

Ambivalenzen eines hegemonialen Traumadiskurses im Kontext Beratung und Soziale Arbeit: Zwischen Einspruch und Anspruch

Georg, Eva

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Georg, E. (2019). Ambivalenzen eines hegemonialen Traumadiskurses im Kontext Beratung und Soziale Arbeit: Zwischen Einspruch und Anspruch. *Widersprüche : Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich*, 39(152), 105-122. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-79818-5>

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.

Eva Georg

Ambivalenzen eines hegemonialen Traumadiskurses im Kontext Beratung und Soziale Arbeit Zwischen Einspruch und Anspruch

Einleitung – der ‘Trauma-Hype’

Im Kontext des *Sommers der Migration 2015*¹ sind nicht nur zahlreiche Publikationen zum Thema ‘Flucht und Trauma’ und Fortbildungsangebote wie: ‘Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen’ oder ‘Flüchtlinge und Trauma’ für Fachkräfte der Sozialen Arbeit, Psychotherapeut_innen und andere Interessierte in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt, es haben sich auch ganze Berufszweige zum Thema ‘Flucht’ neu aufgestellt. Bis heute erscheinen Publikationen und Präsentationen von Studienergebnissen offenbar ungebrochen (Baer und Frick-Baer 2016; Riffer u.a. 2018; Schnyder u.a. 2019; Zito und Martin 2016). Das Thema ‘Trauma’ ist durch die vermehrte Ankunft von geflüchteten Menschen, insbesondere seit 2015, einmal mehr in den Fokus sozialarbeiterischer Aufmerksamkeit, geraten. Während zahlreiche Fachkräfte der Sozialen Arbeit meinten, sich ‘Traumakompetenzen’ in Form von Fortbildungen aneignen zu müssen, war bald auch eine Perspektive festzustellen, die offenbar ‘alle’ geflüchteten Menschen nur noch unter einer ‘Trauma-Brille’ betrachtete (und auch so behandelte). Dies ist ein Phänomen, das bereits schon länger im Kontext von Sozialer Arbeit und insbesondere in Beratungsstellen (z.B. zu Sexualisierter Gewalt) an Bedeutung gewinnt: die Idee, man könnte ohne eine Traumafortbildung die Arbeit mit den Klient_innen nicht mehr leisten und (damit einhergehend) die Tendenz, die ‘Klient_innen’ nicht mehr jenseits der ‘traumatischen’ Erfahrung wahrnehmen zu können, sie damit zu ‘der/dem Traumatisierten’ zu machen und in der Folge auf Basis dieser Folie alle

1 Bernd Kasperek und Marc Speer 2015 haben den Begriff vom (Langen) *Sommer der Migration* geprägt. Der Begriff grenzt sich ab von Berichterstattung, die überwiegend von Krise, Bedrohung und in Metaphern von Naturkatastrophen von Zuwanderung gesprochen hat(te) und versteht die gestiegene Zahl von Migrant_innen als Aneignung von Mobilität durch Menschen, die sich in der EU ein besseres Leben erhoffen.

Aussagen und Handlungen der Klient_in zu interpretieren und weitere Schritte zu planen. Vor diesem Hintergrund widmet sich der Beitrag exemplarisch am Beispiel 'Flucht und Trauma'² zunächst einem Blick auf das derzeit hegemoniale Traumaverständnis im Kontext von Sozialer Arbeit (und Psychotherapie)³. In der Folge geht es mir darum, das Dilemma zu verdeutlichen, das entsteht, wenn einerseits die 'Diagnose Trauma' bzw. 'Posttraumatische Belastungsstörung', als eine Form der Ermächtigung und der Anerkennung, dazu dient, das Leid und die Gewalt, die Menschen angetan wurde, sichtbar zu machen. Andererseits diese 'Diagnose' und die damit einhergehenden Ideen darüber, wie der betreffenden Person (in Form von Übungen und Umgangsweisen) zu 'helfen' sei, zu einer erneuten Erfahrung von Gewalt beitragen. Dabei möchte ich auch den Umgang unter Kolleg_innen thematisieren, wenn im Rahmen von 'Fallbesprechungen' das eigene Erleben von Gewalt und Ohnmacht angesprochen wird. Das Dilemma *Zwischen Anspruch und Einspruch* wird anhand eines Beispiels aus der Beratungsarbeit verdeutlicht.

I Was ist das 'Trauma' und was brauchen 'traumatisierte' Menschen? – Hegemoniale Verständnisse

Das singuläre Ereignis und die neurophysiologischen Prozesse

Hegemoniale Narrative zu Trauma im Kontext Flucht thematisieren fast ausschließlich die (vermeintlich) im Herkunftsland stattgefundene Traumatisierung von geflüchteten Menschen aufgrund von Krieg, Folter, Verfolgung, Gewalt sowie möglicherweise traumatisierende Erfahrungen auf dem Fluchtweg (Borcsa und Nikendei 2017, kritisch dazu bereits Mlodoch 2017). In der Regel findet sich hier ein Traumaverständnis, welches von einem sog. 'Monotrauma' ausgeht, einem einmalig erfahrenen überwältigenden Ereignis im Herkunftsland oder auf dem Fluchtweg. In der Folge leiden diese Menschen an den Folgen dieser traumatischen Erfahrung und damit scheint erklärbar, warum 'sie' sich nicht konzentrieren können, abwesend wirken, teilnahmslos sind, mitunter aggressiv werden usw. Therapeutische Ansätze fokussieren darauf, das Trauma mit speziellen Techniken durcharbeiten, so dass die Therapie in nur kurzer Zeit abgeschlossen werden kann (u.a. Borcsa und Nikendei 2017).

2 Der Beitrag stellt die Debatten in verkürzter (und mitunter generalisierender) Form dar, um eine zu problematisierende Tendenz deutlich zu machen.

3 Es ist eine 'Ver-psychologisierung' der Sozialen Arbeit festzustellen. Damit meine ich, dass Soziale Arbeit sich zunehmend mit psychologischem (und damit auch 'psychotherapeutischen' Wissen) auszustatten scheint, um ihren Arbeitsalltag zu gestalten.

Geht es um 'Trauma', so setzen Texte und Vorträge meist ein mit: „Trauma (gr.) bedeutet 'Wunde' ...“. Doch welche 'Wunde' soll da eigentlich beschrieben werden fragt der Sozialpsychologe David Becker und kritisiert damit zunächst den in den vergangenen Jahren inflationär verwendeten Begriff des 'Traumas' (Becker 2002: 67, auch Mlodoch 2017). Eine festgelegte Definition dessen, was 'Trauma' bedeutet, gibt es nämlich nicht. Es folgen meist allgemeingültige Beschreibungen nach dem ICD-10⁴, in welchem das 'Trauma' nur im Rahmen der Diagnose *Postrauematische Belastungsstörung (PTBS)* definiert ist als:

eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (ICD-10).

Viele, die in den vergangenen Jahren ein einführendes Seminar zum Thema Trauma (sei es ohne Flüchtlingsbezug oder mit) besuchten, haben womöglich 'Gehirn' gespielt – ein Versuch der Seminarleitung, den Teilnehmenden möglichst plastisch die neurophysiologischen Abläufe von Stressverarbeitung und dem Umgang mit dem 'traumatischen Ereignis' im Gehirn nahezubringen⁵. Wenn dieses Verständnis von Trauma nicht 'erfahrungsbezogen' in Form dieses Spiels vermittelt wird, so spätestens im Rahmen eines Inputs auf dieser Fortbildung. Das Verständnis von Trauma, hier dargestellt als das 'überwältigende Ereignis, welches nicht im allgemeinen Bewusstsein und Erinnerung integriert werden kann' (siehe ICD-10) entspricht einer neurophysiologischen Perspektive, die über die Abläufe im Gehirn ungefähr folgendermaßen verstanden werden kann: *Eine Situation wird wahrgenommen. Die Sinnesreize werden im Thalamus, (der somatosensorische, auditorische und visuelle Informationen verarbeitet), gebündelt. Dieser leitet die 'Informationen' an die Amygdala (Verwaltung von Emotionen) weiter. Dort wird 'entschieden', ob ein 'Notfallprogramm' eingeleitet werden muss oder nicht (dies hängt u.a. auch von Ressourcen und Resilienz der Person⁶ ab). Wenn es zum 'Notfallprogramm' kommt, dann kommt es zu einem Versuch der Flucht (flight)*

4 *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Classification of Diseases)-ICD*, das weltweit anerkannte Manual zum Stellen von Diagnosen.

5 Dabei werden die Teilnehmenden in verschiedene Gruppen aufgeteilt, die jeweils stellvertretend verschiedene Teile des Gehirns übernehmen und deren Funktionen nachspielen.

6 Kritisch dazu der aktuelle 'Hype um Resilienz', d.h. jene (meist in den Individuen gedachte) Faktoren, die 'begünstigend' darauf wirken, ob es nach einem Ereignis zu

oder des Kampfes (*fight*). Wenn eines der beiden möglich ist, kommt es nicht zum Trauma. Sollte aber weder Flucht noch Kampf möglich sein, so kommt es zur Starre (*freeze*), die aus Hilflosigkeit, Ohnmacht und Ausgeliefertsein resultiert. Innerhalb des Verarbeitungsprozesses im Gehirn kann dann eine ‘Zersplitterung der Erfahrung’ (*fragment*) die Folge sein, die keine zusammenhängende Wahrnehmung und Verarbeitung des Ereignisses mehr zulässt⁷. Das sog. *Dissoziieren* (*Wegtreten*), das auch später als Symptom im Kontext der *Posttraumatischen Belastungsstörung* (s.u.) beschrieben wird, dient der Lebenserhaltung. Traumata sind demnach zu verstehen als ‘extrem stressreiche äußere Ereignisse’, in denen ein Mensch mit Reizen überflutet wird und nicht mit den üblichen Mustern (*fight/flight*) reagieren kann. Dann reagieren Gehirn und Körper mit *Erstarrung* und *Fragmentierung* (*freeze* und *fragment*).

Folgen der ‘Traumatisierung’ und der Kontakt mit der ‘traumatisierten’ Person

Basierend auf Studienergebnissen zu langfristigen Kriegsfolgen von Vietnamveteranen in den USA wurde in den 1980er Jahren die diagnostische Kategorie *Posttraumatische Belastungsstörung* (*PTBS*) eingeführt. Als typische Merkmale nach dem ICD-10 werden beschrieben: aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis, Alpträume, Betäubtsein, emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit, Freudlosigkeit und Vermeidung von Aktivitäten, die an das Trauma erinnern sowie eine Übererregung des vegetativen Nervensystems oder gesteigerte Schreckhaftigkeit. Auch Angst, Depression oder Suizidgedanken werden als Folgesymptome beschrieben (ICD-10, WHO)⁸.

Wenn die Kernthemen einer ‘traumatischen Erfahrung’ Gefühle der Bedrohung und Hilflosigkeit sind, empfiehlt es sich für eine Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen, das legen die oben dargestellten Beschreibungen nahe, solche Erfahrungen nicht zu wiederholen. Notwendig werden dann eine Haltung

einer Traumatisierung und in welchem Ausmaß kommt, oder nicht (siehe dazu z.B. Balzereit 2018).

7 Dies entspricht einer verkürzten neurophysiologischen Darstellung. Ausführlich siehe z.B. Loew 2017 mit dem bezeichnenden Titel: *Kriegsschauplatz Gehirn*.

8 Unterschieden wird hier in ein Monotrauma (Typ-I), d.h. ein einmalig auftretendes Ereignis, oder einem Polytrauma (auch Komplextrauma, Typ-II) in Form von öfter und andauernd auftretenden Ereignissen. Während sich bei einem Monotrauma häufig die o.g. ‘klassischen’ Symptome zeigen, so haben Polytraumata, laut ICD-10, eher komplexe ‘Störungsbilder’ zur Folge, die eine Veränderung der gesamten Persönlichkeitsstruktur bewirken könnten (ebd.).

und Handlungen, die Sicherheit anstatt Bedrohung vermitteln. So werden von Hantke und Görges 2012 *Struktur, Klarheit, Transparenz, Respekt, Akzeptanz und Wertschätzung* als Grundlagen für den Kontakt mit 'traumatisierten' Menschen und um eine sog. 'Re-Traumatisierung', d.h. eine Wiederholung der 'traumatischen' Erfahrung zu vermeiden, beschrieben (ebd.: 143). In den Trauma-Fortbildungen lernen die Teilnehmenden darüber hinaus und ausgehend von dem neurophysiologischen Erklärungsmodell, dass es wichtig ist, die 'traumatisierten' Menschen zu beruhigen, im Hier-und-Jetzt zu (re-)orientieren, das Ereignis einzuordnen, den eigenen Ressourcenbereich wieder auszudehnen, und ihnen 'beizubringen', wie sie 'gut für sich sorgen können' (siehe exemplarisch ebd.: 6ff.). Dazu gibt es eine Vielzahl von Übungen, z.B. die „Tresorübung“ (imaginär das Ereignis in einem Tresor einschließen), den „Sicheren Ort“, einen „Schutzmantel um sich legen“ (imaginär einen Sicheren Ort/Schutzmantel kreieren, durch den man jederzeit Sicherheit finden kann) oder einen „Notfallkoffer packen“ (in einer kleinen Kiste Gegenstände sammeln, die einem in schwierigen Situationen zur Re-Orientierung oder gegen Selbstverletzung helfen) (ebd.)⁹. Vermittelt wird (im besten Fall) das Wissen darum, dass 'traumatisierte' Personen 'Sicherheit', verlässliche Strukturen und Tagesabläufe, einen tatsächlich (real) sicheren Ort, an dem sie nicht von Gewalt und Unsicherheit bedroht sind und einen wertschätzenden Umgang, der nicht von Machtausübung geprägt ist, brauchen¹⁰. Das sind Bedingungen unter denen, so zeigen Studien, die 'traumatisierten' Personen in der Lage sind, das Erfahrene zu verarbeiten und zu einem 'normalen' Leben (zurück) zu kehren bzw. dieses aufzubauen¹¹ (z.B. Weiß 2016).

9 Viele dieser Übungen stammen aus der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) nach Luise Reddemann (2001). Hier wird auf die Phase der Stabilisierung und der Ressourcenarbeit besonders viel Wert gelegt. Dies steht im Kontrast zu Expositionstherapeutischen Ansätzen, z.B. Frank Neuner, (Mit-)Erfinder der sog. Narrativen Expositionstherapie (NET), die die Position vertreten, dass eine Stabilisierungsphase nicht notwendig sei (Neuner 2008: 109).

10 Dieses Wissen wird v.a. allem in der Traumapädagogik (für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen) rezipiert. Grundsätzlich findet sich hier offenbar eine Perspektive, welche die Forschungen rund um das Thema Sequenzielle Traumatisierung im Gegensatz zu vielen Ansätzen die sich an Erwachsene richten, zu berücksichtigen scheint (dazu weiter unten).

11 Die Psychologin Laura S. Brown hatte bereits 1993 den Passus des 'Ereignisses von außergewöhnlichen Ausmaß' im DSM (3R), dem US-amerikanischen Diagnosemanual kritisiert und die Frage gestellt, an wessen Normalität sich ein 'normales Leben' eigentlich orientiere. Sie machte damit deutlich, dass menschliches Leid und Verletzung scheinbar einer Begrenzung unterliege, die sich an einer *weißen* männlichen, (christ-

II Kritiken, Einwürfe, Ansätze – ‘Kontextualisierte’ Traumaverständnisse

Im Jahr 1993 erschien Judith Hermans Monografie ‘*Narben der Gewalt*’ erstmals auf Deutsch. Sie macht deutlich: jahrzehntelang hatten westliche Frauenbewegungen und Vietnam-Veteranen in den USA gegen eine Leugnung und Bagatelisierung ihrer gewaltvollen Erfahrung und den schmerzlichen Nachwirkungen seitens Gutachter_innen und Psychiater_innen gekämpft. Die Einführung der Diagnose ‘*Posttraumatische Belastungsstörung*’ sorgte nun für eine Anerkennung der Folgen von Gewalt. Ein Durchbruch also – allerdings: Diese Anerkennung von Leid findet bis heute in einer medizinischen Krankheitsssprache statt, denn die ‘*Posttraumatische Belastungsstörung*’ ist eine Krankheitsdiagnose. Die erfahrene Gewalt wird ‘*individualisiert*’ und damit selten in einen (sozialpolitischen) Kontext gesetzt. Anstatt Verhältnisse von Gewalt (z.B. Rassismus, Sexismus) benennbar, und diese auch im Kontext von Beratung und Psychotherapie sichtbar zu machen, arbeitet sich das ‘*Opfer*’ an den Folgen der Gewalt ab, indem die Person (überspitzt formuliert), die Methode des ‘*Sicheren Ortes*’ kennen lernt. Die Form von ‘*Protest*’ mittels der Benennung der Gewalt als ‘*traumatische Erfahrung*’, dem Aufdecken und Sichtbarmachen von Gewalt, von Unmenschlichkeit und der gesellschaftlichen Bezüge (wie z.B. Leugnung und Machtinteressen), das bei Herman noch spürbar war, ist zugunsten kranken-kassenabrechenbarer psychiatrisch-medizinischer Manuale und diagnostischen Einordnungs-Rastern immer mehr in den Hintergrund geraten.

Asylverfahren als ‘traumatischer Prozess’

Hans Keilson, Psychoanalytiker, Mediziner und Pädagoge prägte den Begriff der *Sequenziellen Traumatisierung*. Am Beispiel einer Studie mit Kindern von Shoa-Überlebenden in den Niederlanden¹² brachte er die Relevanz einer zeitlichen Dimension in den Fokus der Analyse von Trauma. Er kann deutlich machen:

lichen, gesunden) prototypischen Erscheinungsform ausrichte. Alltagserfahrungen von Rassismus kämen somit überhaupt nicht in den Blick (Brown 1993: 101), siehe auch Bergold-Caldwell/Wuttig/Scholle 2017.

12 Titel der Studie: *Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern: deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden*. (Keilson, 1979). Für sein Ziel, das kumulative Traumageschehen und dessen Auswirkungen 25 Jahre nach Kriegsende systematisch zu untersuchen, betrachtete Keilson 204 repräsentative Fälle aus einer Gruppe von

Ausschlaggebend dafür, welche Folgen eine (traumatische) Situation hat, ist nicht das Ereignis an sich, sondern (vor allem) das 'Danach', d.h. die Reaktion 'anderer' Menschen – Freund_innen, Verwandte, 'Helfer_innen' (Psychotherapeut_innen, Sozialarbeiter_innen, etc.) sowie äußere Umstände bzw. Lebensbedingungen (ebd.: 2). (Nicht nur) im Rahmen von Flucht und Migration verschiebt dies die Blickrichtung. Anhand einer Studie der Biografien von geflüchteten Menschen kommt auch Silvia Schrieffers 2007 zu dem Schluss: „Es ist nicht allein entscheidend, was initial erlebt wurde, sondern es wird bedeutsam, was auf die traumatische Erfahrung folgt“ (ebd.: 52). Ein solcher Ansatz ermöglicht den Blick sowohl auf Ereignisse als auch auf Kontexte: z.B. der oftmals ungeklärte Aufenthaltsstatus, Erfahrungen von Ausschluss, Diskriminierung, Isolation und oftmals auch Gewalt in den Unterkünften für geflüchtete Menschen in den Aufnahmeländern. Becker 2006 spricht, in Anlehnung an Keilson's Ergebnisse, von der Notwendigkeit, „Trauma als Prozess“ zu verstehen. Er meint damit, „dass es ein 'Nach dem Trauma' nicht gibt, sondern nur einen anhaltenden traumatischen Prozess“ (ebd.: 189). Tätig u.a. als Gutachter für geflüchtete Menschen in deren Aufenthaltsverfahren, berichtet er jedoch:

„Ich habe mir vor einiger Zeit erlaubt, in einem Gerichtsgutachten über einen bosnischen Flüchtling nicht nur zu bestätigen, dass dieser im Sinne des ICD-10 unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leidet, sondern auch, dass er als kumulativ und sequenziell traumatisiert diagnostiziert werden muss. Ich habe dabei besonderes Gewicht auf die Tatsache gelegt, dass die unmenschlichen Erfahrungen, denen er hier ausgesetzt war, z.B. fürchterliche Wohnbedingungen, Arbeitsverbot, Fremdenfeindlichkeit etc. als Teil einer sequenziellen Traumatisierung begriffen werden müssen, die nachträglich die Ursprungstraumatisierungen deutlich verschlimmern. Daraufhin musste ich mir vom Richter die Nachfrage gefallen lassen, wie ich dazu käme, zu meinen, das Leben in der BRD könne im Sinne der Traumatisierungsdefinition des ICD-10 eine extreme und andauernde Belastung darstellen“ (Becker 2006: 171f).

Ein Traumaverständnis, welches psychologische und sozialpolitische Kriterien verknüpft, findet bis heute keine Beachtung, z.B. in Asylverfahren, oftmals aber auch nicht in der alltäglichen Begegnung mit geflüchteten Menschen. Und so hebt auch die Psychologin Ariane Brensell (in diesem Band, S. 89 ff.) die Notwendigkeit einer *Kontextualisierten Traumarbeit* hervor, in denen die wirkenden Machtverhältnisse einer Gesellschaft nicht ausgeblendet werden, sondern als Teil des 'traumatischen Prozesses' anerkannt werden.

2041 jüdischen Kriegswaisen, die zwischen 1925 und 1944 geboren und in den Niederlanden untergebracht worden waren.

Rassismuserfahrungen als 'traumatischer Prozess'

Wird Rassismus als ein solches gesellschaftliches Machtverhältnis anerkannt und in die Analyse der Situation, z.B. einer Klient_in in Kontexten der Sozialen Arbeit, einbezogen, so öffnet sich eine weitere Perspektive im Sprechen über Trauma, die keinesfalls nur geflüchtete Personen betrifft. So beschreiben die Psychoanalytikerin Grada Kilomba 2008 und die Psychologin Astride Velho 2015 bspw. deutlich die Auswirkungen von rassistischen (Diskriminierungs-)erfahrungen auf Prozesse der Subjektivierung. Andere Studien betonen die 'Risikofaktoren' von Gewalt und Rassismus 'für die Gesundheit von Migrantinnen' (u.a. Igel 2010; Prasad 2013) sowie die 'psychischen Folgen' von Rassismuserfahrungen in einer Gesellschaft, in der überwiegend ein Rassismusverständnis vorherrscht, welches Rassismus als Phänomen am 'Rechten Rand' thematisiert (u.a. Sequeira 2015). Viele Menschen kennen sogenannte *rassistische Mikroaggressionen* als Teil ihrer Biographie, welche sich auf vielfältige Weise äußern und einschreiben. Aus psychologischer Sicht hatte Derald Wing Sue rassistische Mikroaggressionen definiert als "brief and everyday slights, insults, indignities and denigrating messages sent to people of color by well-intentioned White people who are unaware of the hidden messages being communicated" (Sue 2010, Abs. 3). *Rassistischen Mikroaggressionen* ist gemein, dass sie als alltägliches Erlebnis in der zwischenmenschlichen, medialen und symbolischen Kommunikation auftreten und von der Mehrheitsgesellschaft nicht als gewaltvoll oder manchmal gar als „gut gemeint“ verkannt werden. Die Folgen dieser Mikroaggressionen können mitunter bedeutende Einschnitte in die psychische Gesundheit, Arbeits- oder Schulleistung, Qualität zwischenmenschlicher Erfahrungen und die Lebensqualität hervorrufen. Betroffene Personen berichten von dem latenten, aber konstanten Gefühl, als die 'anderen' Menschen zweiter Klasse behandelt zu werden, denen mit Misstrauen begegnet wird. Aufgrund der sozialen Umwelt einer *weißen* Mehrheitsgesellschaft ist die Wahrscheinlichkeit der Unsichtbarmachung dieser subtilen Form der Diskriminierung hoch. Einige Psycholog_innen konnten in Studien bereits aufzeigen, dass „race-based traumatic stress“ (Carter 2007), also die kumulierte Erfahrung *rassistischer Mikroaggressionen*, im Falle eines hinzukommenden bedrohlichen Ereignisses wie rassistisches Mobbing oder körperliche Übergriffe zu einer 'Traumatisierung' mit Symptomen der PTBS im Sinne des ICD-10 führen kann. Auch Kilomba beschreibt diese Bemerkungen, Worte, Sprache, Zuschreibungen, Witze und das nicht-repräsentiert-Sein der eigenen Geschichte als 'traumatisierend' (Kilomba 2008). Sie bezieht sich bei ihrem Traumaverständnis entscheidend auf gesellschaftliche und historische Ereignisse und setzt damit die koloniale Erfahrung mit den heutigen Erscheinungsformen von Rassismus in einen Zusammenhang.

Die Auswirkungen rassistischer Gewalterfahrungen und deren Klassifizierung als 'traumatisierend' sind insbesondere in wissenschaftlichen Debatten noch ein marginalisiertes Thema. Andererseits darf die Diskussion auch mit der Anerkennung der Folgen rassistischer Gewalt (z.B. im Rahmen der Krankheitsdiagnose PTBS) vor dem Hintergrund einer drohenden Individualisierung dieser Erfahrungen, nicht stehen bleiben. Und so bleibt auch hier die Notwendigkeit und nicht zuletzt Aufgabe der 'Helfenden', kontinuierlich die 'individuellen' Folgen in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext zu setzen und dies auch gegenüber den Beratungsnehmenden transparent zu machen. Problematisch ist nämlich nicht nur die De-thematisierung und Ent-kontextualisierung der Folgen der Gewalt, sondern immer wieder auch der konkrete Umgang mit den als 'traumatisiert' eingeordneten Personen. So beschreibt die Kulturwissenschaftlerin Mithu M. Sanyal 2016 die Tendenz der 'Helfenden' das vermeintlich 'traumatische Ereignis' bzw. Erfahrung zu 'dem Ereignis' werden zu lassen, welches die gesamte Identität der Person von nun an prägt. Das 'Ereignis' wird in der Folge oft zu alleinigen Erklärungsfolie, auf der die Handlungen und Problematiken dieser Person erscheinen und eingeordnet werden¹³. In Anlehnung an den Beitrag von Schulze und May (in diesem Band, S. 11 ff.) verdeutlicht dies, dass die 'traumatisierten' Subjekte also nicht sprechen können, weil sie damit ein kontinuierliches 'Zum-Schweigen-bringen' und eine erneute 'Viktimisierung' erfahren. Wo aber doch eigentlich Ohnmacht und 'Ent-mächtigung' die prägenden Erfahrungen eines 'traumatischen Erlebens' darstellen, „setzen [diese] technokratische[n] Traumakonzepte das Trauma fort. Sie verhindern eine Verständigung über die gesellschaftliche Vermitteltheit/Mitbedingtheit traumatischer Prozesse [...] und werden so potenziell zum Bestandteil des traumatischen Prozesses (Brensell 2014: 148).

III Mehr Traumaverständnis, weniger Traumaverständnis? – Zwischen Anspruch und Einspruch

Ich möchte im Folgenden anhand eines 'Fallbeispiels'¹⁴ das Dilemma zwischen *Anspruch und Einspruch* im Umgang mit dem hegemonialen Traumadiskurs

13 Dies ist besonders auffällig beim Thema Vergewaltigung oder erlebter sexualisierter Gewalt in der Kindheit (siehe u.a. Sanyal 2016: 92ff.).

14 Mit dem Setzen der Anführungsstriche um den 'Fall' möchte ich die gängige Praxis in Sozialer Arbeit (und Psychotherapie) Menschen und Leiden als 'Fälle' zu klassifizieren kritisieren und auf den inhärenten mechanisierenden und distanzierenden Charakter dieser Begriffsverwendung hinweisen.

verdeutlichen. Dazu wird zunächst ein Vorkommnis aus der Beratungsarbeit vorgestellt – *Bühne 1* und im Abschnitt *Anspruch* theoretisch kontextualisiert. Mit *Bühne 2* und dem darauf folgenden *Einspruch* geht es daran anknüpfend um den Umgang unter Kolleg_innen bei der Thematisierung von Gewalt und Ohnmacht.

Der Bericht – Bühne 1:

Der Beratungsnehmer Herr D. berichtet davon, dass er mit seiner Familie, Frau D. und Kindern, aus Gründen von Gewalt, Verfolgung und auch Folter aus seinem Heimatland geflüchtet sei. Im Jahr 2013 waren sie in Deutschland angekommen. Niemand in der Familie kann aufgrund des ungesicherten Aufenthalts eine Arbeit aufnehmen, kein Deutschkurs wird bezahlt. Frau D. habe in einer der Unterkünfte sexualisierte Gewalt erfahren müssen. Nachdem sie erst in einer anderen Stadt gelebt hätten, seien sie aus persönlichen Gründen umgezogen. Nun wohne er mit der Familie im Vorort einer Kleinstadt. Die Wohnung in der er lebe, sei im Grunde unbewohnbar. Die Möbel würden auseinanderfallen, seien gar eine Gefahr für die Kinder, die sich an den spitzen Kanten und herabfallenden Holzteilen verletzen würden. Türen in der Wohnung könne man nicht schließen, überall sei Schimmel und Dreck. Man könne es auch nicht mehr reinigen. Kurz nach Einzug habe er beim zuständigen Amt gefragt, ob man da etwas machen könne. Eine Mitarbeiterin kam vorbei. Sie sagte, so Herr D., sinngemäß zu ihm: „So eine Wohnung ist für Flüchtlinge gerade gut genug.“ Als man sich um die Möbel stritt, Frau D. und die Mitarbeiterin versuchten diese zu verrücken, verletzte sich die Mitarbeiterin am Arm. Eine Woche später hat Frau D. eine Anzeige wegen Körperverletzung im Briefkasten. Das Verfahren wird später wegen Geringfügigkeit eingestellt.

Herr D. berichtet weiter: Als weiterhin nichts in der Wohnung getan wurde, rief er abermals beim zuständigen Amt an. Wieder kam ein Mitarbeiter, allerdings in Begleitung von zwei Polizisten (ein 'gängiges Verfahren', denn Frau D. war ja offensichtlich gefährlich – gegen sie lag eine Anzeige wegen Körperverletzung vor). Es kommt zum Streit.

Der Besuch endet folgendermaßen: Frau D. hat durch Handlungen der Polizist_innen ein Hämatom am Arm, blutende Wunden im Gesicht und Kopf (sowie anschließend noch mehrere Tage anhaltende Schmerzen im Rückenbereich). Sie wird mit auf die Wache genommen, ihr wird gegen ihren Willen Blut abgenommen, sie wird dort mehrere Stunden festgehalten. Dann holt ihr Mann sie ab und bringt sie zum Arzt. Er erstattet Anzeige. Gegen die Polizei.

Einige Tage später hat Frau D. eine 'Gegen'anzeige der Polizei im Briefkasten. Diese Anzeige lautet: Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte. Während die

Anzeige gegen die Polizei seitens des Mannes schnell eingestellt wird (Begründung: Notwehr), soll die Hauptverhandlung gegen die Frau bald eröffnet werden.¹⁵

Er hat außerdem eine Vorladung vom Gesundheitsamt dabei. Frau X. soll zur psychiatrischen Begutachtung erscheinen. Er habe Angst und Frau D. auch, denn in der Vorladung wird erwähnt, dass Frau D. (u.a. aufgrund der Gefahr, die sie möglicherweise für andere darstelle) in die Psychiatrie eingewiesen werden kann. Wir sprechen ausführlich über die Vorkommnisse. Herr und Frau D. wünschen sich eine Begleitung zum Gesundheitsamt. Ich sage zu.

Eine Woche später im Gesundheitsamt. Ich warte vor dem Haupteingang. Als ich sehe wie zwei Polizisten das Gebäude betreten, denke ich nicht viel dabei. Viel los hier.

Herr und Frau D. kommen. Nach einer ordentlichen Anmeldung am Empfang gehen wir gemeinsam zu dem auf der Vorladung beschriebenen Raum. Ein schmaler Gang, noch einmal links abbiegen, dann sollen wir rechts durch die Türe in den Raum. Davor sitzen, wohl positioniert, die beiden Polizisten.

Das hätte ich mir gleich denken können. Habe ich aber nicht. Ich ärgere mich.

Frau D. steht Panik in den Augen. Ich versuche mich vor die beiden Polizisten zu stellen und Frau D. an mir vorbei in den Raum zu leiten. Dort sitzen wir nun: Psychiater, Dolmetscher, ein Mitarbeiter vom zuständigen Amt, Herr und Frau D. und ich.

Frau D. steht unter Schock. Das ist offensichtlich. Sie sagt auch: „Ich habe Angst. Ich weiß nicht, was hier passiert.“ Mittels Dolmetscher erklärt der Psychiater ihr das Anliegen des Termins. Sie wiederholt ihre Angst. Ich weise auf die Situation mit der Polizei vor der Türe hin, die Vorgeschichte und die psychischen Folgen für Frau D. Der Psychiater zeigt sich unbeeindruckt. Das muss so, sagt er.

Er stellt seine Fragen. Wie sie sich fühle, ob, wie oft und welche Stimmen sie höre. Seit wann das alles so sei. Sie selbst hatte das nicht gesagt – das mit dem Stimmen hören, das hatte der Psychiater eingebracht. Später wird ihr zwar keine Schizophrenie (aufgrund der wenigen vorliegenden Informationen) diagnostiziert, wohl aber eine „schizophrenieforme psychotische Störung“ sowie auch eine „krankheitsbedingt verminderte Belastbarkeit im Umgang mit Kritik oder Konfrontation“. Einige Wochen später wird Frau D. nach einem kurzen Krankenhausaufenthalt, (das sie aufgrund physischer Problematiken zu einer Untersuchung aufgesucht hatte), in die Psychiatrie zwangseingewiesen, wo sie zwei Monate bleiben muss.

15 Zu der Praxis der ‘Gegenanzeigen’ seitens der Polizei siehe Singelstein 2013.

Anspruch: Traumaverständnis der zuständigen Ämter = 0?

Das vorangegangene Beispiel einer Erfahrung aus einer Beratungsarbeit ist verkürzt dargestellt, viele Informationen, genaue Verhaltensweisen und Reaktionen einzelner Akteure fehlen. Es ist in diesem Beitrag nicht das Ziel das Verhalten der Polizei oder den Umgang der zuständigen Ämter mit der 'Beschwerde' von Herrn D. über die unmenschlichen Wohnbedingungen zu thematisieren. Auch an dem kritikwürdigen 'diagnostischen Vorgehen' des Psychiaters möchte ich mich hier nicht abarbeiten. Der Fokus ist die offensichtlich nicht vorhandene Traumasensibilität der Akteure. Anhand des in Abschnitt I vorgestellten Traumaverständnisses wäre folgendes zu konstatieren und im Kontakt mit der Familie zu bedenken gewesen: Frau D. wurde in ihrem Herkunftsland verfolgt und hat Folter erlebt. Möglicherweise ist sie nach ICD-10 deswegen traumatisiert. Möglicherweise waren an der Ausübung der Gewalt staatliche Organe wie z.B. Polizisten beteiligt. Möglicherweise wird sie alleine durch das Sehen uniformierter Personen daran erinnert. Möglicherweise reagiert sie mit Übererregung und Panik. Frau D. hat in Deutschland in einer Unterkunft sexualisierte Gewalt erfahren. Möglicherweise hat das ihre 'Traumatisierung' noch verstärkt. Möglicherweise hat sie große Angst vor einer wiederholten Gewalterfahrung. Möglicherweise wird sie versuchen sich zu wehren, wenn jemand sie auch nur berühren möchte. Möglicherweise spielt mit Blick auf die Situation mit der Polizei, die trotz Weigerung von Herrn und Frau D. in die Wohnung eingedrungen war, hier gerade das 'traumaspezifische' Erleben von Ohnmacht und Kontrolllosigkeit eine große Rolle. Möglicherweise war das zuständige Amt, das gemeinsam mit der Polizei in die Wohnung kommt, über die Vorgeschichte von Frau D. nicht informiert. Doch gehört es möglicherweise zu deren professionellen Auftrag für 'solche' Vorgeschichten von geflüchteten Menschen sensibilisiert zu sein, um situativ adäquat reagieren zu können?

Während diese erste Situation mit der Polizei noch auf Unwissenheit und große Un-Sensibilität zurückgeführt werden kann, so ist dies in der zweiten Situation, der psychiatrischen Untersuchung nicht mehr anzuführen. Die 'Akte' der Frau D. lag allen Beteiligten vor, auch wenn die Version der Polizei zu dem Vorfall (die Eingang in die 'Akte' gefunden hatte), eine andere als die von Frau und Herrn D darstellte. So war zumindest daraus zu schließen, dass Frau D. auf Polizei mit Panik und Angst reagieren könnte. Grundlage einer Vorladung zu einer psychiatrischen Untersuchung ist unter anderem, dass eine Zwangseinweisung vermieden und 'psychisch kranke Menschen beraten und Hilfsmaßnahmen vermittelt' werden sollen. Die fehlende (oder nicht gezeigte) Traumasensibilität des Psychiaters allerdings, sowie der weiteren Beteiligten, ist in diesem Falle eklatant. Als einige Wochen später die Zwangseinweisung erfolgt, wird Frau D. wiederholt einer

massiven Ohnmachts-, Nicht-Mitbestimmungs-, Intransparenz- und Machtlosigkeitserfahrung ausgesetzt.

Der Bericht – Bühne 2:

In einem Gespräch mit einer Kollegin zu der Frage, wie wir in der Zusammenarbeit mit Herr und Frau D. weiter vorgehen sollten, sagt diese: „Im Fokus steht ja jetzt auch erst einmal die Frau D. Es wäre wohl wichtig mit ihr Richtung Trauma zu arbeiten – dass sie lernt, ihre Anspannungszustände zu reduzieren, vielleicht Übungen, so mit dem Knautschball drücken, wenn sie hoch erregt ist, dass sie das mal in den Griff bekommt. Und dann mal weiter sehen“.

Seit 7 Jahren arbeite ich in diesem (Beratungs-)Feld der sozialen Arbeit. Ich berichte in einer Supervision mit meinen Kolleg_innen von dem ‘Fall’. Eigentlich habe ich keine guten Erfahrungen, mein eigenes Gefühl der Hilflosigkeit, Wut und Empörung in der Supervision anzusprechen. Eigentlich aber will ich es auch nicht hinnehmen, dass dort offenbar (aus meiner Perspektive) kein Raum für diese Gefühle zu sein scheint. Ich versuche es also noch einmal. Ich will gar keinen ‘Rat’ zu diesem speziellen ‘Fall’. Auch spreche ich andere ‘Fälle’ an. Ich berichte, dass ich traurig bin. Traurig mit dieser ganzen Gewalt. Vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftspolitischer Debatten, Angst empfinde, wo das alles noch hinführen soll. Dass mich das gerade wirklich sehr bewegt.

Ich sage, dass ich gar nicht viel hören will, sondern frage, wie es den Kolleg_innen geht, ob sie auch Empörung empfinden, ob wir uns heute einmal gemeinsam empören können. In Anerkennung dieser Gewalt, vielleicht. Ich berichte, dass ich mich manchmal auch hilflos fühle, in dieser Arbeit hier.

Die Kolleg_innen hören zu. Dann sagen sie:

„Ja, weißt du, wenn ich nicht genügend meditiere, dann geht es mir auch so, dann komme ich mit all dem nicht mehr so gut zurecht“.

„Mmh, ja, vielleicht ist es, weil du so viel allein arbeitest, allein im Büro. Mir ging das auch mal so“.

„Das Thema Selbstfürsorge ist wirklich sehr wichtig für unsere Arbeit. Auch so ‘Sekundärtraumatisierung’. Immer wieder Distanz zu den Fällen einnehmen. Feierabend machen. Andere Sachen machen“.

„Mensch du, wir müssen echt darauf achten, dass du in Zukunft nicht so krasse Fälle bekommst. Die sind schon herausfordernd“.

Einspruch: Traumaverständnis der Kolleg_innen = ?

Während ich oben an die Mitarbeiter_innen der verschiedenen Ämter den *Anspruch* formuliere, sich mehr Kompetenzen im Bereich 'Traumasensibilität' anzueignen, mir mehr von einem neurophysiologischen Traumaverständnis, einem Wissen um die Symptome der PTBS sowie einen dementsprechenden Umgang mit 'traumatisierten' Menschen wünsche, so formuliere ich hier einen *Einspruch*.

Einspruch an meine Kolleg_innen hinsichtlich der Übernahme eines hegemonialen, entkontextualisierten und neurophysiologischen Traumaverständnisses. *Einspruch*. Dagegen, dass sich viele der Kolleg_innen, die sich als gesellschafts- gar machtkritisch positionieren, wenn es um 'Trauma' geht, nicht nur methodische Vorgehensweisen offenbar unhinterfragt übernehmen, sondern hier im Grunde eine (zweifache) Individualisierung und Pathologisierung vornehmen. Individualisierung der Frau D., indem tatsächlich 'Knautschbälle gegen das Trauma' als 'der' Vorschlag einer weiteren Arbeit mit Frau D. angebracht wird. Individualisierung meiner Erfahrung, indem mir vorgeschlagen wird, mehr zu meditieren, weniger alleine zu arbeiten, mir eine Sekundärtraumatisierung 'diagnostiziert' sowie mangelnde 'Selbstfürsorge' in Form von Distanzierungsunfähigkeit attestiert wird.

Wenn 'Trauma' verstanden wird als 'Prozess' und in Anerkennung dessen, dass 'wir' immer Teil des 'traumatischen Prozesses' sind, dann findet hier sowohl für Frau D. aber auch für mich als Mitarbeiterin eine Fortsetzung der Gewalterfahrung statt. Was ich hätte brauchen können? Ein Nicken. Vielleicht Schweigen. Anerkennung. Keinen Vorschlag. Keine Tipps. Keine Analysen. Eigentlich jene Umgangsweise, die zu einer 'professionellen' Berater_innenkompetenz gehört. Im Kontext 'Trauma' und im kollegialen Umgang scheint das nicht möglich. Verstärkt wird (auch meine) Ohnmacht, verstärkt wird (auch meine) Hilflosigkeit, verstärkt wird (auch meine) Sprachlosigkeit. 'Gute Ratschläge' und Pathologisierungen tragen nicht zu einem Empowerment in diesem Arbeitsfeld bei. Empowerment kommt vielmehr aus der Anerkennung der Gewalt, des Schmerzes und dessen Sichtbarmachung – ganz so wie ursprünglich einmal mit der Benennung von 'Trauma' und den Folgen intendiert.

IV Strategischer Trauma-Diagnostizismus? – Welche Schlüsse lassen sich für Soziale Arbeit und Beratung ziehen?

Die post-/koloniale Philosophin Gayatri C. Spivak, viel zitiert, hatte den Begriff des 'Strategischen Essentialismus' geprägt. Sie sprach sich damit für einen 'strategischen' Bezug auf Identitäten (wie z.B. Frauen) aus, um bestimmte politische

Forderungen durchzusetzen, jedoch nicht um diese Identitäten als 'essentiell' und 'tatsächlich existierend' anzuerkennen. Die Erziehungswissenschaftlerin Bettina Wuttig benutzt den Begriff des *Strategischen Neuroessenzialismus*, ebenfalls in Anlehnung an Spivak, als Bezugspunkt, um eine Kritik an neoliberal geprägten sozialen Anforderungen und das kontinuierliche Stresslevel, welches diese auf physiologischer Ebene auslösen, zu formulieren (Wuttig 2014: 327). Es kann, wie beschrieben in *Bühne I*, sinnvoll sein, mit einem hegemonialen Verständnis und der Diagnose 'Trauma' zu arbeiten und die Berücksichtigung der 'Traumafolgesymptome' auch in der Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Institutionen immer wieder einzufordern. Für viele Menschen, die Gewalt erlebt haben ist die 'Diagnose Trauma' eine Anerkennung dessen, dass diese Gewalt geschehen ist und Folgen hinterlassen hat. So lässt sich ein *Strategischer Trauma-Diagnostizismus* vielleicht zunächst als eine (Übergangs-)lösung im Sprechen über 'Trauma' formulieren.

In der Rolle der 'Helfenden', in der Sozialen Arbeit, in der Beratung, in der Psychotherapie allerdings gilt es wohl die hier (und anderswo) formulierte Kritik nochmals zu betrachten und zu überprüfen, was genau hinter einem Fokus auf die Methoden zur 'Mobilisierung von Ressourcen', den 'Übungen zur Stabilisierung', den 'Sekundärdiagnosen' und den 'guten Ratschlägen an die Kollegin' steckt.

Der Psychologe und Psychotherapeut Klaus Ottomeyer 2011 bemerkt in einem Beitrag zum Thema *Traumatherapie zwischen Widerstand und Anpassung*, dass Fachbeiträge (und Umgangsweisen) mit dem Thema 'Trauma' immer mehr einer 'Buchhaltersprache' gleichen würden. Er fragt, ob hier wohl *Mechanismen der Traumaabwehr* wirken, die gegen das (Wieder-)erleben der traumatischen Bilder und Gefühle helfen: „Vermeidung, Dissoziation, Depersonalisierung (Kriterien C nach DSM-IV)“ (Ottomeyer 2011: 3). Er rekurriert auf Forschungen von Wilson und Lindy, die bereits 1994 im Rahmen einer Studie gezeigt haben, dass bei vielen Traumatherapeut_innen ein spezieller 'Reaktionstyp' auszumachen sei – „einem 'Rückzug' in eine Blank-Screen-Fassade und in auffällige Intellektualisierungen [...]. Auch das Abtauchen in die scheinbar exakten Ereignisse und in die Sprache der Hirnforschung kann vom Schrecken ablenken“ (ebd.). Das Fixieren auf Methoden und 'Rechthabenwollen', so Ottomeyer, kann der Angstabwehr und Dialogvermeidung dienen und so sei gerade „im Umgang mit dem Thema Trauma in der Alltagskommunikation wie der Wissenschaft eine 'Neunmalklugheit' der Kommentatoren zu beobachten, aus der unsere Angehörtheit und unsere Solidarität mit den Unterdrückten völlig gewichen zu sein scheint“ (ebd.: 6). Was Ottomeyer hier für den Kontext Therapie beschreibt, ist im Feld der psychosozialen Beratung nicht anders. Wenn offenbar einerseits das Vorhandensein von 'Traumakompetenz' (aus neurophysiologischer Perspektive)

zum üblichen Anforderungsprofil in aktuellen Stellenbeschreibungen der Sozialen Arbeit gehört, so stellt dies auf der anderen Seite in bestimmten Behörden und Ämtern (noch) kein Standard für die Qualifikation von Mitarbeitenden dar. In diesem Sinne bewegt sich das Sprechen über 'Trauma' stets im Dilemma zwischen *Einspruch* und *Anspruch*. Einen *Anspruch* an Mitarbeitende von Behörden und Ämtern (wie Polizist_innen, den Psychiater, aber sicherlich die in Sozialer Arbeit ausgebildete Mitarbeiterin eines Sozialamts) zu formulieren erscheint aus der Warte des 'außerhalb' einfach. Was aber ist mit dem *Einspruch*, der im Grunde letztlich auch einen *Anspruch* darstellt. Einem *Anspruch*, nicht nur an eine sich zu Macht- und Herrschaftsverhältnissen kritisch verhalten wollende Positionierung Sozialer Arbeit, sondern auch ganz einfach aus 'Professionalitätsgründen': den Beratungsnehmenden nicht noch mehr Gewalt antun zu wollen als dies bereits sowieso schon geschehen ist. Es soll dabei nicht um 'das Eine' oder 'das Andere' gehen. Den vermittelten Methoden (zur Beruhigung, Stabilisierung etc.) soll nicht der Sinn abgesprochen werden. Das neurophysiologische Wissen um den Ablauf 'traumatischer' Prozesse im Gehirn (und anderen Teilen des Körpers) sind überaus hilfreich, nicht nur für betroffene Personen, die nicht einordnen können, was gerade in ihrem Körper passiert und die sich über diese Kenntnisse eine Form der Kontrolle (wieder) aneignen können, sondern auch für Beteiligte (aus den unterschiedlichen 'Hilfe'systemen), um das schmerzvolle Erleben 'traumatisierter' Menschen nicht zu verstärken. *Einspruch* formuliere ich allerdings entschieden gegen die Tendenzen, die sich in den vergangenen Jahren in Kontexten Sozialer Arbeit und insbesondere den sich als kritisch und konträr zu Machtverhältnissen positionierenden Beratungsstellen, wie z.B. feministisch geprägte Angebote oder Beratungsstellen zu Diskriminierung und verschiedenen Formen von Gewalt) in der Arbeit mit 'Trauma', abzeichnen. Darunter fällt die Praxis, sich hegemoniale Verständnisse von Trauma mitsamt ihres theoretischen Überbaus und der Methoden anzueignen und diese zum Teil nicht nur unhinterfragt, sondern auch ohne weitere Kontextualisierung der erlebten Gewalt in der Arbeit mit Beratungsnehmenden anzuwenden. Das (innere und mitunter auch äußere) 'Label' einer sich als kritisch verstehenden Position reicht hier nicht aus. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Verständnis von 'Trauma' muss in der gelebten Praxis, (bitte auch mit den Kolleg_innen), deutlich werden und sollte auch im Sinne eines *Anspruchs* einer an 'Qualität' und 'Professionalität' orientierten Sozialen Arbeit praktiziert werden.

Literatur

- Baer, Udo; Frick-Baer, Gabriele 2016: Flucht und Trauma: Wie wir traumatisierten Flüchtlingen wirksam helfen können. Gütersloh
- Balzereit, Marcus 2018: Wir sind keine Stehaufmännchen. Interview mit Marcus Balzereit <https://www.publik-forum.de/Publik-Forum-24-2018/wir-sind-keine-stehaufmaennchen#close> (Zugriff am 21.03.2018)
- Becker, David 2006: Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten. Berlin – 2002. Flüchtlinge und Trauma. Interview mit David Becker
- Bergold-Caldwell, Denise; Wuttig, Bettina; Scholle, Jasmin 2017: Always placed as the other. Rassialisierende Anrufungen als traumatische Dimension im Kontext Schule. In: Handbuch Trauma – Pädagogik – Schule. Bielefeld, S. 281–307
- Brensell, Ariane 2014: Traumaverstehen. In Brensell, Ariane & Weber, Klaus (Hrsg.): Störungen (S. 123–150). Hamburg: Argument Verlag
- Borcsa, Maria; Nikendei, Christoph 2017: Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung: Eine praxisorientierte und interprofessionelle Perspektive auf die Hilfe für Flüchtlinge. Stuttgart
- Brown, Laura 1993: One Feminist Perspective on Psychic Trauma. In: Caruth, Cathy (Hrsg.): Trauma. Explorations in Memory. Baltimore, S. 100–113.
- Carter, Robert, T. 2007: Racism and psychological and emotional Injury: Recognizing and assessing race-based traumatic stress. *The Counseling Psychologist*, 35(1), S. 13–105
- Hantke, Lydia; Görges, Hans-Joachim 2012: Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn
- Henkel, Jennifer; Neuß, Norbert u.a. (Hrsg.) 2018: Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrungen: Pädagogische Perspektiven für die Schule und Jugendhilfe. Stuttgart
- ICD-10 2018: Verfügbar unter <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html> (Zugriff am 20.03.2019)
- Igel, Ulrike 2010: Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von Migrantinnen. In: *Psychiatrische Gesundheit*. (37), S. 183–190
- Kasperek, Bernd; Speer, Marc 2015: Of hope. Ungarn und der lange Sommer der Migration, <http://bordermonitoring.eu/ungarn/2015/09/of-hope/> (Zugriff am 21.03.2019)
- Keilson, Hans 2002: Sequentielle Traumatisierung bei Kindern durch man-made-desaster. In: Endres, Manfred; Biermann, Gerd (Hrsg.): Traumatisierung in Kindheit und Jugend. München, S. 44–58
- 1979: Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Stuttgart
- Kilomba, Grada 2008: Plantation Memories: Episodes of Everyday Racism. Münster
- Loew, Thomas H. 2017: Kriegsschauplatz Gehirn: Schadensbegrenzung bei traumatischen Belastungen. Gießen
- Mlodoch, Karin 2017: Gewalt, Flucht – Trauma?: Grundlagen und Kontroversen der psychologischen Traumaforschung. Göttingen

- Neuner, Frank 2008: Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie, 18,3, S. 109–118
- Ottomeyer, Klaus 2011: Traumatherapie zwischen Widerstand und Anpassung. In: Journal für Psychologie. 19 (3), S. 1–19
- Prasad, Nivedita 2013: Gewalt und Rassismus als Risikofaktoren für die Gesundheit von Migrantinnen <https://heimatkunde.boell.de/2013/11/18/gewalt-und-rassismus-als-risikofaktoren-f%C3%BCr-die-gesundheit-von-migrantinnen> (Zugriff am 21.3.2019)
- Quindeau, Ilka; Rauwald, Marianne 2017: Soziale Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen: Traumapädagogische Konzepte für die Praxis. Weinheim
- Reddemann, Luise 2001: Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart
- Riffer, Friedrich; Kaiser, Elmar; Sprung, Manuel; u.a. (Hrsg.) 2018: Das Fremde: Flucht Trauma Resilienz: Aktuelle traumaspezifische Konzepte in der Psychosomatik. Berlin Heidelberg
- Sanyal, Mithu M. 2016: Vergewaltigung. Hamburg
- Schnyder, Ulrich; Maier, Thomas; Naser, Morina; u.a. 2019: Trauma – Flucht – Asyl: Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung. Göttingen
- Schriefer, Silvia 2007: Trauma und Bewältigungsmöglichkeiten – eine subjektwissenschaftliche Untersuchung von Ressourcen in Flüchtlingsbiographien. Saarbrücken
- Sequeira, Dileta Fernandes 2015: Gefangen in der Gesellschaft – Alltagsrassismus in Deutschland: Rassismuskritisches Denken und Handeln in der Psychologie. Marburg
- Sue, Derald Wing 2010: Racial microaggressions in everyday life: Is subtle bias harmless?. In: in Psychology Today www.psychologytoday.com/blog/microaggressions-in-everyday-life/201010/racial-microaggressions-in-everyday-life (Zugriff am 21. 3. 2019)
- Velho, Astride 2015: Alltagsrassismus erfahren: Prozesse der Subjektbildung – Potenziale der Transformation. Frankfurt am Main
- Weiß, Wilma 2016: Philipp sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim
- Wilson, John P.; Lindy, Jacob D. 1994: Countertransference in the Treatment of PTSD. New York
- Wuttig, Bettina 2014: Der Fall des Traumas: zur somatischen Dimension geschlechtlicher Subjektivierungen. Eine Schrift zur Einführung in die Soma Studies (Dissertation). Marburg
- Zimmermann, David; Eckert, Melanie 2016: Traumapädagogik in der Schule: Pädagogische Beziehungen mit schwer belasteten Kindern und Jugendlichen. Gießen
- Zito, Dima; Martin, Ernest 2016: Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen: Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche. Weinheim