2. Trauma

Traumatische Erfahrungen hinterlassen verschiedene Spuren auf individueller, zwischenmenschlicher und gesellschaftlicher Ebene. Einige dieser Spuren sind besser sichtbar als andere und je nach Kontext werden diese Folgen von Trauma unterschiedlich beschrieben und interpretiert. Im Folgenden werden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – verschiedene Aspekte von Trauma und seinen Folgen vorgestellt und später mit dem Konzept *Empowerment* in Verbindung gebracht. Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass es bis heute eine deutliche Lücke in der Praxis und Forschung zur Verbindung von Rassismus sowie anderen Formen der Diskriminierung und Trauma gibt (Berger & Quiros, 2014; Quiros et al., 2019).

Verlust von Vertrauen und Verbindung – Veränderung von Welt- und Menschenbild

Bei menschengemachtem Trauma – also von anderen Menschen (bewusst) hergestellten traumatischen Situationen – kann es bei den Betroffenen zu einer Veränderung ihres *Welt- und Menschenbilds* kommen. Dies ist vor allem der Fall, wenn eine traumatische Situation länger andauert oder sich wiederholt. Wenn körperliche und psychische Gewalt, das Überschreiten von Grenzen oder das Ignorieren von Bedürfnissen erlebt wird, sich ein Mensch selbst nicht ausreichend wehren kann und keine oder nicht ausreichende Hilfe von anderen Menschen zur Verfügung steht, schwindet das Vertrauen in sich selbst und in andere. Die vorherige Annahme, dass die Welt ein sicherer, vorhersehbarer Ort ist, wird massiv in Frage ge-

stellt, wenn sich jemand nicht selbst schützen kann und andere Menschen im Umfeld es auch nicht tun (können). In der Folge fühlt der Mensch sich in der Regel nachhaltig ausgeliefert und geht immer davon aus, dass etwas Bedrohliches passieren könnte, dass sie*er sich wieder nicht wehren oder selber helfen kann und erneut niemand eingreifen wird (Janoff-Bulman, 1989).

Diese ständige Wachsamkeit ist anstrengend. Die Gedanken drehen sich häufig um mögliche Bedrohungen, auch vermeintlich harmlose Situationen werden zum sogenannten „Trigger“ und lösen eine Reihe von Reaktionen aus: Intrusionen (Gedanken und Gefühle die sich auf die traumatische Erfahrung beziehen, drängen sich auf und können zu starken physiologischen Reaktionen führen); Flashbacks (eine besonders schwere Form der Intrusion mit allen Sinnen, es fühlt sich an wie damals und kann nur schwer vom „jetzt“ getrennt werden); Dissoziationen (die Abspaltung von Wahrnehmung, Bewusstsein und Gedächtnis, die Betroffenen wirken häufig wie weggetreten, in schweren Fällen findet auch eine Abspaltung der Identität statt). Als Folge dieser Reaktionen und mit den andauernden Gefühlen von Hilflosigkeit und Fremdbestimmung, ziehen sich die Betroffenen häufig zurück, um sich zu schützen. Sie sind eventuell schneller gekränkt, misstrauisch und resignieren schneller, weil die Möglichkeit eines verständnisvollen und vertrauenswürdigen Gegenübers so unwahrscheinlich erscheint. Nicht selten werden die eigenen Ressourcen übersehen und die Fähigkeiten anderer wiederum überschätzt (vgl. Hantke et al., 2012; Sequeira, 2015).

In dieser emotionalen Notlage, aus der es scheinbar kein Entkommen gibt, entstehen starke Gefühle und unter Umständen Wut sich selbst oder auch anderen gegenüber. Zur Beruhigung greifen die Betroffenen in einigen Fällen zu Alkohol und anderen Drogen. Eine (Co-)Regulation der

Emotionen (alleine oder im Kontakt) erfordert Übung auf Seiten der betroffenen Person, einen einigermaßen sicheren Rahmen und ein unterstützendes Umfeld, welches aber häufig nicht zur Verfügung steht (Baron & Flory, 2019; Kleefeldt & Meyeringh, 2017).

Wenn die Betroffenen aufgrund ihrer gesellschaftlichen oder sozialen Position, z. B. als geflüchtete Person, tatsächlich Grund zur Sorge bezüglich ihrer Perspektiven und der Intentionen ihres Umfelds haben müssen, wird dies zu einer sehr schwierig zu überwindenden Dynamik. Nicht zuletzt, wenn nicht nur die eigene Selbsteinschätzung unter Umständen negativ ist, sondern auch das Umfeld aufgrund von rassistischen Annahmen über Geflüchtete bestimmte negative Verhaltensweisen oder Charakteristika projiziert. Das passiert zum Beispiel, wenn von einem jungen geflüchteten Menschen in der Schule weniger erwartet wird oder bei einer Auseinandersetzung sofort davon ausgegangen wird, dass die geflüchtete Person aggressiv agiert hat. Um sich in von Diskriminierung geprägten Kontexten von traumatischen Gewalterfahrungen zu erholen, bedarf es dann nicht nur der Arbeit der Betroffenen an ihrem Selbstwert, sondern einer *solidarischen*, also *kollektiven* Korrektur dieser verletzenden Annahmen, damit die betroffene Person berechtigterweise ihr*sein Welt- und Menschenbild wieder positiv verändern kann (siehe auch Sequeira, 2015; Stauffer, 2015).

Des Weiteren muss beachtet werden, dass im Diskurs über Selbstwert und Gewalterfahrungen unter anderem rassistische Stereotype reproduziert werden können, wenn pauschalisierend davon ausgegangen wird, dass Menschen mit Diskriminierungserfahrungen einen geringen Selbstwert und psychologische Probleme haben, und nicht etwa (auch) besonders viele Ressourcen, einen adaptiven Umgang etc. (vgl. Thomas & Sillen, 1972).

Schuld, Scham und Selbst- bild - Den traumatischen Erfahrungen Bedeutung geben

„Wenn Opfer nach traumatischen Ereignissen ihr eigenes Verhalten reflektieren und beurteilen, entstehen praktisch immer Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle. Die ‚Schuld des Überlebenden‘, so stellt Robert Jay Lifton fest, kennen alle, die Krieg, Naturkatastrophen oder einen Atomangriff überlebt haben. Eine Vergewaltigung hat im Wesentlichen die gleiche Wirkung: Das Opfer, nicht der Täter, fühlt sich schuldig. Schuld kann als Versuch verstanden werden, doch noch eine sinnvolle Lehre aus dem grauenhaften Geschehen zu ziehen und zumindest teilweise Macht und Kontrolle zurückzugewinnen. Die Vorstellung, man hätte es besser machen können, ist unter Umständen leichter erträglich, als sich der Tatsache absoluter Ohnmacht zu stellen.“ (Herman, 2018, S. 65)

Wie Judith Herman hier eindringlich beschreibt, entwickeln Betroffene als Reaktion auf menschengemachtes Trauma in sehr vielen Fällen *Schuld- und Schamgefühle*. Zum einen scheint dies, wie beschrieben, eine Art des Selbstschutzes darzustellen. Das Gefühl der Kontrolle über das, was mit uns passiert, ist höher, wenn es vermeintlichen Gesetzmäßigkeiten folgt. Das heißt also zum Beispiel, dass es Gründe für die erlittene Gewalt geben muss (Herman, 2018). Wenn wir die Gründe für Gewalt in unserem eigenen Verhalten suchen, entgehen wir damit der vielleicht schwerwiegenderen Einsicht, dass Gewalt zum Beispiel mit struktureller Diskriminierung (Rassismus, Sexismus, Klassismus, Ableismus (Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen), Homo/Bi/Transpho-

bie und Hass auf viele weitere selbst oder fremd zugeschriebene Zugehörigkeiten), mit Kriegsstrategien, mit persönlichen Problematiken der Täter*innen, oder einer Mischung aller dieser Aspekte zu tun hat. Es wurde in einigen Fällen bekannt, dass sich beispielsweise politisch Verfolgte, die ihrer Verfolgung und Folter eine Sinnhaftigkeit (den politischen Widerstand) zugesprochen haben, ihre Erfahrungen besser verarbeiten konnten (Brunner, 2015).

Der Mensch muss also sein Selbstbild, die Interpretation dessen, wer sie*er ist und wie diese Person mit dem Rest der Welt interagiert, nach einer traumatischen Erfahrung anpassen. Wenn die gewaltvollen Erlebnisse bereits in jungem Alter stattfinden, verläuft diese Anpassung verwoben mit wichtigen Entwicklungsaufgaben und kann daher noch tiefgreifendere Effekte auf das Selbstbild haben.

Wenn Menschen Gewalt und Diskriminierung ausgesetzt sind, internalisieren, also verinnerlichen sie die expliziten und impliziten Aussagen über ihren eigenen Selbstwert (und den von anderen Menschen in einer ähnlichen Position). Denn die Entwicklung als auch die Veränderung unseres Selbstbildes verläuft notwendigerweise unter Einbezug unseres Umfeldes und dem was andere Menschen uns spiegeln (vgl. Sequeira, 2015; Stauffer, 2015). Wenn Überlebende von Trauma also Schuld- und Schamgefühle entwickeln, ihr Selbstwertgefühl beschädigt wird oder sie aber Sinnhaftigkeit in ihrer Erfahrung finden, hängt das immer auch davon ab, was Täter*innen oder ihr Umfeld ihnen implizit oder explizit kommunizieren. José Brunner erklärt dazu:

„Wann ich absolute Hilflosigkeit erlebe und wie ich sie verarbeiten kann, hängt davon ab, unter welchen Machtverhältnissen ich lebe, wie ich sozial positioniert und vernetzt bin und ob und wie ich dadurch unter Umständen aufgefangen werden kann. Zugleich hängt es

auch davon ab, welche sinnstiftenden Erzählungen mir für das Geschehene zur Verfügung stehen, ob mein Leiden von mir Nahestehenden, eventuell aber auch von Tätern und Täterinnen anerkannt wird, und ob ich mich zumindest im Nachhinein irgendwie sicher und geschützt fühle – oder ob all diese stützenden Momente eben nicht gegeben sind.“ (Brunner, 2015, S. 8–9)

Es ist in diesem Sinne also nicht verwunderlich, dass sich Menschen zunächst als minderwertig wahrnehmen oder als hätten sie keine körperliche und psychische Unversehrtheit verdient, wenn sie dementsprechend behandelt werden. Ebenso können Menschen nur dann positive Selbstbilder und Identitäten als Antwort auf traumatische Erfahrungen annehmen, wenn diese zur Verfügung stehen. Dies kann durch eine entsprechende *community*¹ oder *Gemeinschaft*, die die traumatische Erfahrung anerkennt und einordnet, massiv erleichtert werden. Es wird deutlich, dass eine (ehemals) von Gewalt und Diskriminierung betroffene Person nicht völlig autonom an ihren*seinen Schuld- und Schamgefühlen arbeiten kann. Es bedarf der gemeinschaftlichen Auseinandersetzung – nicht, weil die Person Hilfe benötigt, sondern weil das ihr*ihm widerfahrene Unrecht und die damit verbundenen Verletzungen ebenfalls gemeinschaftlich und gesellschaftlich gedacht werden müssen.

1 Unter diesem Begriff verstehen wir zum einen einen breiten Begriff von Gemeinschaft. Es gibt für eine Person häufig nicht nur eine *community*, da sie sich hinsichtlich verschiedener Merkmale bzw. Zuschreibungen, wie rassistischer Markierung, Geschlecht, Gender, Sexualität, Alter, politische und religiöse Gruppenzugehörigkeiten, Herkunft, Sprache, unterschiedlichen Gruppen zugehörig fühlen kann. Gemein ist allen Formen von *community*, dass die Gruppe von Menschen, ähnliche – häufig auch diskriminierende – Erfahrungen teilen und gemeinsame Ziele und Interessen verfolgen. Häufig impliziert der Begriff, dass diese *community* abseits der Mehrheitsgesellschaft existiert.

Tabuisierung und Isolation - Von der Notwendigkeit des Gehörtwerdens

Traumatische Erfahrungen führen unter anderem durch die oben beschriebenen Folgen zu einer *Isolation* der Betroffenen von ihrer Umwelt, sowohl auf der direkten, persönlichen Ebene, als auch auf der gesellschaftlichen Ebene. Denn auch Außenstehende neigen dazu, die Schuld für gewaltvolle Erfahrungen bei den Überlebenden zu suchen. Es wird vermutet, dass auch für Zeug*innen von Gewalt ein ähnlicher „Selbstschutz“ wie oben beschrieben wirkt. Dieser kann dazu befähigen, sich vom Leiden anderer so zu distanzieren, dass die eigene Sicht auf die Welt und ihre Gesetzmäßigkeiten unangetastet bleibt (Herman, 2018).

Doch auch hier gilt die gleiche Argumentation wie für die Überlebenden: Die Bedeutung einer traumatischen Erfahrung wird nicht nur durch Schutzmechanismen und abstrakte Annahmen über die Welt geprägt, sondern maßgeblich durch die Interpretation von anderen Menschen und gesellschaftlichen Diskursen (Brensell, 2014). Wenn sexualisierte Gewalt in Frage gestellt wird, weil sich die betroffene Person auf eine bestimmte Art kleidet, das Sprechen über häusliche Gewalt und Kindesmissbrauch tabuisiert wird, damit Familien nicht gespalten werden, oder Geflüchtete nicht aus dem Mittelmeer gerettet werden, weil sie hätten wissen müssen, dass die Flucht gefährlich ist, sind Diskurse am Werk, die nicht nur einen direkten Effekt auf die Prävention und Anerkennung von Trauma haben, sondern diese Umgangsformen und Gedanken auf gesellschaftlicher Ebene weiter zementieren.

Diese Form von *victim blaming* und die Tabuisierung des selbstbestimmten Sprechens über Erfahrungen verstärkt

die gefühlte und tatsächliche Isolation von Überlebenden. Auch an dieser Stelle der Traumaverarbeitung spiegelt sich die individuelle und die gesellschaftliche Ebene:

„Verleugnung, Verdrängung und Dissoziation gibt es im gesellschaftlichen Bewusstsein genauso wie im individuellen Bewusstsein.“ (Herman, 2018, S. 19)

Für die gesellschaftliche Anerkennung von Trauma und Gewalt bedeutet dies, dass die politisch/ethische Verpflichtung eines angemessenen Umgangs mit Überlebenden bzw. der Prävention von Leid mit einer Notwendigkeit der Anerkennung auf direkter, zwischenmenschlicher Ebene verwoben ist.

Jill Stauffer beschreibt in ihrem Buch „Ethical Loneliness – The injustice of not being heard“ (zu Deutsch: „Ethische Einsamkeit – Die Ungerechtigkeit nicht gehört zu werden“), wie Menschen, die extreme traumatische Erlebnisse machen mussten, eine Form von Verlassenheit erfahren haben, die alleine durch Zeit nicht geheilt werden kann. Sie erklärt, dass gehört oder ignoriert zu werden, einen Einfluss darauf hat, welche Bedeutung die Vergangenheit in der Gegenwart erhält. In der traumatischen Situation werde sowohl die Souveränität der betroffenen Person angegriffen, als auch – zumindest für den Moment – jegliche Hilfe von außen unterlassen. Damit jedoch ein Individuum seine Souveränität behalten könne, müssten sein Wert und seine Grenzen von anderen Menschen respektiert und erhalten werden. Stauffer schlussfolgert, dass Menschen immer zugleich autonom und abhängig sind (Stauffer, 2015).

An dieser Stelle lässt sich also zusammenfassend wiederholen, dass die Anerkennung von Trauma auf zwischenmenschlicher, gemeinschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene nicht nur notwendig ist, damit die betroffenen

Personen eine Chance haben sich von ihren Verletzungen zu erholen. Es soll hier außerdem dafür argumentiert werden, dass dieses Verhältnis zwischen Individuum und Gruppe nicht auf die Kategorien „Helfende“ und „Opfer“ reduziert werden sollte. Vielmehr kann das Wiedergutmachen auf Ebene der Gemeinschaft als heilende Erfahrung im Kreise von Gleichberechtigten verstanden werden. Dass dies aufgrund von real bestehenden Machtasymmetrien und Diskriminierungsverhältnissen ein schwieriges Unterfangen ist, wird in den folgenden Ausführungen zu *Empowerment* noch weiter zu zeigen sein.

Resilienz und Empowerment

Menschengemachte traumatische Erfahrungen werden also immer in einem Zusammenspiel von individuellen und gemeinschaftlichen/gesellschaftlichen Einflüssen eingeordnet und verarbeitet. Wenn es um die Verarbeitung von Krisen und Traumata geht, wird häufig das Konzept der *Resilienz* herangezogen. Es soll die psychische Widerstandsfähigkeit von Menschen beschreiben, die in schwere Krisen geraten oder traumatische Erfahrungen machen. Je höher die Resilienz, desto wahrscheinlicher erholt sich ein Mensch von Schicksalsschlägen und Gewalt, so die Idee. Unterschiedliche Menschen seien nicht gleichermaßen resilient und Resilienz könne trainiert werden. In der Regel wird dieses „Training“ als Aufgabe für das Individuum verstanden und Beziehungen und Netzwerke werden nur als ein Faktor von vielen herangezogen, um das Individuum zu stärken. Der Fokus auf das Individuum und damit die Individualisierung der Verantwortung mit politischen Missständen und/oder Gewalt möglichst selbstständig fertig zu werden, wurde an vielen Stellen bereits ausführlich diskutiert (medico international, 2017). Auch die Möglichkeit, den Begriff Resilienz eher prozesshaft und kontextualisiert zu betrachten und damit eine weniger individualisierende Perspektive auf Widerstandskraft einzunehmen, wurde bereits beschrieben (Kleefeldt, 2018).

Obwohl die Begriffe Resilienz und Empowerment je nach Verwendung größere Überschneidungspunkte haben, konzentrieren wir uns in dieser Broschüre auf den Begriff des Empowerments, um die damit verbundene emanzipatorische Tradition und seine Verbindungen zur gesellschaftlichen Anerkennung von Trauma darstellen zu können.

Trauma und Diagnostik – Hilfreich oder pathologisierend?

In zwei verschiedenen Klassifikationssystemen werden die Folgen traumatischer Erfahrungen auf der Ebene des Individuums beschrieben (sogenannte *Symptome*) und verschiedenen klinischen Diagnosen zugeordnet. Unter dem Oberbegriff *Traumafolgestörung* werden mehrere klinische Diagnosen gefasst:

- ▶ Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS bzw. auf Englisch PTSD)
- ▶ Depressive Störungen
- ▶ Dissoziative Störungen
- ▶ Angststörungen
- ▶ Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline)
- ▶ Suchterkrankungen
- ▶ Somatoforme Störungen
- ▶ Herz-Kreislauf-Erkrankungen (darunter Herzinfarkt und Schlaganfall)
- ▶ Immunologische Erkrankungen (Asthma, Gelenkentzündungen, Ekzeme, ...)

Die wohl bekannteste Diagnose aus diesem Kontext ist die PTBS. Die meisten Menschen, die mit einer PTBS diagnostiziert werden, erhalten noch eine oder zwei weitere Diagnosen (A. Perkonig et al., 2000).

Zusammengefasst sind die Symptome, die im ICD-10² einer PTBS zugeordnet werden, die folgenden:

Wiedererleben: ungewollte „Erinnerungsattacken“, Flashbacks, Alpträume

Vermeidungsverhalten: Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Situationen und Gesprächen, die die Betroffenen an das traumatische Erlebnis erinnern, emotionale Abschottung, Gefühlstauheit, Entfremdung

Übererregung: Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten

Als weitere Symptome werden Ärger, Wut, Traurigkeit, Scham, Schuldgefühle, und negative Kognitionen gezählt (DSM V).

Bald soll die sogenannte komplexe posttraumatische Belastungsstörung (CPTSD) als neue Diagnose in den ICD (ICD-11) aufgenommen werden. In klinischer Sprache kommen dann zu den bereits für die PTSD beschriebenen Symptomen noch die affektive Dysregulation, ein negatives Selbstkonzept und interpersonelle Probleme hinzu (Cloitre et al., 2013).

Ob diese neue Diagnose hilfreich ist, wird in klinischen Kreisen und auch im psychosozialen Kontext kritisch dis-

2 Bei den beiden Klassifikationssystemen handelt es sich um das DSM-5 (das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen), die deutsche Ausgabe der 5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (APA) und den ICD-10 (die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

kutiert. Zum einen wird argumentiert, dass diese neue Diagnose nicht brauchbar sei, da diese zu große Gemeinsamkeiten mit ‚älteren‘ Diagnosen wie der sogenannten Borderline-Persönlichkeitsstörung und depressiven Störungen zeigt (Resick et al., 2012). Auf der anderen Seite wird hervorgehoben, dass die Erfahrungen von mehrfach traumatisierten Menschen in der CPTSD besser dargestellt werden können (Cloitre et al., 2013; Herman, 2012; Perkonig et al., 2016). Gerade durch diesen Fokus auf die Entstehung der Symptome wird ein Vorteil gegenüber der einfachen PTSD oder der stigmatisierenden Borderline-Diagnose gesehen (Nicki, 2016).

Kritik am Störungskonzept

Es gibt eine ganz grundsätzliche Kritik an psychologischer Diagnostik, welche sich in der Regel darauf bezieht, dass Menschen – häufig nach wenigen Gesprächen, manchmal sogar nach einer Begegnung – anhand von starren Kriterien in eine diagnostische Kategorie sortiert werden, die dann ihre weitere Therapie und ihren sonstigen Werdegang bestimmt und nicht selten stigmatisierend ist. Die Ursprünge psychischer Belastung und Erkrankung werden durch die Diagnostik selten in den Blick genommen (Brensell & Weber, 2014). Historisch gesehen gibt es viele Diagnosen, die später wieder revidiert wurden, da sie menschenrechtlich nicht haltbar waren. Daran lässt sich erkennen, dass Diagnosen bzw. Diagnostizierende sehr mächtig sind und nicht nur hilfreich sein können, sondern auch Schaden anrichten (siehe zum Beispiel Davy, 2015). Eine lange Debatte um die kulturelle Übertragbarkeit von Diagnosen und dem Umgang mit psychischer Belastung und Erkrankung

zeigt zudem, dass eine fortwährende Diskussion darüber notwendig ist, dass die diagnostischen Kriterien bislang vor allem von einer vergleichsweise kleinen, homogenen Gruppe festgelegt und an einer ebenso homogenen Gruppe getestet werden (siehe zum Beispiel Kirmayer & Gómez-Carrillo, 2019; Sue, 2001).

Die Debatte um die Nützlichkeit der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) setzt genau an dieser Stelle an. Zum einen kann gezeigt werden, dass die Reduzierung von Trauma auf ein dekontextualisiertes Reiz-Reaktionsschema unzulässig ist, dass Traumafolgen sich abhängig vom Individuum und seinem*ihrem Umfeld auf verschiedene Weisen zeigen und auch unterschiedlicher Unterstützung bedürfen. Eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis als „Störung“ zu bezeichnen, droht die Verantwortung beim Individuum zu suchen und die „gestörten“ Verhältnisse, in denen Gewalt stattfindet, zu vernachlässigen. Auf der anderen Seite ist die Diagnose der PTBS eine Möglichkeit der Anerkennung des Traumas und seiner Folgen. Dies kann für Betroffene entlastend sein und sogar als eine Art „Beweis“ ihrer Gewalterfahrungen gesehen werden (Brunner, 2015; Young, 1997).