

### Trauma, Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung: Vom (gescheiterten) Versuch einer emanzipatorischen Politisierung von sozialen Konflikten und Verhältnissen zur (erfolgreichen) Entpolitisierung und Pathologisierung von individuellem Verhalten; ein ideologiekritisches Lehrstück für die Soziale Arbeit

Anhorn, Roland

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Anhorn, R. (2019). Trauma, Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung: Vom (gescheiterten) Versuch einer emanzipatorischen Politisierung von sozialen Konflikten und Verhältnissen zur (erfolgreichen) Entpolitisierung und Pathologisierung von individuellem Verhalten; ein ideologiekritisches Lehrstück für die Soziale Arbeit. *Widersprüche : Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, 39(152), 37-56. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-79793-2>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Roland Anhorn

# Trauma, Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung: Vom (gescheiterten) Versuch einer emanzipatorischen Politisierung von sozialen Konflikten und Verhältnissen zur (erfolgreichen) Entpolitisierung und Pathologisierung von individuellem Verhalten

Ein ideologiekritisches Lehrstück für die Soziale Arbeit

## Einleitung

Das psychopathologische Vokabular des „Traumas“, der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS) und der „Traumpädagogik“ schickt sich an, im „Glossar der Gegenwart“ zum Leitbegriff einer entpolitisierenden „Problem“-Analyse und therapeutisierenden „Problem“-Bearbeitung zu werden. Das Selbstverständnis und die Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit sind mittlerweile durchdrungen – und in speziellen Bereichen wie der Flüchtlingsarbeit und der stationären Jugendhilfe geradezu bestimmt – von psychotraumatologischen Zugängen und Lösungsansätzen. Damit sind wir Zeugen – und Akteure – eines zu wiederholten Malen aufgeführten „Trauerspiels“ in der Sozialen Arbeit, dessen Dramaturgie – um im Bild zu bleiben – den lange eingeübten Regeln eines personalisierenden Problemgruppen- und Gefahrendiskurses folgt. Gesellschaftliche *Verhältnisse*, so die zentrale These dieses Beitrags, d.h. ökonomische, politische, soziale und kulturelle *Kontextbedingungen* sowie widersprüchliche und konfliktreiche *schwierige Situationen* werden – ungeachtet einer routiniert vorgetragenen Begleitrhetorik des „Sozialen“ – über die diagnostische Zuschreibung von gesundheitsgefährdenden Persönlichkeitsmerkmalen, von unkalkulierbaren Risikokonstellationen und beschädigten Biographien und Identitäten im Endergebnis in engmaschig abgegrenzte und zugerichtete individuelle *Verhaltensdispositionen* verwandelt, die der Logik des Soziale-Probleme-Diskurses folgend einer professionellen psycho- und/oder pharmakotherapeutischen Behandlung bedürfen.

Die aktuelle Hochkonjunktur des Trauma- bzw. PTBS-Diskurses fügt sich hier – wie schon zuvor der ADHS-, der „Problemfamilien“- oder der „Jugendgewalt“-Diskurs – nahtlos in vertraute und fest etablierte Erklärungs- und Lösungsmuster ein, die von einer (nach wie vor hegemonialen) Soziale-Probleme- und Problemgruppen-Perspektive bereitgestellt werden. Deren bereitwillige Aneignung und breiter Einsatz hält die Soziale Arbeit nach allen disziplinären und professionellen Seiten hin diskursiv und handlungspraktisch anschluss- und konsensfähig. Mit dem Rückgriff auf „bewährte“, in den Tiefenschichten der Professions- und Disziplingeschichte der Sozialen Arbeit abgelagerte (und deshalb auch ohne größeren Aufwand modernisierungs- und assimilierungsfähige) Wissensbestände, Perspektiven und Selbstverständnisse ist aber nicht nur die Anschlussfähigkeit des Trauma-Diskurses in der Sozialen Arbeit gewährleistet. Sie macht die Soziale Arbeit darüber hinaus zu einem zunehmend selbstverständlicheren Bestandteil einer expandierenden Behandlungsindustrie, deren „Geschäftsmodell“ mindestens auf zwei Attraktionen beruht: Es bietet zum einen ein hochgradig individualisiertes Befreiungs- wenn nicht Erlösungsversprechen für leidvolle Erfahrungen und Befindlichkeiten an. Und es beruht zum anderen auf einer (i.d.R. wohlmeinenden) professionellen An- und Enteignung von Konflikten, mit denen die Voraussetzungen für eine sozialtechnische Überformung von einschneidenden Erfahrungen und die Überführung von erschütternden Ereignissen in ein behandlungsbedürftiges symptomatisches Krankheitsgeschehen geschaffen werden. Angesichts dieser im Trauma-Diskurs und den damit verbundenen Praktiken exemplarisch zum Ausdruck kommenden Entwicklungen geraten die Ansprüche einer Sozialen Arbeit, die an den Zielen der Befreiung, Selbstbestimmung und demokratischen Teilhabe festhält und in der individuelle untrennbar mit kollektiver und kollektive untrennbar mit individueller Emanzipation verbunden bleiben, zusehends in die Defensive bzw. werden im Handgemenge der Alltagspraxis der Sozialen Arbeit unmerklich auf ihre individuellen und psychischen Komponenten reduziert.

Vor diesem Hintergrund sollen im Folgenden zentrale Elemente und Akteur\_innen des Trauma-Diskurses in groben Zügen rekonstruiert und gezeigt werden, wie ein ursprünglich kollektiv-strukturell-emanzipatorisch unterlegtes Interesse unter sukzessive sich verändernden gesellschaftlichen Bedingungen in ein herrschaftliches Instrument der individualisierenden und entpolitizierenden Verhaltensregulierung transformiert wurde. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf den Einsatz des dem Strafrecht entlehnten Täter-Opfer-Schemas gelegt. Als moralisierendem Zuweisungs- und Verteilungsmechanismus von individueller (Un-)Schuld kommt der klassischen Täter-Opfer-Dichotomie im Trauma-Diskurs eine zentrale, wenn auch ausgesprochen ambivalente Bedeutung bei der Unsichtbarmachung, Entwertung

und Enteignung von sozialen Konflikten, strukturellen Widersprüchen und ungleichen (Macht- und Herrschafts-)Verhältnissen zu. In Abgrenzung zur gängigen individualisierenden, pathologisierenden und entpolitizierenden Programmatik der Trauma- bzw. PTBS-Konzepte wird abschließend versucht, aus einer nicht-institutionellen, alltagskritischen und konfliktorientierten Perspektive die Grundlinien eines alternativen Zugangs zu skizzieren und die Relevanz zu verdeutlichen, die dieser für die Positionierung einer kritischen Sozialen Arbeit zukommt.

## Zur Genealogie der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (PTBS)

Der rasante Aufstieg des Traumakonzeptes und der spektakuläre Einzug, den dieses unter der Bezeichnung „Posttraumatische Belastungsstörung“ in die weltweit maßgeblichen psychiatrischen Diagnosemanuale DSM<sup>1</sup> und ICD<sup>2</sup> gehalten hat, verdankt sich *nicht* seiner Wissenschaftlichkeit.<sup>3</sup> Im Gegenteil, die steile Karriere des Trauma- Begriffs, seine Ausformulierung und Durchsetzung als eines spezifischen psychiatrischen „Störungsbildes“ ist in erster Linie das Ergebnis einer außerwissenschaftlich motivierten „Bewegungs-“ und Status-Politik, mithin mehr eine politische und weniger eine wissenschaftliche Errungenschaft. Spezifische gesellschaftliche Bedingungen und Interessenslagen ließen den Kampf um eine politisch-rechtliche und wissenschaftliche Anerkennung von Trauma und PTBS zum Kristallisationspunkt von Konflikten werden, in die ausgesprochen heterogene (materielle, symbolische, politische, soziale und professionelle) Interessen, Motive, Bedarfe und Bedürfnisse eingeflossen sind und die am Ende Ergebnisse zeitigten, die sich von den mitunter explizit formulierten macht- und herrschaftskritischen Intentionen der ursprünglichen Akteur\_innen losgelöst und nach und nach ins ordnungspolitisch Affirmative gewendet haben.<sup>4</sup> Der genannte Zusammenhang

---

1 DSM steht für das von der American Psychiatric Association herausgegebene „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, das seit 2013 als DSM-5 mittlerweile in der 5. aktualisierten Version vorliegt.

2 ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Das ICD wird von der WHO verantwortet und bezieht sich nicht nur „psychische Krankheiten“, stellt aber im Vergleich zum DSM das fachlich-inhaltlich nachgeordnete Diagnosehandbuch dar. Eine 11. Version ist für 2019 angekündigt und soll das seit 1992 „gültige“ ICD-10 ablösen.

3 Das gilt im Übrigen für nahezu alle psychiatrischen (Diagnose-)Kategorien (vgl. die zahlreichen Beispiele in Anhorn/Balzereit Hrsg. 2016).

4 Auch das ein Phänomen, das exemplarisch für Entwicklungen in der Sozialen Arbeit insgesamt steht. Ehemals kritisch konnotierte Begriffe und Konzepte (Aktivierung,

erschließt sich relativ unmittelbar, wenn wir mit den Vietnam-Veteranen und ihren Lobby-Verbänden, den mit der Friedens- und Antiatomkriegsbewegung verbundenen Psychiater\_innen und Psycholog\_innen, der Frauenbewegung und der psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlungsindustrie vier der zentralen Akteur\_innen in den Blick nehmen, denen in unterschiedlichen Rollen und Kontexten im Kampf um die offizielle Anerkennung von Trauma/PTBS eine besondere Bedeutung zukommt.

### Die „Posttraumatische Belastungsstörung“, der Vietnam-Krieg und die Friedensbewegung

Ein Ausgangspunkt der politischen Durchsetzung der Krankheits-Entität „Trauma/PTBS“ waren die aus dem Vietnam-Krieg zurückkehrenden US-Soldaten. Nachdem die jungen Soldaten zunächst mit viel patriotischem Pathos in den Krieg geschickt worden waren, sahen sich die Rückkehrer spätestens nach dem mit der militärischen Niederlage 1975 endgültig besiegelten Vietnam-Desaster mit einer Öffentlichkeit konfrontiert, die – kriegsmüde und in Teilen pazifistisch gestimmt – die Vietnam-Veteranen nicht nur bis an die Grenzen systematischer Vernachlässigung und Verleugnung weitgehend ihrem Schicksal überließ, sondern sie darüber hinaus auch noch moralisch degradierte und sozial auf Distanz hielt. Denn die Vietnam-Veteranen galten in der Öffentlichkeit nicht so sehr als *Opfer* (schon gar nicht als „Helden“ wie noch die Soldaten des Zweiten Weltkriegs), sondern als *Täter* in einem barbarischen (My Lai Massaker, Flächenbombardements) und im Ergebnis sinn- und nutzlosen, weil verloren gegangenen Krieg (vgl. Moloney 2013: 41). Einer der – von den Interessensvertretungen der Vietnam-Veteranen letztlich erfolgreich beschrittenen – Wege, um sich aus der prekären Situation einer sichtbar vorenthaltenen gesellschaftlichen Solidarität zu befreien, und um Zugang zu (auch materiellen) Ressourcen zu erlangen und im Weiteren, um eine Veränderung der öffentlichen Wahrnehmung von einer diskreditierten und stigmatisierten Täter- in eine anerkannte und unterstützungswürdige Opfergruppe herbeizuführen, bestand u.a. in einer systematischen (Selbst-)Pathologisierung und Therapeutisierung der Kriegserfahrungen in Vietnam.

Das über die Initiierung von Kampagnen, empirische Erhebungen, Meetings, etc. von den rührigen Organisationen der Vietnam-Veteranen verfolgte Ziel, über

---

Empowerment, Sozialraum, Teilhabe, Selbstbestimmung, etc.) werden in einem schleichenden Aneignungs- bzw. Enteignungsprozess affirmativ besetzt und zur Legitimation von Praktiken der Ausschließung und Disziplinierung ordnungspolitisch genutzt.

den (Um-)Weg einer Psychiatrisierung von Kriegserleben wenigstens einen Teil der sozialen Anerkennung und materiellen Unterstützung zu erhalten, die ihnen ansonsten von politischer und gesellschaftlicher Seite vorenthalten wurden, gewann im Laufe der 1970er Jahre insbesondere mittels der Unterstützung durch ein Netzwerk von Professionellen aus dem psychosozialen Bereich (Psychiater\_innen, Psycholog\_innen, Sozialarbeiter\_innen, Geistliche) spürbar an wissenschaftlicher Überzeugungs- und politischer Durchschlagskraft. Die „Unterstützerszene“ der Anerkennungsinteressen der Vietnam-Veteranen, zu deren prominentesten Vertretern die international renommierten Psychiater Robert J. Lifton und Chaim Shatan zählten (die gleichzeitig auch exponierte Aktivisten in der Anti-Vietnamkriegs- und Anti-Atomkriegs-Bewegung waren), verfolgte allerdings eine sehr viel breiter angelegte Agenda, die die Vermengung von professionellen, politischen und wissenschaftlichen Anliegen geradezu zu ihrem Programm machte. Mit der Etablierung des psychiatrischen Krankheitsbildes „PTBS“, das phasenweise auch ausdrücklich als Post-Vietnam-Syndrom bezeichnet wurde, sollte unverhohlen das Ziel verfolgt werden, die Schrecken des modernen Krieges neben seinen sichtbaren materiellen Zerstörungen auch in seinen weniger offensichtlichen subjektiv-psychischen Verwüstungen öffentlich bewusst und diagnostisch „fassbar“ zu machen. Eine psychische Störung „PTBS“, die mit der offiziellen Aufnahme in das DSM-III 1980 schließlich ihre wissenschaftliche Gültigkeit „bewiesen“ und damit die professionelle Anerkennung durch die etablierte Psychiatrie gefunden hatte, schien nach der Einschätzung der Protagonisten aus der Antikriegsbewegung dem politischen Anliegen einer Perhorreszierung des Krieges durch Pathologisierung der davon Betroffenen durchaus förderlich und angemessen zu sein.<sup>5</sup>

Gleichwohl, die politische und wissenschaftliche Definitions- und Durchsetzungsmacht des zwar öffentlichkeitswirksamen, aber letztlich lediglich eine Minderheit repräsentierenden Netzwerkes aus Vietnam-Veteranen und sympathisierenden „friedensbewegten“ Professionellen hätte gewiss nicht ausgereicht, um dem Krankheitsbild „PTBS“ die gesellschaftliche und professionelle Akzeptanz und rasante Verbreitung zu verschaffen, die sie letztlich auch zu einem bedeut-

---

5 Der erste und zweite Golfkrieg und in Deutschland vor allem der Einsatz von Soldat\_innen im Afghanistan-Krieg haben zu einer weiteren Popularisierung des Trauma-Begriffs und des PTBS-Konzepts beigetragen. Die ursprünglichen kritischen und vor allem konsequent pazifistischen Impulse und Botschaften sind mittlerweile allerdings nurmehr schwach ausgeprägt. Die Kulturindustrie hat diese Entwicklung dankbar und auf ihre eigene Weise aufgegriffen: Keine deutsche Krimiserie kommt inzwischen ohne eine Episode mit der Figur des Afghanistan-Veteranen aus, die verstörend-gestört, eben traumatisiert, unberechenbar zwischen Opfer- und Täterrolle changiert.

samen Leitmotiv und Orientierungspunkt in der Praxis Sozialer Arbeit werden ließ. Hierzu bedurfte es mit der Frauenbewegung und der Behandlungsindustrie noch zweier weiterer gesellschaftspolitisch einflussreicher Promotoren.

## PTBS und die Rolle der psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlungsindustrie

Der außergewöhnliche Aufstieg und breite (professionelle) Gebrauch der Diagnose „PTBS“ ist untrennbar mit der in den 1960er Jahren einsetzenden Expansion und sozialstaatlichen Konsolidierung einer psycho- und/oder pharmakotherapeutisch orientierten Behandlungsindustrie verbunden (vgl. Dineen 1996: 196ff.). „Trauma“ und „PTBS“ stellten einen durch das DSM und ICD wissenschaftlich beglaubigten Interpretationsrahmen zur Verfügung, der es erlaubte, ein – über die Jahre stetig erweitertes – Spektrum an menschlichem Leiden, an negativen Erfahrungen, leidvollen Erlebnissen, einschneidenden Ereignissen und schwierigen Situationen mit einem diagnostischen Terminus (Label) zu belegen, über den legitime Wege für die Mobilisierung von notwendigen Ressourcen (der therapeutischen Hilfe, des öffentlichen Verständnisses und der Anerkennung, der staatlichen Finanzierung, etc.) beschritten werden konnten. Maßgeblich vorangetrieben wurde dieses „glückliche“ Zusammenspiel von Trauma-Diskurs und professionellen wie ökonomischen Interessen der Behandlungsindustrie (einschließlich der Pharmakonzerne) durch einen gesellschaftspolitischen Klimawandel, der sich im Zeichen der neoliberal-neokonservativen „Revolution“ ab Ende der 1970er Jahre in Entwicklungen einer verstärkten Individualisierung, d.h. einer verhaltensbezogenen „Bewältigung“ von gesellschaftlichen Konfliktlagen, geltend machte. Mit der schwindenden Attraktivität von Gesellschaftsentwürfen, die auf *soziale* Emanzipation zielten, gewannen *individuale* emanzipatorische Versprechen und „Bearbeitungsangebote“, wie sie die psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlungsindustrie seit jeher bereithielt, deutlich an Strahl- und Anziehungskraft.

Hinzu kamen (und kommen) bei der gesellschaftlichen Etablierung und Verallgemeinerung der Krankheits-Kategorie „PTBS“ Medienberichterstattungen, die mit Unterstützung von Professionellen und Experten spektakuläre und dramatisierungsfähige Einzelereignisse (Geiselnahmen, Amok, Überfälle, Familiendramen) und generelle „soziale Probleme“ (Drogenabhängigkeit, Wohnungslosigkeit, Scheidungs- und Suizidraten, Kriminalität und Gewalt) in einen unmittelbaren kausalen Zusammenhang mit dem Merkmal „Trauma/PTBS“ stellen und damit ein öffentliches Problembewusstsein bestärken, das traumabedingte „psychische Störungen“ als schlüssiges Erklärungsmuster und „therapeutische Behandlung“

als erfolgversprechende Lösung ihrer möglichen Folgen nahelegen (vgl. Moloney 2013: 41). Damit wird auf publikumswirksame Weise ein Deutungs- und Reaktionsschema propagiert, das dem vertrauten Narrativ „Wie-aus-Opfern-Täter-werden“ folgt und Trauma-Opfer als „Problemgruppe“ oder – zeitgemäßer ausgedrückt – als „vulnerable Risikogruppe“ konstruiert. Denn den „Betroffenen“ wird im dominierenden, der Soziale-Probleme-Perspektive verpflichteten Trauma-Diskurs eine grundsätzliche (wenn auch zunächst nur latente) Gefährdung und Gefährlichkeit nach dem Muster eines „vicious circle“ der Problempetpetuierung attestiert, und zwar auf zweierlei Weise:

1. Als Teil einer nicht enden wollenden transgenerationellen Opfer-Kette, die sich nach der Logik des medizinischen Modells der Infektionskrankheiten in der Transmission des Traumas auf die nachfolgenden Generationen äußert. Die wissenschaftliche Gültigkeit und Plausibilität der behaupteten Dynamik einer psychosozialen Vererbungs- und Ansteckungsgefahr traumatisierender Erfahrungen wurde und wird dabei vor allem am Beispiel von Holocaustüberlebenden und ihren Kindern und Kindeskindern nachzuweisen versucht.
2. Als Teil einer unkontrolliert sich vervielfältigenden Opfer/Täter-Kette, in deren Reproduktionslogik aus traumatisierten Opfern (potenzielle) Täter werden, die wiederum traumatisierte Opfer erzeugen, die ihrerseits wieder in Gefahr stehen, neue Täter zu generieren usw. usf. Es sei denn, dem traumabedingten „Wiederholungszwang“ wird mit dem elaborierten Instrumentarium therapeutisch-professioneller Hilfe (präventiv) Einhalt geboten und die psychosoziale Endlosschleife transgenerationeller Übertragung und die damit verbundene „Spirale der Gewalt“ endgültig unterbrochen.<sup>6</sup>

---

6 Die hier angesprochene Doppelbödigkeit der Täter-Opfer-Dramaturgie mit ihren wechselnden Rollenbesetzungen (mal Opfer, mal Täter, mal beides zugleich) und ihren gleichbleibend zwiespältigen Botschaften (einerseits Trauma-Opfern gegenüber Empathie und Mitgefühl an den Tag zu legen, andererseits vor ihnen als potenziellen Tätern aber auch auf der Hut zu sein) findet einen treffenden Ausdruck in einer an Haupt- und Ehrenamtliche adressierten Publikation zur Sozialen Arbeit mit minderjährigen Flüchtlingen (vgl. Hehnke 2017). Mit unverkennbaren Anleihen bei massenmedialen Stilmitteln, die auf die Dramatisierung und Skandalisierung von Jugendlichen zielen, die durch Gewalt, Drogen, Mobbing bedroht bzw. bedrohlich und gefährlich (gemacht worden) sind, wird ein insgesamt düster wirkendes Schwarz-Weiß-Cover mit der Abbildung eines Jugendlichen präsentiert, dessen verschattete Gesichtszüge nur zur Hälfte unter seinem Hoodie (!) erkennbar sind und der den Betrachter – misstrauisch, leicht verängstigt, traurig, insgesamt aber auch bedrohlich – mit nur einem sichtbaren Auge (!) anblickt. Das Dunkel der Traumatisierung und ihrer unsichtbaren Verletzungen birgt – so die ikonographische Botschaft in diesem



## PTBS und die Rolle der Zweiten Frauenbewegung

Diese für die Behandlungsindustrie prototypische Denkfigur haben sich auch maßgebliche Teile der Zweiten Frauenbewegung zu eigen gemacht. Die Affinität zum Topos der Traumatisierung erklärt sich hier nicht zuletzt aus zwei Besonderheiten seiner konzeptionellen Konstruktion.

1. Wo sonst in der Konzeption psychiatrischer Krankheitsbilder innerpsychische Auslöser und Ursachen angenommen werden und damit individualtherapeutische Lösungswege vorgezeichnet sind, benennt PTBS als eine der wenigen (wenn nicht gar als einzige) „Störungs“-Entität im DSM und ICD explizit die Auswirkungen, die von einem *äußeren* (nicht kontrollierbaren) Ereignis auf innerpsychische Prozesse ausgehen.
2. Über das Trauma-Konzept, genauer über die mit Traumatisierungen verbundenen bzw. diesen zugeschriebenen *sichtbaren Folgen* lässt sich eine entschiedene wie plausible Kritik am Patriarchat und einer Geschlechterordnung formulieren, die Frauen zu traumatisierten Opfern von männlicher Gewalt, Misshandlungen und Diskriminierung machen. Die traumabasierte Deutung *nicht* anzuerkennen war unter den Voraussetzungen dieser Annahmen nur um den Preis des Vorwurfs einer interessengeleiteten Realitätsverweigerung und Bagatellisierung männlicher Herrschaft und ihrer Folgen möglich.

Vor diesem Hintergrund wurde das Trauma-Konzept in den 1980er und 90er Jahren zu einem zentralen diskursstrategischen Bestandteil im politischen Kampf gegen eingewurzelte patriarchale Strukturen und hegemoniale Männlichkeitsstrukturen. Mit der Thematisierung und Skandalisierungen von (Kindes-)Misshandlung, sexuellem Missbrauch, sexueller Belästigung, häuslicher Gewalt, Vergewaltigung (in und außerhalb der Ehe) ließen sich gleichermaßen alltägliches männliches Dominanzverhalten wie strukturelle Ungleichheits- und Machtverhältnisse (z.B. in der privatisierten Kleinfamilie und am Arbeitsplatz) in einer Weise problematisieren, dass politische Forderungen (nach Schutz, Kriminalisierung und Rechts- und Hilfsansprüche) nicht nur mit größerem Nachdruck vorgebracht, sondern im Windschatten eines zunehmend punitiveren Zeitgeistes auch mit höheren Erfolgsaussichten durchgesetzt werden konnten (vgl. Fraser 2017: 78).

Dabei war diese Strategie an eine zentrale (und im Weiteren eminent folgenreiche) Voraussetzung gebunden. Die ursprüngliche Bedeutung des Traumas als eines

---

Fall – Unwägbarkeiten und Unsicherheiten, die jedenfalls mehr als naives Mitgefühl und Solidarität nahelegen.

exzeptionellen, außeralltäglichen Ereignisses, wie es im DSM-III von 1980 noch beschrieben wurde, ließ sich angesichts der Realität eines Frauen- (und Kinder-)Alltags, der von (sexualisierter) Gewalt, Missbrauch und Misshandlung in der Familie, im Heim, in der Schule und am Arbeitsplatz geprägt zu sein schien, so nicht mehr aufrecht erhalten. Die unterstellte Normalität von Missbrauch und Gewalt gegen Frauen und Kinder erzwang geradezu eine Normalisierung der PTBS-Diagnose, die von jetzt ab konsequenterweise nicht mehr „seltenen“, außergewöhnlichen Erfahrungen vorbehalten bleiben konnte. Mit dieser *Normalisierung der Pathologisierung* und der damit verbundenen Vorstellung einer Alltäglichkeit von Misshandlung, (Kindes-)Missbrauch, Vergewaltigung und verhäuslichter Gewalt zieht das Trauma gewissermaßen in den Alltag ein (vgl. Kutchins/Kirk 1997: 118) und wird damit zum Haupteinsatz und *dem* zentralen Thema in einer nunmehr verstärkt therapeutisch gewendeten politischen Bearbeitung von Geschlechterkonflikten. Ausgestattet mit allen Merkmalen eines durch und durch paradoxen Begründungs- und Handlungszusammenhangs wird im Interesse einer Politisierung des Privaten und der Geschlechterverhältnisse auf das vielfältige Repertoire eines (männlich-hegemonialen) psychiatrisch-psychologischen Wissens gesetzt und in seiner Anwendung und Durchsetzung auf ausgewiesene paternalistische Instanzen (wie die Psychiatrie und den Staat) zurückgegriffen, die i.d.R. nicht mehr als (individual-)psychologische (Ersatz-)Lösungen anzubieten haben. Der Versuch einer Politisierung durch Psychologisierung und Psychiatrisierung im Medium von PTBS versandet so allmählich in der politischen (nicht persönlichen) Folgenlosigkeit eines mehr oder weniger erfolgreichen Projekts der „individuellen Befreiung“ und des „individuellen Wachstums“ durch Selbsterkenntnis und Selbsttransformation.

Spätestens seit den 1990er Jahren hatten sich auf diese Weise die radikalen emanzipatorischen und wesentlich auf herrschaftskritische Entkriminalisierung (z.B. § 218) gerichteten Impulse der Frauenbewegung weitgehend verflüchtigt. Aus dem politischen Anliegen einer kollektiven Selbstbefreiung ist ein sehr viel bescheidenerer – manche sagen auch „realistischerer“ – Anspruch auf individuelle (Selbst-)Befreiung und Bestrafung der „Täter“ geworden. Was bis dahin in seinen psychologischen Ausprägungen und Erscheinungsformen noch politisch gedeutet und eingeordnet wurde, reduziert sich unter den Bedingungen einer fortgeschrittenen konkurrenzbestimmten Individualisierung der Lebensführung zunehmend auf die nunmehr bevorzugte Variante einer entpolitisierten und ausgiebig gepflegten individualpsychologischen Diagnostik subjektiver Befindlichkeiten.<sup>7</sup>

---

7 Zu diesem Perspektivenwechsel, den die Frauenbewegung von den 1960/70er zu den 1980/90er Jahren vollzogen hat, vgl. exemplarisch den Werdegang von Gloria Steinem

Mit dem expansiven Einsatz pathologisierender „Problembeschreibungen“ und der „lockeren“ Nutzung des psychiatrisch-therapeutischen Vokabulars, wird den (traumatisierten) Frauen zwar – wie im Fall der Vietnam-Veteranen – der Zugang zu (materiellen und immateriellen) Ressourcen der Hilfe und Unterstützung eröffnet und die entsprechende soziale und rechtliche Anerkennung ihrer Bedarfe und Bedürfnisse „gewährt“, allerdings auch hier nur um den Preis der Zuweisung einer Opferrolle, die letztlich mit ihren charakteristischen Merkmalszuschreibungen (Passivität, Schwäche, Schutzbedürftigkeit, Hilflosigkeit, Notwendigkeit und Abhängigkeit von professioneller Unterstützung, etc.) patriarchale Machtverhältnisse und Strukturen eher stabilisiert als verändert (vgl. Stehr 2016).

Am vorläufigen Ende dieser von den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Akteur\_innen und Interessen (soziale Bewegungen, Selbsthilfe, Professionelle, Pharmaindustrie, Medien) vorangetriebenen Entwicklung steht mit der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ ein Deutungsraaster und ein Lösungsangebot, die einem „Regelwerk“ der theoretischen Erklärung und praktischen Anwendung folgen, das sich folgendermaßen zusammenfassen lässt:

1. Im Gefolge einer hochgradig spekulativen Symptom-Exegese (mit Michel Foucault ließe sich vom „expansiven Sinn“ einer „Hermeneutik des Verdachts“ reden) kommt es zu einer sukzessiven Ausweitung des Bedeutungshorizonts und einer Verallgemeinerung des Anwendungsbereichs von PTBS, die vom Kriegs- und Fluchterleben über die Zeugenschaft von „Kriminalität“ und Unfällen bis hin zum Übergang von der Kita in die Schule reichen.
2. Mit der Normalisierung von traumatischen Ereignissen, Erfahrungen und Situationen wird der Alltag bis in die letzten Verästelungen seiner unspektakulären Routinen hinein als ein Erleben konzipiert, mit dem kontinuierlich Gefühle der Unsicherheit und der Vulnerabilität verbunden sind, die wiederum zu permanenter Wachsamkeit und (Selbst-)Achtsamkeit nötigen und vorausschauende (präventive) Risikoabwägungen in einem latent stets als gefährdet und mitunter gefährlich wahrgenommenen Alltag erforderlich machen (vgl. Furedi 2004; McLaughlin 2012).
3. Mit der festen kulturellen Verankerung und „Chronofizierung“ der (potenziellen) Opfer-Rolle wird das Trauma-Konzept zum Passepartout und Sammelbe-

---

(1995), einer prominenten Protagonistin der US-amerikanischen Frauenbewegung, die das ursprüngliche Motto der Frauenbewegung „Das Persönliche ist das Politische“ in einer bemerkenswerten Volte in „Das Politische ist das Persönliche“ (S. 26) umgekehrt und damit anstelle einer Politisierung des Psychologischen eine Psychologisierung des Politischen betrieben hat.

cken für jedwede Form menschlichen Leidens, verstörender Erfahrungen und einschneidender Erlebnisse in Alltags- und Ausnahmesituationen, die in der Folge – sofern nicht professionell behandelt – zur stetig sich erneuernden Quelle wiederholter Viktimisierungen werden – sei es in der Variante des einfachen hilflosen und bedauernswerten Opfers, sei es in Form der transgenerationellen Übertragung oder in der Doppel-Rolle der OpferTäter\_in.

4. Last but not least: Aufgrund der vielfach „belegten“ Komplexität der Wechselwirkungen und der Unwägbarkeiten der sozialen und biographischen Risikokonstellationen bedarf es der Etablierung und des organisatorischen Ausbaus eines Systems institutionalisierten Expertenwissens und einer professionell praktizierten Behandlungstechnologie, die wiederum die Grundlage und den Ausgangspunkt – und damit schließt sich der Kreis – für einen weiteren Durchgang in der Psychopathologisierung und Psychiatisierung des Alltags bilden.<sup>8</sup>

Alles das zusammengenommen mündet im Ergebnis in eine systematische Entpolitisierung und Individualisierung von Ausnahme- und Alltagserfahrungen. Die anfänglich emanzipatorischen und macht- und herrschaftskritischen Anliegen der Protagonist\_innen des Trauma-Konzepts verflüchtigen sich nach und nach. Aus einer Politik der kollektiven Transformation von Strukturen und gesellschaftlichen *Verhältnissen* wird eine Politik des Mikromanagements von individuellem *Verhalten* und subjektiven Befindlichkeiten; aus mit den Mitteln des Krieges ausgefochtenen und verfolgten politischen und ökonomischen Interessen werden behandlungsbedürftige individuelle Gesundheitsprobleme; aus institutionalisierten Konkurrenzverhältnissen in Schule und Arbeitsmarkt wird im Falle des Scheiterns ein individuell zu bewältigendes „Übergangstrauma“; aus Ursachen von Flucht und Vertreibung werden therapeutisch einzuhegende individuelle „Anpassungsstörungen“; aus „natürlichen“ biographischen Ereignissen (Geburt, Altern, Tod naher Angehöriger) werden grundsätzlich risikobehaftete Vulnerabilitäten; aus über weite Strecken autonom und kompetent bearbeiteten „Ärgernissen und Lebenskatastrophen“ (materielle Schädigungen, Vertrauensverluste, Ehrverletzungen, Grenzüberschreitungen, persönliche Enttäuschungen und Zerwürfnisse, vgl. Hanak/Stehr/Steinert 1989) werden unkalkulierbare Traumata, für deren Behandlung die Inanspruchnahme einer professionellen Unterstützung oder zumindest einer organisierten, quasi-therapeutischen Selbst-

---

8 Zur Psychopathologisierung und Psychiatisierung des Alltags allgemein, vgl. die nach wie vor grundlegende Untersuchung von Castel/Castel/Lovell 1982.

hilfe angeraten wird (was wiederum als ein von professioneller Seite akklamiertes Zeichen der Krankheitseinsicht gedeutet wird).<sup>9</sup>

## PTBS und die professionelle Enteignung von Konflikten

Die naheliegenden Fragen, die sich mit der Veralltäglicdung und der expandierenden Deutungsmacht des Trauma-Diskurses und der PTBS-Diagnostik (eigentlich) stellen (müssten), nämlich, weshalb eine – wie regelmäßig betont – „normale“ Reaktion auf einschneidende Erfahrungen und Ereignisse (z.B. von Frauen auf sexualisierte Gewalt) ebenso regelmäßig mit psychiatrischen Klassifikationen bedacht und behandelt wird, oder, inwiefern die Festlegung auf eine Opferrolle mit den geläufigen Attributen der Schwäche, der Hilflosigkeit und Passivität eher den Prozess einer Entmächtigung und defizitären Identitätsfixierung vorantreiben und vertiefen kann, oder, ob die der „Grammatik“ des Trauma-Diskurses folgende Zuschreibung einer grundsätzlich behandlungsbedürftigen psychiatrischen „Störung“ für die „Betroffenen“ aufs Ganze gesehen hilfreich und zuträglich ist – diese Fragen werden unter den Bedingungen einer eingewurzelten Kultur der Pathologisierung und Therapeutisierung schon gar nicht mehr ernsthaft erwogen (vgl. hierzu grundsätzlich Becker 2005: 171ff.; Anhorn/Balzereit 2016)

Nicht zuletzt weil diese Fragen nicht (oder bestenfalls am Rand) gestellt werden, vollzieht sich im Medium des Trauma-Diskurses eine zunehmend beschleunigte Dynamik der professionellen *Enteignung* von gelebten Erfahrungen, der machtvollen Aneignung von Situationsdefinitionen durch Professionelle und der expertokratischen Zurichtung von Erleben, Wahrnehmungen und Ereignissen nach den standardisierten Vorgaben der „evidenzbasierten“ Störungssymptomatik des DSM oder ICD. *Soziale* Konflikte, schwierige Situationen und belastende Ereignisse sowie die damit verbundenen Interpretations- und Bewältigungsleistungen der „Betroffenen“ werden vom technischen Vokabular eines expert\_innendominierten Trauma-Diskurses dergestalt überformt, um nicht zu sagen, deformiert, dass sich am Ende der Auftrag und das Selbstverständnis der professionellen Hilfe tendenziell auf eine fortschreitend enttextualisierte

---

9 Ein aktuelles Beispiel, wie inzwischen auch die Sozialwissenschaften vom Trauma-Konzept regelrecht infiziert sind, stellt die (ansonsten ausgesprochen instruktive) ethnographische Studie von Matthew Desmond zu Menschen dar, die im Gefolge der US-amerikanischen Immobilienkrise in den Jahren 2007/08 von Zwangsräumungen und (drohender) Wohnungslosigkeit betroffen waren (vgl. Desmond 2018, S. 485f.).

Bearbeitung von psychischen („inneren“) Konflikten und individuellen (Anpassungs-)Problemen reduziert.<sup>10</sup>

An dieser Stelle wird der These der professionellen (Situations- und Konflikt-) Enteignung und (Erfahrungs-)Entfremdung durch expertokratische Behandlungsmodelle üblicherweise der Einwand entgegengebracht, dass die vielfach dokumentierte freiwillige Aneignung und bereitwillige Übernahme der Diagnose „PTBS“ durch die „Betroffenen“ nicht nur deren individuelle Nützlichkeit, sondern darüber hinaus auch deren objektive Gültigkeit belege. Allerdings sind die fraglos häufig bezeugten (Selbst-)Pathologisierungen von „Betroffenen“, wie die Beobachtungen von Summerfield (2016: 538f.) am Beispiel von Flüchtlingen zeigen, alles andere denn ein überzeugender Beleg für die Validität des Trauma-Konzepts. Vielmehr stellen die zahllosen Fälle von (Selbst-)Pathologisierung zum einen das Ergebnis einer lebensklugen Antizipation der Erwartungen dar, die von den Professionellen in das spezifische Setting einer hierarchisch vorstrukturierten Diagnose- und Behandlungssituation eingebracht und an die Patient\_innen – mehr oder weniger subtil – herangetragen werden. Neben der Präsentation situationsangemessener „Symptome“ ist es vor allem die Bezeugung einer „Krankheitseinsicht“ seitens der Trauma-Opfer, die die „Realität“ einer PTBS erst herstellt und damit die zentrale Grundlage für einen professionell erfolgversprechenden Hilfeprozess schafft. Unter den vorgegebenen Bedingungen eines unausgesprochenen Bekenntniszwangs und einer ungleich verteilten Aushandlungsmacht professionelle Erwartungen mit Bedacht zu enttäuschen, stellt für Flüchtlinge ein allemal riskantes und deshalb selten gewähltes (Verhaltens-)Manöver dar. Und zum anderen lassen sich die vielfach bekundeten (Selbst-)Pathologisierungen auch als ein „sprechender“

---

10 Die Überlegungen, die hier im Hinblick auf den expertokratischen Trauma-Diskurs und die damit verbundenen Praktiken der Enteignung von Konflikten und der Entmächtigung von „Betroffenen“ vorgebracht werden, greifen auf Analysen und Denkfiguren zurück, die als Alternativen zum Strafrecht und der herrschaftsförmigen staatlichen Konfliktbearbeitung seit jeher Teil des Diskurses in der kritischen Kriminologie sind (und von der konventionellen Kriminologie und Kriminalpolitik beharrlich ignoriert oder, wie im Täter-Opfer-Ausgleich, strafrechtskompatibel gemacht werden). Der Blick auf die in westlichen Gesellschaften eingespielten Routinen der Kriminalisierung von Ereignissen, d.h. der im Strafrecht institutionalisierten Transformation von Konflikten in Kriminalität und ihre nachfolgende „Verarbeitung“ durch juristische und „helfende“ Professionen, hat Nils Christie bereits in den 1970er Jahren veranlasst, von interessegeleiteten Konflikt-Enteignungen und professionellen Konfliktdiebstählen zu sprechen und konkrete Verfahren einer Wiederaneignung und Wiedervergesellschaftung von Konflikten vorzuschlagen (vgl. Christie 1986 [1977], 2013; Stehr 2018).

Beleg und Ausweis für die (politisch gezielt) beschränkten Wahlmöglichkeiten und begrenzten Handlungsspielräume für Flüchtlinge interpretieren, sich auf anderen als (selbst-)pathologisierenden Wegen Zugang zu überlebensnotwendigen materiellen, rechtlichen und symbolischen Ressourcen und Zukunftsperspektiven zu verschaffen.<sup>11</sup>

Um Möglichkeiten und Wege einer tragfähigen Alternative zu den hegemonialen Verfahren einer pathologisierenden und therapeutisierenden Konzeptualisierung und Bearbeitung von sozialen Konflikten, schwierigen Situationen und verstörender Erfahrungen zu eröffnen, bedarf es deshalb zunächst zweier zentraler Weichenstellungen bzw. Reorientierungen:

1. *Widersichtbarmachung und Rekontextualisierung*: Um soziale Konflikte, Situationen und Erfahrungen, die mit den psychopathologischen Zuschreibungen „Trauma“ bzw. „PTBS“ tendenziell unsichtbar gemacht, sprich verdeckt oder überformt und „verfremdet“ werden, wieder sichtbar zu machen, und um im Weiteren den gesellschaftlichen (ökonomisch-politisch-sozialen) Kontext der „traumatischen“ Ereignisse wiederherzustellen und transparent zu machen, bedarf es der theoretischen wie praktischen Anstrengung einer „Rückübersetzung“ des psychiatrisch-therapeutischen Vokabulars in eine Sprache und Wahrnehmungsform des Konflikts, der Interessen, der schwierigen Situationen und der mikro- und makroskopischen Macht- und Herrschaftsverhältnisse. In diesem Zusammenhang reicht es auch nicht, wenn, wie in den ambitionierten theoretischen und praktischen Einsätzen David Beckers (2014), eine grundlegende und schlüssige Kritik der epistemologischen und handlungspraktischen Verengungen und Verkürzungen des psychiatrisch-medizinischen Modells vorgebracht und dennoch am Trauma-Konzept festgehalten wird. Das Trauma-Konzept wird zwar um wichtige soziale, ökonomische, politische und kulturelle Dimensionen (und Erkenntnisse) erweitert und damit komplexer, „ganzheitlicher“ und sozialwissenschaftlicher gemacht, bleibt aber letztlich doch der objektivistischen Logik abgrenzbarer psychiatrischer Krankheitsentitäten verhaftet.<sup>12</sup> Die auch in der Sozialen Arbeit weit verbreitete Haltung,

---

11 Für eine etwas anders gelagerte, aber durchaus vergleichbare Strategie, sich in die Wohnungslosigkeit zu „flüchten“, um institutionelle Hilfe zu mobilisieren, vgl. den Hinweis von Desmond 2018, S. 492.

12 Man beachte, wie das DSM-5 (2013) es sich mittlerweile in Reaktion auf die vielfach vorgebrachte Kritik der Kultur- und Geschlechterblindheit seiner Symptomdiagnostik zur Gewohnheit gemacht hat, auf die kulturelle und geschlechterspezifische Dimension „psychischer Störungen“ hinzuweisen. Die in diesem Zusammenhang vor-

wonach der „Blick auf das gesellschaftliche Umfeld“ (Becker 2014: 9) bereits eine hinreichende Bedingung für eine kritische Positionierung darstelle, leidet selbst unter einer reflexiv nicht eingeholten Verkürzung. Denn die geläufige Praxis einer Erweiterung der Analyse um die soziale Dimension und die Anerkennung und Einbeziehung von gesellschaftlichen Gesichtspunkten in einen „multifaktoriellen“ Verursachungszusammenhang von „psychischen Störungen“ (oder „Kriminalität“) bieten per se keine Gewähr für eine stringent macht- und herrschaftskritische Perspektive, schützen jedenfalls am Ende der Argumentationskette nicht vor individualisierenden und moralisierenden (Ursachen-)Erklärungen und (Schuld-)Zuschreibungen (vgl. Anhorn/Stehr 2012: 63). Entscheidend ist in diesem Zusammenhang vielmehr, *wie* die soziale Dimension in die Analyse einbezogen wird: Ob wie im gängigen bio-psycho-sozialen Modell darauf insistiert wird, lediglich neben den biologischen und psychischen Faktoren die vielfach vernachlässigten und unterbelichteten sozialen Verursachungszusammenhänge gleichberechtigt und systematisch(er) in der Analyse in Rechnung zu stellen (und damit die Frage der grundsätzlichen Gültigkeit der Störungs-Kategorie „PTBS“ als Ausgangspunkt der Theoriebildung und Forschungs- und Handlungspraxis weitgehend unberührt zu lassen); oder ob – in Anknüpfung an die Tradition des Symbolischen Interaktionismus und/oder der Foucaultschen Diskursanalyse – die soziale Dimension als Teil eines macht- und herrschaftsförmig organisierten (Aushandlungs-)Prozesses der Bedeutungsgebung und Statuszuweisung verstanden wird, mit dem eine soziale Wirklichkeit (der PTBS und die damit verbundene soziale Positionierung als behandlungsbedürftiges, ohnmächtiges, integrationsfähig zu machendes Opfer) erst (aktiv) hergestellt und „wahrgemacht“ und nicht nur (passiv) abgebildet und in seinen „objektiven“ Eigenschaften mehr oder weniger „realitätsgerecht“ repräsentiert wird.

2. *Wiederaneignung und Bemächtigung*: Erst wenn diese re-konstruktive Übersetzungsleistung erbracht wird, sind die notwendigen Bedingungen gegeben, die für die „Betroffenen“ eine Wiederaneignung und selbstbestimmte kollektive und/oder individuelle Bearbeitung derjenigen Konflikte, schwierigen Situatio-

---

gebrachten Ausführungen vermitteln bisweilen aber eher den Eindruck von (gesetzlich vorgeschriebenen) Warnhinweisen denn von dem selbstreflexiven wissenschaftlichen Bemühen, die Grundannahmen der eigenen Disziplin ernsthaft in Frage zu stellen, um auf diese Weise eine substanzielle Perspektivenerweiterung zu ermöglichen. Die kultur- und geschlechterspezifischen Verweise stellen angesichts der unveränderten Grundlogik des DSM wenig mehr als dekoratives Beiwerk dar.



nen und Erfahrungen ermöglichen, die unter einer psychiatrischen Trauma-Diagnostik zu großen Teilen verdeckt und ausgeblendet werden. Den Ausgangspunkt dieses Prozesses der Wiederaneignung bildet dabei im Sinne einer kritischen, nicht-institutionellen Alltagsperspektive (vgl. Stehr 2018, 2013; Stehr/Anhorn 2018: 5f.) der Rückgriff auf das Vokabular und die Narrationen, mit und in denen die „Betroffenen“ ihre gelebten Erfahrungen, also die Konfliktverhältnisse, schwierigen Situationen, einschneidenden Erfahrungen und „verstörenden“ Ereignisse auf ihre „eigensinnige“ Weise beschreiben und deuten.

„Der Alltag enthält eine Fülle von Begriffen, die geeignet sind, die konflikthafte Ereignisse, mit denen sich die Leute auseinandersetzen müssen, zu beschreiben und verstehbar zu machen. Dies vor allem, weil es keine verdinglichenden Begriffe sind, sondern Begriffe, die konkrete Situationen benennen, die in einer bestimmten Art und Weise von den direkt Beteiligten bearbeitet wurden, in Abhängigkeit von den jeweils situativ vorhandenen Ressourcen.“ (Stehr 2018: 254)<sup>13</sup>

Mit einer kritischen, gegen-institutionellen Alltagsperspektive ist die Annahme verbunden, dass die „Betroffenen“ jenseits der ihnen angetragenen professionellen Problemdiagnosen und Lösungsoptionen sehr wohl in der Lage sind, selbstbestimmt und „kompetent“ zu artikulieren, was in ihrer aktuellen Lebenssituation hilfreich ist, welche Bedürfnisse, Bedarfe und Interessen sie haben und welchen eigenständigen und selbstdefinierten Beitrag zur Bearbeitung ihrer „schwierigen Situation“ sie zu leisten imstande sind. Auch für diesen Zusammenhang liefert der Psychiater Derek Summerfield instruktive Beobachtungen. Aus Forschungsprojekten und Erfahrungen seiner praktischen Arbeit mit Flüchtlingen schlussfolgert Summerfield (2016: 540): Für die Qualität der objektiven Lebenslage und subjektiven Befindlichkeit von Flüchtlingen erweist sich in der Summe das „Soziale“ als der maßgebliche Faktor in der Bewältigung ihrer schwierigen Situation und den damit verbundenen Herausforderungen. Konkret heißt das: Die Frage ihrer Teilhabemöglichkeiten an oder Ausschließung von zentralen gesellschaftlichen Ressourcen wie Lohnarbeit und Wohnung, der Grad und die Qualität ihrer Einbindung in belastbare und stützende oder lückenhafte und brüchige soziale Netzwerke wie Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft und Stadtteil, die alltägliche Erfahrung von Diskriminierung und Bedrohung oder Zeichen der Akzeptanz und der Wert-

---

13 Diesen Zugang bekräftigt auch ein Hinweis von Ferguson (2017, S. 8), wonach in den Erzählungen, die von „psychisch Kranken“ in nicht-professionellen Kontexten entwickelt werden, kaum Bezug auf die offizielle psychiatrische Diagnose genommen wird. Sie berichten vielmehr von ihrem Leben, ihren guten und schlechten Erfahrungen, wie sie diese verstehen und in ihre Biographie einordnen und wie sie damit umgehen.

schätzung, die antizipierten Zukunftsperspektiven einer Paria-Existenz oder eines (auch rechtlich) anerkannten vollwertigen Mitglieds der Gesellschaft – alle diese Aspekte stellen sehr viel gewichtigere politische und soziale Bedingungen für eine „gelingende Integration“ dar als ausgefeilte psychiatrischen Diagnoseverfahren und vermehrte Angebote individualtherapeutischer Trauma-Bewältigung. Das schließt – wie gesagt – eine professionelle, auch eine therapeutische Hilfe nicht aus, diese mag in besonderen Konstellationen ihren Platz und ihre Berechtigung haben. Mit der Akzentuierung einer auf Wiederaneignung zielenden kritischen Alltagsperspektive rückt aber eine konfliktorientierte (Re-)Kontextualisierung und (Re-)Politisierung der individuellen und kollektiven Leiden an Unterdrückung, Ausbeutung, Vertreibung und Misshandlung wieder in den Mittelpunkt der wissenschaftlichen und praktischen „sozialen“ Arbeit. Solange am psychiatrisch-medizinischen Krankheits-Bild „Trauma/PTBS“ festgehalten, der letzte Schritt seiner vollständigen Dekomposition also nicht gegangen wird, sind die Chancen für eine (re-)politisierende Enttherapeutisierung, Wiederaneignung und Wiedervergesellschaftung der Konflikt- und Situationsbearbeitung jedoch deutlich eingeschränkt.

### Schluss: Und was bedeutet das für die Soziale Arbeit?

Der Sozialen Arbeit kommt wie schon bei vergleichbaren diagnostischen Zuschreibungen und Bearbeitungsformen (wie ADHS, Autismus, Mobbing, Co-abhängigkeit – um neben dem „Trauma“ die aktuell gängigsten zu nennen) bei der erfolgreichen Etablierung der Krankheits-Entität „Trauma/PTBS“ eine wichtige, wenn auch im Vergleich zu den Institutionen Medizin und Psychiatrie erkennbar untergeordnete Bedeutung zu. Im Prozess der Verallgemeinerung und Veralltäglichen von „Trauma/PTBS“ als einer spezifischen Form entpolitisiert und individualisierter Konflikt- und Situationsbewältigung nimmt die Soziale Arbeit als wenig(er) definitionsmächtige Instanz die Funktion einer „aufgeklärt-aufgeschlossenen“ Popularisierungs- und engagierten Anwendungsagentur psychiatrisch-therapeutischer Konzepte und Perspektiven ein. Mit ihrer großenteils diffus-unreflektierten Aneignung und Anwendung transportiert die Soziale Arbeit psychiatrische Klassifikationssystematiken und Interpretationsmuster in Bereiche der sozial Ausgeschlossenen, Vernachlässigten und Unterprivilegierten, zu denen die klassischen Behandlungsformate ansonsten keinen unmittelbaren Zugang finden würden. Sofern sie nicht selbst – wie zunehmend zu beobachten – mit traumapädagogischen Angeboten den Anspruch auf eine eigenständige professionelle soziale (Trauma-)Arbeit erhebt, wird Soziale Arbeit so zum verlässlichen

Zulieferer und Vermittler für eine expandierende psychiatrisch-medizinisch-psychologische Behandlungsindustrie. Dabei lassen sich innerhalb der Sozialen Arbeit allenthalben Entwicklungen beobachten, die auf eine eingeübte Praxis des oberflächlichen Gebrauchs und inflationären Einsatzes traumabezogener Diagnosen und Therapieformen schließen lassen. Die Mindestanforderungen einer ohnehin schon ausgesprochen vagen Diagnose- und Behandlungspraxis der professionellen Psychiatrie und Psychotherapie werden dabei von der Sozialen Arbeit noch einmal deutlich unterschritten.

Für eine kritisch-reflexive (Theorie- und Handlungs-)Praxis Sozialer Arbeit bedeutet dies allerdings nicht, die Gewährleistung hilfreicher (auch professioneller, auch therapeutischer) Unterstützungsangebote und Ressourcen grundsätzlich in Frage zu stellen oder die Notwendigkeit der (kritischen) Aneignung eines umfassenden Wissens um und des (eigensinnigen) Arbeitens mit den vorgegebenen psychiatrischen und psychologischen Klassifikations- und Diagnosesystemen rundweg zu negieren oder zu verweigern, im Gegenteil. Die kategorialen und institutionellen Vorgaben definitionsmächtiger Instanzen wie der Psychiatrie und der Psycho- oder Pharmako-Therapie (oder des Strafrechts und der Strafjustiz) lassen sich in der Sozialen Arbeit nicht verändern, geschweige denn überwinden, indem man sie als (widersprüchliche) professionelle Realität einfach nur ausblendet und beharrlich ignoriert. Für eine Soziale Arbeit, die sich weiterhin dem Anliegen kollektiver und individueller Emanzipation und Selbstbestimmung verpflichtet sieht, erweist sich aber eine jede Praxis, sei es in der Theoriebildung, sei es in der Forschung oder bei handlungspraktischen Interventionen, die sich die kategorialen Vorgaben definitionsmächtiger(er) Instanzen ohne den erkennbaren Willen zu einer selbstreflexiven Macht- und Herrschaftskritik zu eigen macht, als eine mindestens fragwürdige, vielleicht sogar fahrlässige Preisgabe des Anspruchs auf ein eigenständiges Selbstverständnis – eines Selbstverständnisses, das die Soziale Arbeit wieder anschlussfähig(er) an das eigensinnige Alltagsverständnis und die vielschichtigen Situationsdefinitionen ihrer Nutzer\_innen machen würde.

Die in der Sozialen Arbeit institutionalisierten Verfahren zu problematisieren, die den Zugang und die Erschließung von Ressourcen von einer vorgängigen (Selbst-)Pathologisierung und Therapeutisierung der Nutzer\_innen abhängig machen, würde einen ersten wichtigen (und gewiss mächtige Interessen unmittelbar herausfordernden) „emanzipatorischen“ Schritt darstellen. Sich aus einer kritischen Alltagsperspektive auf die Nutzer\_innen Sozialer Arbeit als grundsätzlich kompetente und artikulations- und handlungsfähige Akteur\_innen einzulassen, ihre kontextbezogenen Konflikt- und Situationsbeschreibungen wie ihre konkrete Benennung hilfreicher Unterstützungsangebote aufzugreifen und in eine

entpathologisierte und enttherapeutisierte Infrastruktur selbstdefinierter Hilfe und Begleitung zu überführen, wäre ein weiterer Schritt, der nicht nur die Wiedervergesellschaftung und Politisierung von Konfliktverhältnissen, schwierigen Situationen und Ereignissen vorantreiben, sondern auch Möglichkeiten für eine (situations-)angemessene individuelle Bearbeitung verstörender und einschneidender Erfahrungen eröffnen würde. Die in den kulturellen Tiefenstrukturen mittlerweile fest verankerte Disposition der Gesellschaft im Allgemeinen und der Sozialen Arbeit im Besonderen, auf psychopathologische Klassifikationen und Kategorien wie Trauma als geeignete Mittel der „Problemdefinition und -bewältigung“ und der Herstellung einer „guten Ordnung“ zurückzugreifen, steht dieser Handlungsalternative und dem damit verbunden Perspektivenwechsel jedoch bis auf Weiteres unverkennbar im Weg.

### *Literatur*

- Anhorn, Roland/Balzereit, Marcus 2016: Die „Arbeit am Sozialen“ als „Arbeit am Selbst“ – Herrschaft, Soziale Arbeit und die therapeutische Regierungsweise im Neoliberalismus: Einführende Skizzierung eines Theorie- und Forschungsprogramms. In: Dies. (Hrsg.): *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: 3-203
- 2016: *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*. Wiesbaden
- Anhorn, Roland/Steher, Johannes 2012: Grundmodelle von Gesellschaft und soziale Ausschließung: Zum Gegenstand einer kritischen Forschungsperspektive in der Sozialen Arbeit. In: Schimpf, Elke/Steher, Johannes (Hrsg.): *Kritisches Forschen in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: 57-76
- Becker, Dana 2005: *The Myth of Empowerment. Women and the Therapeutic Culture in America*. New York/London
- Becker, David 2014: *Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten*. Gießen
- Castel, Françoise/Castel Robert/Lovell, Anne 1982: *Psychiatisierung des Alltags. Produktion und Vermarktung der Psychowaren in den USA*. Frankfurt/M.
- Christie, Nils 2013: Word on words. In: *Restorative Justice*, 1. Jg., H. 1: 15-19
- 1986 [1977]: Konflikte als Eigentum. In: Ders., *Grenzen des Leids*. Bielefeld: 125-145
- Desmond, Matthew 2018: *Zwangsgeräumt. Armut und Profit in der Stadt*. Berlin
- Dineen, Tana 1996: *Manufacturing Victims. What the Psychology Industry is doing to People*. Montreal u.a.
- DSM-5 2013: *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition*, hrsg. von der American Psychiatric Association. Washington/London
- Ferguson, Iaim 2017: *Politics of the Mind. Marxism and Mental Distress*. London
- Fraser, Nancy 2017: Vom Regen des progressiven Neoliberalismus in die Traufe des reaktionären Populismus. In: Geiselberger, Heinrich (Hrsg.): *Die große Regression. Eine internationale Debatte über die geistige Situation der Zeit*. Berlin: 7-91

- Furedi, Frank 2004: *Therapy Culture. Cultivating Vulnerability in an uncertain Age.* London/New York
- Hanak, Gerhard/Steher, Johannes/Steinert, Heinz 1989: *Ärgernisse und Lebenskatastrophen. Über den alltäglichen Umgang mit Kriminalität.* Bielefeld
- Hehnke, Ellen 2017: *Kinder des Krieges – Soziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingskindern für Haupt- und Ehrenamtliche, 2. Aufl.* Baden-Baden
- Kutchins, Herb/Kirk, Stuart A. 1997: *Making Us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders.* New York
- McLaughlin, Kenneth 2012: *Surviving Identity. Vulnerability and the Psychology of Recognition.* London/New York
- Moloney, Paul 2013: *The Therapy Industry. The Irresistible Rise of the Talking Cure, and Why It Doesn't Work.* London
- Steher, Johannes 2018: *Kriminalität als Konflikt.* In: *Kriminologisches Journal* 50. Jg., H. 4: 247-256
- 2016: *Opferdiskurse und Viktimismus in der Sozialen Arbeit.* In: Anhorn, Roland/Balzereit, Marcus (Hrsg.): *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit.* Wiesbaden: 767-779
- 2013: *Vom Eigensinn des Alltags.* In: Bareis, Ellen/Kolbe, Christian/Ott, Marion/Rathgeb, Kerstin/Schütte-Bäumner, Christian (Hrsg.): *Episoden sozialer Ausschließung. Definitionskämpfe und widerständige Praktiken.* Münster: 347-362
- Steher, Johannes/Anhorn, Roland 2018: *Konflikt als Verhältnis – Konflikt als Verhalten – Konflikt als Widerstand: Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit zwischen Alltag und Institution. Einleitende Anmerkungen zum Bundeskongress Soziale Arbeit 2015.* In: Steher, Johannes/Anhorn, Roland/Rathgeb, Kerstin (Hrsg.): *Konflikt als Verhältnis – Konflikt als Verhalten – Konflikt als Widerstand. Widersprüche der Gestaltung Sozialer Arbeit zwischen Alltag und Institution. Dokumentation Bundeskongress Soziale Arbeit in Darmstadt 2015 Band 2.* Wiesbaden: 1-40
- Steinem, Gloria 1995: *Was heißt schon emanzipiert. Meine Suche nach einem neuen Feminismus.* München
- Summerfield, Derek 2016: *Transkulturelle Perspektiven auf die Medikalisierung menschlichen Leidens.* In: Anhorn, Roland/Balzereit, Marcus (Hrsg.): *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit.* Wiesbaden: 527-545

*Roland Anhorn, Evangelische Hochschule Darmstadt,  
Zweifelalltorweg 12, 64293 Darmstadt  
E-Mail: anhorn@eh-darmstadt.de*