entwicklungen eine Reihe von Beispielen genannt. Die Kliniken sollten nach den Vorbildern der Flughäfen organisiert werden, „es gäbe noch zu viel Handarbeit“, dies sei ineffizient⁵ (Samerski 2012) und Abholz (2012) zeigte, wie die Evidenzbasierte Medizin forciert, dass bestimmte Maßstäbe in „standardisierte Behandlungsabläufe“ übertragen werden. Menschen in Not trifft das ganz besonders: Kein Eingehen mehr auf die Einzelnen, sondern bloß noch im Rahmen der standardisierten Vorgehensweise. Ausgeglichen würde das punktuell z.B. durch die Implementierung von Kommunikationsmodulen im Rahmen des Medizinstudiums: Es geht um Module, berichtet Abholz, die eine Art Empathie suggerieren, die zumindest verbal den Mangel an personalisierter Behandlung ausgleichen soll.

Im Rahmen dieser Entwicklungen werden Menschen- und Krankheitsbilder des Selbstmanagements passfähig. Die Popularität der Neurobiologischen Traumamodelle passt hervorragend zu einem Menschen als Manager, der alle Widrigkeiten managen kann. „Das

⁵ Samerski zitiert dies aus der folgenden Pressemitteilung zum 8. Gesundheitswirtschaftskongress vom 29.05.2012 „Vom Flughafen lernen. Krankenhausorganisation im Handbetrieb“ 8. Gesundheitswirtschaftskongress am 29. und 30. August 2012 in Hamburg.

Gehirn trainieren, um sich selbst besser regulieren zu können“ (Lux 2010) – das ist die technische Zuspitzung einer modernen Traumatherapie.

- Trauma wird darin **ein Stress** solchen Ausmaßes, dass es von den Einzelnen nicht mehr zu bewältigen ist.
- Darin bekommt zum einen die Idee des Biologischen ein starkes Gewicht: starker Stress = Ausschüttungen von Stresshormonen etc.
- Zum anderen bleibt dieses Krankheitsmodell fortschrittlich, denn die Menschen sind nicht passiv, sie können Einfluss nehmen.
- Die Frage ist nun: Kann ich einen solch großen Stress im Ausmaß eines Traumas managen oder nicht?

Diese Sicht legt den Schwerpunkt auf die individuelle Seite und die Bewältigungsfähigkeiten der Einzelnen - das passt perfekt zum „Management“.

* Der Fokus auf Bewältigungsmöglichkeiten des Einzelnen, führt jedoch leicht dazu, dass die Bedingungen aus dem Blick geraten.

* Management legt oft auch technische Lösungen nahe.

* Es birgt die Gefahr der Naturalisierung von Gesellschaftlichen Verhältnisse. (Viele Stress-Prozesse werden mit Ratten erforscht.) Bunte Gehirnhälften schwirren durch die Medien und suggerieren zumindest, dass das Trauma als biochemische Reaktion fassbar werden kann.

* Dies bedeutet die Gleichsetzung der menschlichen Gesellschaft mit einer determinierenden organismischen Umwelt.

Die Neurobiologie mit dem biopsychosozialen Krankheitsmodell ist doppelbödig. In dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell wird das scheinbare Anliegen an eine umfassende gesellschaftlich sowie individuelle Perspektive auf Trauma nur eingelöst, indem die Gesellschaftlichkeit preisgegeben wird. Damit fällt strukturelle Gewalt raus! (vgl. Lux 2010).

Während hier die Subjekte zu Managern werden, werden in der „Narrativen Expositionstherapie“ von Neuner, Schauer und Elbert die Menschen gar nicht mehr zu Subjekten: Vielmehr wird hier das Gedächtnis der Menschen zum Subjekt: „Die meisten kritischen Lebensereignisse stellen eine bewältigbare Herausforderung für das autobiografische Gedächtnis dar.“ Diese pragmatisch kurze Traumatherapie zielt direkt auf die Einflussnahme auf dieses Gedächtnis. Die Subjekte mit ihren psychosozialen Problemen, die gesellschaftlichen Verhältnisse verschwinden so komplett hinter der Neuro-Technik.

Ich will hier nicht grundsätzlich gegen Techniken und Methoden sprechen. Ich selber habe solche Techniken auch erlernt. Es geht mir eher um die Frage, ob sich Tendenzen abzeichnen (in den Behandlungs-Leitlinien z.B.), die andere Formen der Therapie und die psychosozialen Zugänge u.a. aus Kostengründen marginalisieren und die Möglichkeiten einer umfassenden Suche nach Wegen einschränken. Es ist wichtig, dass es eine Debatte um sie gibt. Doch sie bergen die Gefahr, dass die Menschen mit ihren psychosozialen Problemen und die

Bedingungen außen vor bleiben. Die Verführung, eine komplett standardisierte Methode immer und überall anwenden zu können, schneidet sozialpolitische, interkulturelle Fragen und auch die Fragen nach den Ursachen von Gewalt ab.

Es scheint auszureichen das Hirn zu beeinflussen, um ein Trauma zu bearbeiten.

Teil 4 Ausblick: Was tun?

Es gibt derzeit eine Vielzahl von Medienberichten über Trauma und Gewalt, zum Beispiel war sexueller Mißbrauch zuletzt Thema bei Beckmann (Talkshow). Traumatherapeuten sind gefragt als Experten, wie etwa Georg Pieper in der FAZ. Unter dieser Vielzahl an Geschichten finden wir vereinzelt auch Geschichten über Flüchtlinge, wie die des ehemaligen Niedersächsischen Ministerpräsident, der einem abgeschobenen Flüchtling, die Rückreise aus Syrien ermöglicht - kurz vor der Wahl. Daneben zynische Medienformate, wie die australische Sendung „GO Back“, die jetzt auch durch das ZDF hier produziert werden soll⁶.

Doch die Vielfalt der Berichterstattung über Gewaltfolgen ist kein zwingender Fortschritt. Die Wildwasser Mitarbeiterin Martina Hävernick beschrieb das einmal als Verschiebung vom Tabu zur Sensation. Die Sensation muss immer größer werden. (Voyeurismus?) Ich möchte hier nur noch stichwortartig auf die Diskrepanzen zwischen der Öffentlichen Wahrnehmung und den gesellschaftlichen Konsequenzen auf das Beispiel Runde Tische „Sexueller Mißbrauch in Institutionen und Runde Tische Heimkinder“ eingehen. Die Forderungen sind durchweg kaum erfüllt worden. Daher haben die Vertreter der ehemaligen Heimkinder vom Runden Tisch Heimkinder (RTH) den Runden Tisch verlassen. Ihre Forderungen wurden abgelehnt (Kappeler 2008, 6), was sich in der Weigerung die Arbeit der Heimkinder als Zwangsarbeit anzuerkennen und der Weigerung die Heime als Unrechtssysteme anzuerkennen ausdrückte.

Es folgte ein Eckiger Tisch zum Runden Tisch Missbrauch in Institutionen. Auch hier sind Diskrepanzen zwischen der Öffentlichkeit und den Forderungen der Betroffenen deutlich: So ist keinerlei Geld in die bestehenden Unterstützungsstrukturen für sexuellen Missbrauch geflossen - also kein Geld für die bestehenden Projekte. Damit auch kein Geld für die wenigen Betroffenen-kontrollierten Ansätze (z. B. Tauwetter und Wildwasser). Oft sind nur Therapien als Entschädigung vorgesehen. Damit wird aber wiederum eine Trennung zwischen Betroffenen und Experten und eine Form der Entmündigung fortgeschrieben (Pathologisierung).

⁶ Die australische Sendung „Go Back“ ist eine Sendung mit australischen Kandidaten, die Flüchtlingsrouten vor laufender Kamera zurückkehren. Diese Sendung soll jetzt auch fürs deutsche Fernsehen gedreht werden. Dafür suchte die Produktionsfirma „Docliggits GmbH“ im Dezember 2012 Flüchtlingsfamilien, hier ein Zitat aus der Anfrage der Produktionsfirma an die „KARAWANE“: „Momentan sind wir auf der Suche nach zwei Flüchtlingsfamilien in Deutschland. Eine Familie sollte aus Afghanistan, idealerweise Kabul (weil wir dort mit geringstem Risiko drehen könnten), und die andere aus einem Flüchtlingslager aus Kenia stammen. Dieses Ansinnen soll der „Aufklärung“ dienen. Hier ein Link zu der australischen Sendung auf wikipedia http://en.wikipedia.org/wiki/Go_Back_To_Where_You_Came_From

Die Argumentationen basieren darauf, dass Folgen der Gewalt nicht als Folgen eines Unrechtssystems zum Beispiel der Zwangsarbeit oder des Unrechtssystems Heimerziehung gesehen werden, sondern als einzelne Vergehen. Daher gibt es auch keine Ressourcen für die Präventionsvorschläge der ehemaligen Heimkinder.

Kann man also sagen, dass die außerordentliche Präsenz von Trauma und Gewalt in den Medien eher einer **Art der tätigen Verdrängung** oder der „Entnennung“ gleicht als einer aktiven, ernsthaften gesellschaftlichen Auseinandersetzung? Die Frage ist sicher nicht mit einem eindeutigen „JA“ zu beantworten, eher geht es um ein Feld voller Widersprüche. Es besteht jedoch die Gefahr eines „Utopischen Überschusses“ durch die zahlreichen Debatten: Die hohe Zahl der Debatten und Mediendiskussionen können auch Schaden anrichten: sie „deklarieren einen normativen Zustand, als wären wir schon in ihm angekommen und unter diesem Schein wird die „hässliche Fratze der Realität, gar nicht mehr sichtbar“ (Keupp 2010,2). Das Beispiel zeigen die Runden Tische. Viel Debatte – aber wenig Ressourcen für die Betroffenen.

1. Wie kann eine emanzipatorische Traumaarbeit aussehen, die politisch und individuell zugleich ist?

Simone Lindorfer (2010) hat die Befreiungspsychologie von Martin-Baró für diese Frage ausgewertet und u.a. folgende Punkte benannt:

a) Sie braucht die Kritik an einer Psychologie, die entkontextualisiert und wie Martin-Baró es nannte die Folgen von Gewalt in „sichere und sterile kleine akademische Schachteln“ packt. Die Psychologie, die solche Formen der De-Kontextualisierung vornimmt, reproduziert bestehende Machtstrukturen. Auch wenn sie Menschen als psychisch krank definiert, „während doch die politischen und sozialen traumatogenen Strukturen verantwortlich“ sind (Lindorfer 2010, 12).

b) Politische Traumaarbeit muss eine de-idologisierende Funktion einnehmen.

c) Es geht um eine Erweiterung von Traumatherapie: Psychotherapeutische Methoden müssen auf die Fähigkeit untersucht werden, mit der vorherrschenden Kultur sozialer Beziehungen zu brechen, die Traumata mit begründet.

d) Traumatherapie sollte daher auch Interventionen auf der Ebene des Gemeinwesens entwerfen/entwickeln. Denn „wenn Trauma nicht nur eine individuelle, sondern kollektive Realität ist, ist seine Heilung auch die Aufgabe der Gemeinschaft“.

e) Selbstermächtigung: Martin-Baró verfolgte dabei einen Ansatz der Bewusstseinsbildung, der auf den Befreiungstheorien von Freire basierte: Arme und unterdrückte Menschen internalisieren die ungerechten gesellschaftlichen Strukturen, glauben nicht an ihr persönliches Veränderungspotenzial und werden häufig selbst zu Unterdrückern gegenüber sozial Schwächeren. Befreiung bedeutet dies bewusst zu machen, indem den Menschen geholfen wird. Hier kann die Psychologie unterstützend sein, die Mechanismen von Gewalt und internalisierter Unterdrückung zu verstehen und zu überwinden.

2. Werden die Subjekte zu Subjekten der Hilfe? Ist Traumarbeit ein emanzipatorisches Projekt? Oder bleiben/werden sie (erneut) zu Objekten der Hilfe?

Es geht bei einer emanzipatorischen Traumarbeit auch darum, die oft rigide Dichotomie von Betroffenen und Experten zu überwinden. Es gibt Kämpfe und es gibt Gegenstimmen. Ich möchte daher einer Vertreterin der Streikenden Flüchtlinge das letzte Wort geben.

Video –Statement von Napuli Paul Langa, Aktivistin und Flüchtling auf YouTube:
http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=gAGslQJuy1g

Mehr Informationen zum Asylstrike: <http://asylstrikeberlin.wordpress.com/>

Literatur

Abholz, Hans-Heinz 2012: Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin. Vortrag auf der Tagung „Arm und Standardisiert“ des Genarchivs Essen im November 2012.

Becker, David 2000. Prüfstempel PTSD – Einwände gegen das herrschende „Trauma“-Konzept. In *medico international* (Hrsg.), Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft, Texte für eine kritische „Traumaaarbeit“ (2. Aufl.), 25-47.

Becker, David 2002. Flüchtlinge und Trauma. Interview mit David Becker.

Blech, Jörg 2013: „Wahnsinn wird normal“: Neue Kriterien machen aus Alltagsproblemen seelische Störungen. In *Spiegel* Nr. 4 vom 21.01.2013, S. 110 – 119.

Kappeler, Manfred 2008: Von der Heimkampagne zur Initiative der ehemaligen Heimkinder –Über den Umgang mit Vergangenheitsschuld in der Kinder- und Jugendhilfe. In: *neue praxis* 4/2008.

Keilson, Hans 2005: Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksale jüdischer Kriegswaisen. Stuttgart.

Keupp, Heiner 2010: Wie zukunftstauglich ist die Sozialpsychiatrie im Globalen Netzwerkkapitalismus? Vortrag bei der Jahrestagung der DGSP am 11.11.2010 in Frankfurt/Main.

Kühner, Angela 2002: Kollektive Traumata. Eine Bestandsaufnahme, Annahmen, Argumente, Konzepte nach dem 11. September. Berlin: Berghof Forschungszentrum für konstruktive Konfliktbearbeitung.

Lindorfer, Simone 2010: Politische Traumaaarbeit. Befreiungspsychologische Ansätze in Kriegsgebieten (am Beispiel Zentralafrika). Online Texte der Evangelischen Akademie Bad Boll, Beitrag aus der Tagung „Traumatherapie und gesellschaftliches Umfeld“ am 29.11.2009.

Lara e.V.: Gewaltige Reformen – alltägliche Gewalt. Zeitungsbeilage in der taz vom 25.11.2008. PDF: http://www.lara-berlin.de/fileadmin/DATEN/downloads/LARA_taz-beilage_web.pdf .

Madariaga, Carlos 2002: Psychosocial Trauma, Post Traumatic Stress Disorder and Torture. http://www.cintras.org/textos/monografias/monog_trauma_psicosocial_ingles.pdf

Lux, Vanessa 2010: Gefühle sehen. In *GID* 199, S. 17 – 19.

Pieper, Georg 2012: Eine Gesellschaft stürzt ins Bodenlose. Interview in der FAZ vom 15.12.2012.

Rafailović, Katarina 2005: Problemfeld Begutachtung ‚traumatisierter‘ Flüchtlinge. Eine empirische Studie zur Praxisreflexion. Schkeuditzer Buchverlag.

Samerski, Silja 2012: Vom Leidenden zum Entscheidenden – Über die Verwandlung der Patienten in Konsumenten. Vortrag auf der Tagung „Arm und Standardisiert“ des Genarchivs Essen im November 2012.

Schriefers, Silvia 2007 Trauma und Bewältigungsmöglichkeiten – eine subjektwissenschaftliche Untersuchung von Ressourcen in Flüchtlingsbiographien
VDM Verlag.