

11. Trauma

Zu Trauma wurde im Buch *Antisexismus_reloaded* bereits einiges geschrieben. Hier heißt es: »Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet Wunde oder Verletzung – eine Wunde, die immer wieder aufbricht, die nicht vernarbt und nur sehr langsam heilt.« Ein Trauma wird durch das Erleben einer Schocksituation ausgelöst, manche sprechen auch von Todesangst oder lebensbedrohlichem Schock, der außerhalb der Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen_en liegt. Im Fall von sexualisierter Gewalt stellt die sexualisierte Gewalt, die ein Trauma auslöst, einen Angriff auf die psychische Integrität der Betroffenen_en dar. Die Betroffenen_e wurde als Subjekt, als ermächtigte und selbstbestimmte Person erschüttert und angegriffen. Hinzu kommt, dass diese Gewalt von einem anderen Menschen zugefügt wurde, der damit in Kauf nahm, dass die Betroffenen_e schwere Folgen davontragen kann, sowie dass das Umfeld oder die gesellschaftlichen Bedingungen diese (sexualisierte) Gewalt nicht verhindern konnten, sie mitgetragen oder weggeschaut haben. Dieser Angriff und die erlebte Ohnmacht können einen Schockzustand, anhaltende Ohnmachtgefühle, psychische Erschütterung bzw. ein Trauma nach sich ziehen.

Trigger ist ein Begriff, der eng mit Trauma verbunden ist. Gemeint sind Auslöser, die Erinnerungsblitze bzw. Flashbacks, also das Erinnern konkreter Bilder, Gefühlszustände oder Situationen der erlebten sexualisierten Gewalt auslösen. Bei diesem Erinnern oder Wiedererleben ist die Betroffenen_e wieder in einem ohnmächtigen oder Schockzustand, ähnlich wie während der traumatisierenden erlebten sexualisierten Gewalt. Triggern können zum Beispiel Gerüche, die an das Parfüm oder den Schweißgeruch der gewaltausübenden Person oder an den Geruch des Raumes, in dem die sexualisierte Gewalt angetan wurde, erinnern. Ebenfalls triggern können Geräusche, Geschmäcke oder Bilder, Atmosphären, Bewegungen oder Handlungen. Doch auch das Wiedererleben von ähnlichen Ohnmachtsituationen kann auslösend sein, wie »ausgeliefert« auf dem Zahnarzt_innenstuhl liegen oder beim Jobcenter nicht widersprechen zu können oder im Fall von cis-männlichem Dominanzverhalten sich gegen dominantes Verhalten wehren zu müssen. Während manche Auslöser schwer vorhersehbar sind (ein Geräusch), können andere gemieden oder verändert werden (institutionelle Hierarchien oder cis-männliches Dominanzverhalten).

Bei einzelnen Betroffenen_en kann es auch bei sehr schwerer, wiederholter oder in jungen Jahren zugefügter sexualisierter Gewalt, ritueller Gewalt oder Folter zu Dissoziationen kommen, d.h. die gesamten Erinnerungen an die traumatisierende Situation können abgespalten werden. Sie bleiben daraufhin unintegriert und können so etwas wie ein Eigenleben führen. Die Psyche kriert z.T. zweite oder noch weitere Persönlichkeiten, um die Situation zu überleben.

Nicht jede Betroffenen_e sexualisierter Gewalt erlebt diese als Schocksituation und trägt ein Trauma davon. Das hängt ganz wesentlich davon ab, wie ermächtigt sich die Betroffenen_e erlebt, wie sehr sie als handelndes Subjekt nicht gebrochen wird und sie Möglichkeiten hatte, aktiv zu bleiben. Ob sich ein Trauma manifestiert, hängt auch in entscheidender Weise vom Umfeld und den Möglichkeiten ab, die sich der Betroffenen_en bieten. Gibt es Menschen, mit denen sie nach der Situation der sexualisierten Gewalt sprechen kann? Hören ihr Menschen zu, fühlt sie sich verstanden, gibt es Orte und soziale Gruppen, wo sie sich sicher fühlt? Gibt es Möglichkeiten und Angebote, die erlebte sexualisierte Gewalt besprechen und bearbeiten zu können, in Selbsthilfegruppen, Beratungs- oder Therapieangeboten? All das unterstützt die Aufarbeitung und Integration der erlebten sexualisierten Gewalt und ermöglicht es der Betroffenen_en eher, zu neuer innerer Stärke zu gelangen und die psychische Integrität wiederzufinden.

Erschwert oder erleichtert wird eine Aufarbeitung auch dadurch, ob weitere Gewaltstrukturen wirken. Für Schwarze Frauen* kann es in einem weiß dominierten System besonders schwer sein, Unterstützung in Form von Therapie oder Selbsthilfe / Beratungsangeboten zu finden, da viele Angebote auf weiß-deutsche Betroffenen_e ausgerichtet sind. Die raren Angebote, die auf die besonderen Bedürfnisse reagieren, die zum Beispiel entstehen, wenn sexualisierte Gewalt und rassistische Gewalt zusammenkommen, müssen Betroffenen_e mit der Lupe suchen. *Agisra* in Köln oder *Les Migras* in Berlin gehören hier zu den wenigen Ausnahmen. Das gilt auch für Unterstützungsstrukturen, die sexualisierte Gewalt zusammen mit Transphobie oder Behindertenfeindlichkeit thematisieren und hier Erfahrungen haben. Es fehlt an Finanzierung und dem politischen Willen, solche Unterstützungsstrukturen dauerhaft und flächendeckend zu schaffen.

Grundsätzlich jedoch sind die Konzeption von Trauma und die dazugehörigen Haltungen, durchaus kritisch zu betrachten. Ich selbst bin immer wieder ambivalent in Bezug auf das Verständnis von Trauma und die darauf aufbauenden Ansätze von Traumatheorie und Traumatherapie. Durch eine Fokussierung auf Trauma werden die Folgen von sexualisierter Gewalt stark als Krankheit gefasst und die traumatisierte Person in den Mittelpunkt gerückt. Der Traumabegriff kann hilfreich sein, um das, was passiert ist und was es auslöst, die sexualisierte Gewalt, die gesundheitlichen und psychischen Folgen und die gesellschaftlichen Zusammenhänge, die diese bedingen, zu erfassen. Er kann den Betroffenen_en dabei helfen, sich selbst und das Erlebte besser zu verstehen, einordnen und bearbeiten zu können. Jedoch verfestigt die Traumakonzeption zugleich eine Vorstellung von »Krankheit« und »Normalität«, von »traumatisiert« und »gesund« und Traumatisierung kann schnell zu einem Stigma werden, das eine Person ein Leben lang nicht mehr los wird. Das Traumakonzept trägt dazu bei, dass Betroffene_e nicht ernst genommen und abgewertet werden, dass ihre Wahrnehmungen und Meinungen nicht gehört werden oder sie gar als unheilbar gelten. Wäre eine Aussage wie »Mir wurde sexualisierte Gewalt angetan und die Folgen prägen mal mehr, mal weniger stark mein Leben« nicht weniger stigmatisierend? Um was geht es eigentlich und was sollte in den Mittelpunkt gerückt werden? Der Traumabegriff verengt die erfahrene (sexualisierte) Gewalt meist auf Einzelerlebnisse und bezieht den Kontext und die gesellschaftliche, soziale Situation nicht mit ein. Ob der Traumabegriff Betroffenen_en nützt, hängt vielleicht nicht so sehr an dem Wort, sondern eher an der Beschäftigung und Auseinandersetzung in der Gesellschaft mit den Folgen von sexualisierter Gewalt, an der Haltung, der Offenheit und dem Interesse der Menschen.

Trauma bezeichnet vor allem eine bestimmte Diagnose. Prägend für diese PTBS-Diagnose (Posttraumatische Belastungsstörung) waren insbesondere die Forschungen von Militär-Psychiatern in den USA zu den Folgen von Kriegstraumata. Nach dem Vietnamkrieg (1964-1975) beteiligten sich einige Veteranen an der Anti-Kriegsbewegung. Die Soldaten, die im Krieg getötet und zum Teil gefoltert oder grausame Schrecken verbreitet hatten, waren nach dem Krieg vielfach Betroffenen_e. Viele stürzten gesellschaftlich ab und fanden keine Lohnarbeit mehr, wurden gewalttätig, alkohol- oder drogensüchtig, litten unter Depressionen oder waren suizidgefährdet. Einige bildeten Selbsthilfegruppen, um mit diesen Problemen

umzugehen. Zu diesen Gruppen stießen 1970 Psychiater wie Lifton und Shatan dazu, die die Langzeitauswirkungen von Kriegstraumatisierungen untersuchten. Seit 1974 gab es Bestrebungen, die Folgen von Trauma als Trauma-Diagnose zu fassen. Doch dabei ging es nicht vorrangig um das Wohl der Betroffenen_en. Vielmehr stellten die Bestrebungen eine Reaktion darauf dar, dass die nicht mehr integrierbaren US-Veteranen zum Problem für die Gesellschaft wurden. Lifton und Shatan waren maßgeblich daran beteiligt, eine Liste der Symptome zusammenzustellen, die 1980 zur Entstehung der PTSD-Diagnose (posttraumatic stress disorder) beitrug. Hinter dieser Symptomliste stand anfangs keine einheitliche Theorie, sie diente lediglich dazu, im Interesse des US-Militärs Fragen der Haftung in den Griff zu bekommen und Klagen abzuwenden. Die Traumaforschung in den USA verfügt weltweit über die größten finanziellen Mittel und sie wird nach wie vor durch die Interessen des Militärs dominiert.

Posttraumatische Belastungsstörung ist eine psychiatrische Diagnose des ICD-10 (aktuelles Diagnosesystem der Weltgesundheitsorganisation, WHO), sie ermöglicht es, dass Betroffene_e kassenärztliche Leistungen in Anspruch nehmen können. Ohne Diagnose ist kein Anspruch möglich. Das ist ein Zwiespalt, da viele Betroffene_e Unterstützungen brauchen und nutzen wollen, sich aber nicht dem Diagnosesystem unterwerfen wollen. Ambulante oder stationäre Therapien werden von den Krankenkassen nur mit Diagnose bezahlt und auch der Zugang zum staatlichen Hilfesystem läuft vielfach über Diagnosen. Durch diese können jedoch auch handfeste Nachteile entstehen, z. B. dass sich eine Betroffene_e mit PTBS-Diagnose nicht mehr verbeamtet lassen kann. Der Staat hat zum Schutz von Betroffenen_en die Kategorie »psychische Behinderung« eingeführt, diese kann über Diagnosen und unter bestimmten Voraussetzungen bescheinigt werden. Bei einer Behinderung greift die UN-Behindertenrechts-Konvention, Personen, denen ein gewisser Grad der Behinderung attestiert wird, erhalten einen Schwerbehindertenausweis. Dieser Ausweis soll auf dem Wohnungs- oder Arbeitsmarkt besonderen Schutz ermöglichen (z. B. Kündigungsschutzregelungen oder zusätzliche Urlaubstage). Beim Jobcenter führt das jedoch vielfach dazu, dass Betroffene_e in die Frührente gedrängt werden und keinen Zugang mehr zu Umschulungen oder Fortbildungen erhalten. Ihre gesellschaftliche Teilhabe und der Zugang zu Erwerbsarbeit und Lohn werden damit eingeschränkt.

Posttraumatische Belastungsstörungen sind darüber hinaus weiterhin Gegenstand der Forschung. Den Forschungsansätzen ist gemein, dass sie

den Traumabegriff verengen und komplexe Verhältnisse nicht betrachten. In der modernen Traumatheorie haben u.a. behavioristische und kognitivistische Modelle Konjunktur. Diese Konzeptionen kennen überwiegend die Kategorien Stimulus und Response (Reiz und Reaktion). Diese S-R-Theorien betrachten einmalige Ereignisse und nicht komplexe gesellschaftliche Verhältnisse. In ihren Versuchsanordnungen werden Konditionierungen oder Vermeidungsverhalten bei Betroffenen betrachtet. Zu den kognitivistischen Modellen gehört z. B. das Netzwerkmodell. Aus diesem Modell der neuronalen Netzwerke entwickelten sich Therapieformen wie die Konfrontationstherapie, Desensibilisierungsansätze oder das Angst-Management-Training. Methoden, die verwendet werden, sind z. B. das Flooding, das Überfluten mit traumatischen Reizen, oder die Exposition, bei der die Betroffenen mit einem problematischem Reiz oder Trigger in Berührung gebracht wird. Diese Ansätze sind überwiegend konfrontativ, deswegen sollten die Betroffenen stabil sein und wissen, worauf sie sich einlassen. Ziel ist z. B. die Aufhebung der Vermeidung von beängstigenden Situationen und insgesamt ein verbesserter Umgang mit intensiven Emotionen.

Andere Ansätze beschäftigen sich mit Stress und Stressverarbeitung. Diese Stressforschungen untersuchen die Selbsterhaltung als Reaktion auf Notsituationen und beforschen dazu biochemische Körperreaktionen. So werden verschiedene quantitative Messungen zu neuronalen Aktivitäten z. B. anhand der Messung neurochemischer Zusammensetzungen, verstärkter Durchblutungen oder verbesserter Hautleitfähigkeit durchgeführt. Bei diesen Ansätzen steht die Stressbewältigung insbesondere mittels verhaltenstherapeutischer Methoden im Vordergrund.

Einen weiteren Strang der Traumatheorien bilden neurophysiologische Modelle und die Gehirnforschung. Anhand von Untersuchungen des Gehirns mithilfe des Positronen-Emissions-Tomographen werden beeindruckende bunte PET-Bilder erzeugt, die Gehirnaktivitäten abbilden und dabei helfen sollen aufzuzeigen, wie Informationen im Gehirn räumlich und zeitlich positioniert werden. Es wird dabei von zwei Gedächtnissystemen ausgegangen, dem Amygdala (implizites, assoziatives Gedächtnis) und dem Hippocampus (explizites, autobiografisches Gedächtnis). Bei einem Trauma gelingt diesem Ansatz zufolge die zeitliche und räumliche Speicherung der Eindrücke im Gehirn nicht. Der Hippocampus kann das Erlebte nicht umfassend abspeichern und das Amygdala springt ein. Das Erlebte wird damit in einem Bereich gespeichert, auf den

es sprachlich und explizit keinen Zugang gibt, sodass das Erlebte zeitlich und räumlich nicht zugeordnet werden kann. Allerdings kann es durch Flashbacks, d.h. durch einzelne Erinnerungsblitze bewusst werden. Erinnerungen kommen dann zwar an die Oberfläche, doch die Ereignisse sind fragmentiert gespeichert, in einer Vielfalt sensorischer Modalitäten: visuell (in Form von Bildern), olfaktorisch (in Form von Gerüchen), affektiv (in Form von Empfindungen), auditiv (in Form von Geräuschen), kinästhetisch (in Form von Körperbewegungen und -haltungen). Die Behandlung einer PTBS würde demnach darin bestehen, alles, was implizite im Gedächtnis ist, ins explizite, autobiografische Gedächtnis zu holen. Behandlungsmethodische Ansätze bieten die Dual Representation Theory, die Narrative Expositionstherapie (NET) oder die EMDR-Behandlung (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), bei der die Betroffenen den Fingern der Therapeut_in folgt, während sie von dem Trauma und den zurückliegenden Situationen erzählt. Die Methode soll die Belastung langfristig reduzieren und ein Abdriften der Gedanken soll vermindert werden.

Bei all diesen Ansätzen liegt ein Menschenbild zugrunde, welches davon ausgeht, dass Symptome mit biochemischen Methoden, behavioristischen oder Verhaltens-Trainings gelindert oder behoben werden können. Sie lassen komplexe soziale Kontexte außer Acht und ignorieren, dass gesellschaftliche Reaktionen (Stigmatisierungen, Tabus und Machtausübungen) Traumata immer wieder reaktivieren können. Ein Trauma wird in den Bereich der Medizin geschoben und soziale Verhältnisse werden vernachlässigt. Meist wird nur ein einzelnes auslösendes Ereignis betrachtet und keine über Jahre anhaltende Situationen (sexualisierter Gewalt) berücksichtigt. Die Auslöser werden unterkomplex betrachtet und die Gesamtsituation, das Umfeld, Abhängigkeitsverhältnisse, die Verschränkung verschiedener Machtverhältnisse werden außer Acht gelassen. Dabei macht es einen Unterschied, ob eine Person von einer Lawine erfasst wurde oder dem Kind vom Vater sexualisierte Gewalt angetan wurde.

Weiter spielen Geschlechterverhältnisse, rassistische Strukturierungen, Klassismus und weitere Diskriminierungsverhältnisse keine Rolle, dabei sind sie entscheidend dafür, inwieweit Betroffenen von sexualisierter Gewalt nach der Tat geglaubt wird und sie Unterstützung erfahren oder ob sie allein gelassen werden, stumm bleiben oder zusätzliche Diskriminierung erfahren. Anerkennung und Gerechtigkeit zu erfahren, ist je-

doch grundlegend für die Heilung. Es wird auch außer Acht gelassen, dass sexualisierte Gewalt überwiegend von Männern* ausgeht und die meisten Betroffenen_en Mädchen*, Frauen*, Transgender und Inter sind. Ebenso können kollektive Traumatisierungen nicht adäquat begriffen werden, so auch nicht die Folgen des Holocausts.

Einen weiteren Kritikpunkt benennt Thomas Schlingmann in *Kritik der Psychotraumatologie*: »Die durchgängige Reduzierung von menschlichem Handeln auf Reaktionen in Folge von Reizen in allen Ansätzen der modernen Traumatherapie bedeutet den Ausschluss von menschlichen Zielen. Es gibt kein eigenständiges, begründetes Handeln der Subjekte.«¹¹ Die Betroffenen_en werden nicht ausreichend als handelnde Subjekte betrachtet, ihr Interesse an der Wiederherstellung ihres Selbstwertgefühls, ihrer Handlungsmöglichkeiten und an der Veränderung ihrer Situation wird ignoriert. Ebenfalls kaum berücksichtigt wird der besondere Umstand, dass bei sexualisierter Gewalt die Gewalt von anderen Menschen ausgeübt wird. Diese Tatsache, insbesondere, wenn es sich um vertraute und nahe Personen handelt, hat eine besondere Wirkung auf die Unfassbarkeit der sexualisierten Gewalt und auf die Traumatisierung. Dabei ist es, trotz Studien, nach wie vor unerklärlich, welche Gründe die gewaltausübenden Personen für ihr Handeln hatten – was die Fassungslosigkeit verstärkt. Hinzu kommt, dass die Folgen der sexualisierten Gewalt als Krankheit gefasst werden. Damit geraten die gesellschaftlichen Bedingungen, aus denen diese Gewalt erwächst und die sie begünstigen, aus dem Blick. Die Behandlung der »Krankheit« und das Gelingen einer »Genesung« wird wiederum individualisiert, nicht die Gesellschaft muss die Bedingungen verändern, sondern die Betroffenen_e ist dafür zuständig und es liegt in ihrer Verantwortung, ob sie wieder gesund wird. Auf der Grundlage der modernen Traumatheorie entstehen dadurch therapeutische Modelle, die sich auf eine bessere Anpassung an die bestehenden Gewaltverhältnisse beschränken.

An der modernen Traumatheorie wird deswegen vielfach Kritik geübt, hier ist der Text *Kritik der Psychotraumatologie* von Thomas Schlingmann von *Tauwetter* zu empfehlen oder auch Arbeiten von Ariane Brensell, wie der Text *Traumaverstehen*. Brensell schreibt: »[...] Solange ökonomische und strukturelle Gewalt aus therapeutischen, klinischen, neurobiolo-

¹¹ Schlingmann, Thomas: *Kritik der Psychotraumatologie*, S. 81. Der Text ist nicht veröffentlicht. Er kann bei Thomas Schlingmann im Büro von *Tauwetter* eingesehen werden.

gischen Diskursen ausgeklammert wird –, wird genau die (soziale) Verständigung darüber verhindert, die eine Verfügung über die Bedingungen ermöglichen würde. Wenn wir davon ausgehen, dass Ohnmacht, dass Isolation und die anhaltenden Erfahrungen von Entmachtung wesentliche Aspekte eines Traumas sind, dann setzen technokratische Traumakonzepte das Trauma fort.«¹²

Das alles soll nicht heißen, dass Traumatherapie Betroffenen_en von sexualisierter Gewalt nicht individuell helfen oder Entlastung bringen kann. Es geht mir eher darum, sich bewusst zu machen, aus welchen Interessen heraus sich die Traumaforschung entwickelt hat und was sie deswegen leistet und nicht leisten kann. Ich denke, es muss jeweils genau hingeschaut werden, ob Traumatheorie und Traumatherapie im Interesse von Betroffenen_en stehen. Ob diese helfen, muss jede Betroffene_e für sich selbst beantworten und herausfinden. Konfrontationstherapien und Methoden, die mit Desensibilisierung arbeiten, können jedoch auch retraumatisierend wirken. Ansätze, die die Betroffenen_e »behandeln« und sie kaum als Subjekt einbeziehen, können ebenfalls Ohnmachterfahrungen reaktivieren. Doch es gibt auch andere Ansätze, wie die Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie, die nur mit stabilisierten Betroffenen_en arbeitet und bei der das Trauma über Gesprächstherapien und mithilfe von Techniken, welche die Kontrolle bei der Betroffenen_en belassen, durchgeführt und integriert wird.

Betroffene_e wählen meist jene Therapieformen, die am leichtesten zugänglich sind und von den Krankenkassen bezahlt werden, wie verhaltenstherapeutische, psychoanalytische, tiefenpsychologische oder systemisch orientierte Verfahren. Viele Traumatherapien werden als Verhaltenstherapien angeboten und abgerechnet.

Ein Ansatz, den Betroffene_e selbst als Antwort auf medizinische Ansätze entwickelten, ist der betroffenenkontrollierte Ansatz (BkA). Dieser kommt aus der Selbsthilfe. Frauen* und Lesben, die sich gegen sexualisierte Gewalt wehrten, gründeten in den 1970er- und 80er-Jahren in der BRD verstärkt Selbsthilfegruppen. Die Selbsthilfegruppen und -projekte boten die Möglichkeit, sich gegenseitig zu beraten, von Betroffenen_er zu

¹² Brensell, Ariane: *Traumaverstehen*. In: Ariane Brensell / Klaus Weber (Hg.): *Störungen*. Hamburg: Argument 2014, S. 148.

Betroffen_er. Die Betroffenen_en behielten damit die Kontrolle und gaben diese nicht an »Professionelle« ab. Da diese Projekte von »professionell« geführten Projekten immer mal wieder stigmatisiert und nicht entsprechend anerkannt wurden, untermauerten einzelne Selbsthilfeprojekte ihre Arbeit mit dem betroffenenkontrollierten Ansatz. Dieser arbeitete die Grundlagen der Beratung und Unterstützung von Betroffenen_en für Betroffen_e als Qualitätsmerkmale heraus und wurde 2004 erstmals formuliert. Drei Projekte hatten ihn gemeinschaftlich erarbeitet, die Frauenselbsthilfe *Wildwasser Berlin* zusammen mit *Tauwetter* (Anlaufstelle für Männer*, die in der Kindheit oder Jugend sexualisierter Gewalt ausgesetzt waren, Berlin seit 1995) und die *Villa Stöckle* (Weglaufhaus, antipsychiatrisch orientierte Kriseneinrichtung, Berlin seit 1996). Die drei Projekte wollten den Ansatz bewusst nicht zu eng fassen und ihn nicht als einen statischen Ansatz verstehen. Der BkA soll von der Praxis leben, von jedem Selbsthilfeprojekt eigenständig gemäß seiner Bedingungen formuliert werden und durch Diskussionen und Erfahrungen innerhalb der Selbsthilfebewegung weiterentwickelt werden. Martina Hävernack von *Wildwasser* dazu: »Der betroffenenkontrollierte Ansatz ist ein politischer, er ist herrschaftskritisch und emanzipativ! ... Es besteht fortwährend die Gefahr, dass er sich unter politischem und ökonomischem Druck so verändert, dass die Kernidee eines emanzipativen Ansatzes verschwindet. Insbesondere die Anpassungen der Trägerprojekte an Vorgaben vor allem der Geldgeber*innen bringen große Schwierigkeiten mit sich.« Sie weist darüber hinaus darauf hin, dass unter anderem die Trennung innerhalb des betroffenenkontrollierten Ansatzes zwischen Beratungsstellen und Selbsthilfearbeit problematisch ist. Gesellschaftliche Wertungen werden dadurch in der Arbeit übernommen und die Zuschreibung, dass Fachberatungsstellen »qualifiziert« und etwas Höherwertiges als Selbsthilfestrukturen seien, wird fortgesetzt (vgl. Broschüre von *Tauwetter* *Der vorgezeichnete Weg? Wie wir wurden, was wir sind – Ein Rückblick auf die ersten 20 Jahre*, 2015).

Dem BkA liegt eine Kritik am bestehenden Gesellschafts- und Hilfesystem zugrunde und er versteht Gewalt als eine auf Machtstrukturen basierte Handlung. Der von Betroffenen_en durch die sexualisierte Gewalt erfahrenen Ohnmacht und Hilflosigkeit wird mit dem Ansatz begegnet, neue Situationen von Ausgeliefertsein zu vermeiden und Handlungsfähigkeit zu stärken. Deswegen basiert der BkA auf Freiwilligkeit, er berät anonym und parteilich, das beinhaltet auch, dass gegen den Willen der

Betroffen_en keine Weitergabe von Informationen oder Zusammenarbeit mit anderen Projekten oder Institutionen erfolgt. Das Menschenbild des BkA geht davon aus, dass die Aufteilung von Hilfesuchenden und Helfenden situativ ist und sich je nach Situation und Lebenslage verschieben kann. Ebenso werden Krisen nicht als Ausdruck einer Krankheit oder eines Defizits betrachtet, sondern als Ausdruck der Überforderung der Bewältigungsstrategien der Person selbst sowie ihres sozialen Umfeldes. Es wird also nicht nur individualisiert die Betroffen_e betrachtet. Krisen werden als ein normaler Bestandteil des Lebens aufgefasst, die eine Chance auf konstruktive Veränderung darstellen. Beim BkA beraten Betroffen_e Betroffen_e, die eigene Lebenserfahrung und Reflexion werden dafür genutzt, Betroffen_e empathisch und auf Augenhöhe zu beraten. Gleichzeitig können Betroffen_e so ein Vorbild sein, sie bieten Identifizierungsmöglichkeiten und zeigen, dass trotz sexualisierter Gewalterfahrung ein selbstbestimmtes Leben möglich ist.

Wünschenswert wäre meiner Meinung nach, der heutigen Traumaforschung eine betroffenenkontrollierte und psychiekritische Forschung nach Holzkamp zur Seite zu stellen (das sind zwei unterschiedliche Ansätze, die zum Teil Bezug aufeinander nehmen). Die Kritische Psychologie geht davon aus, dass traumatische Erfahrungen gesellschaftlich vermittelt sind und deswegen auch die gesellschaftliche Vermitteltheit von Erfahrungen erfasst werden muss. Dies muss die Forschung berücksichtigen, um Ansätze zu erarbeiten, die die Probleme und Folgen angemessen bearbeiten können. Ebenso wäre eine Forschung, die von Betroffenen_en von sexualisierter Gewalt mitentwickelt und -gestaltet wird, dringend notwendig. Das reflektierte Erfahrungswissen von Betroffenen_en darüber, was hilft und gut tut, die gelebten Bewältigungsmöglichkeiten und die komplexen gesellschaftlichen Gewaltverhältnisse könnten so berücksichtigt werden. Notwendig wäre eine Forschung, deren Interesse es sowohl ist, die Folgen für Betroffen_e von sexualisierter Gewalt zu lindern, als auch Präventionen und Maßnahmen zu entwickeln, um Gewaltverhältnisse zu reduzieren, eine Forschung, die die Folgen von sexualisierter Gewalt nicht als Krankheiten auffasst, sondern einen gesellschaftlichen Ansatz verfolgt.