

Thomas Schlingmann:

Was bisher war, das reicht nicht

Eine kritische Einschätzung der bisherigen Forschung gegen sexualisierte Gewalt

Zusammenfassung

Forschung gegen sexualisierte Gewalt und Traumaforschung stehen bisher oftmals unverbunden nebeneinander. Zugleich gibt es in der Traumaforschung Grenzen, die aus der PTBS-Diagnose herrühren. Diese beiden Phänomene drücken sich auch in der derzeit geförderten Forschung aus. Der Autor erörtert Ideen und Versuche, eine Reduzierung von Betroffenen sexualisierter Gewalt auf Forschungsobjekte zu überwinden und in einem gemeinsamen Forschungsprozess zu einem neuen Verhältnis von Wissenschaft, Betroffenen und Praxis zu kommen.

What has been so far, is not enough

A critical view on the past research against sexual violence

Summary

Research against sexual violence and trauma-research are often more or less unconnected. To add to this trauma-research has limitations which result from the PTSD-diagnosis. Both phenomena find their reflection in the research actually financed. The author discusses ideas and first attempts to overcome a reduction of survivors of sexual violence to objects of research towards a new relationship between scientists, practitioners and survivors in a common research.

Schlüsselwörter

Forschung gegen sexualisierte Gewalt, Traumaforschung, Förderung, Partizipation, betroffenenkontrollierte Forschung

Keywords

Research against sexual violence, trauma-research, financing, participation, survivor-controlled research

Traumaforschung und Forschung gegen sexualisierte Gewalt

Es gibt eine merkwürdige Trennung zwischen Traumaforschung und Forschung, die sich explizit mit sexualisierter Gewalt beschäftigt. Während Traumaforschung stark von biomedizinischen Konzepten sowie Universitäten und Kliniken dominiert ist, treffen sich in der zweiten eher Sozial- und Erziehungswissenschaftler_innen, es gibt außeruniversitäre Forschungsinstitute oder Kooperationen mit nicht-akademischen Einrichtungen.

Die medizinische Forschung gilt als an naturwissenschaftlichen Kriterien orientierte Forschung, welche die „harten“ Fakten liefert. Sozialwissenschaftlicher Forschung haftet an, eher diffus zu sein und öfter Ergebnisse zu produzieren, die nicht auf alle übertragbar sind. Beide Bereiche haben verschiedene Praxisfelder, auf die sie sich beziehen: den stationären, (eingeschränkt auch den ambulanten) therapeutischen Bereich und die Vielfalt der Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe bzw. der Pädagogik.

Das Traumamodell, das sexualisierte Gewalt als eine Form von Traumatisierung begreift wurzelt im medizinischen Diskurs. Gleichzeitig erleben wir aber, dass auch in Schulen und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe das Traumamodell in zunehmendem Maße zur Erklärung der Auswirkungen sexualisierter Gewalt genommen wird. Neben der Traumatherapie gibt es inzwischen die Traumafachberatung und die Traumapädagogik. Eine Prüfung der Tauglichkeit der medizinischen Konzeption für die pädagogische Praxis findet im Regelfall aber nicht statt. In der Traumatheorie findet ohnehin eine Reduzierung des komplexen Sachverhalts „sexualisierte Gewalt“ auf variablenpsychologisch erfassbare Vorgänge statt – bei der Rezeption in der pädagogischen Praxis werden diese oftmals erneut reduziert auf einfache, tendenziell mechanische Vorstellungen. In der Psychotraumatologie sind durchaus kritische Stimmen vorhanden, Fischer und Riedesser haben z.B. formuliert: *„Die Bandbreite dieser (...) traumatischen Situationserfahrungen ist so groß, dass bei den Folgeerscheinungen ein einheitliches ‚Traumasyndrom‘ kaum zu erwarten ist.“* (2003 S. 44). Solche Überlegungen werden aber weder in der vorherrschenden Mainstream-Psychotraumatologie noch in der pädagogischen Praxis aufgegriffen. Ein genauerer Blick auf das, was Traumaforschung über sexualisierte Gewalt sagen kann, macht zudem deutlich, dass es systembedingte Grenzen gibt.

Kritik der modernen Traumaforschung

Der Durchbruch der modernen Traumaforschung begann bekanntermaßen mit der Einführung der Diagnose PTSD in das amerikanische Manual der psychiatrischen Krankheiten DSM III. Bessel van der Kolk hielt dazu fest: *„Die PTBS-Diagnose des DSM-III war nicht das Ergebnis gründlicher faktorenanalytischer Untersuchungen des Symptombildes von Personen, die an einer ‚traumatischen Neurose‘ litten, sondern eine Zusammenstellung von Symptomen, die auf Basis von Literaturstudien, genauem Studium von Krankenblättern und wohldurchdachtem politischem Vorgehen erreicht wurde.“* (van der Kolk et al. 2000 S. 86) Unter anderem in dieser Wurzel liegt die Begrenztheit der modernen Traumaforschung begründet. Das DSM III schlägt eine symptomorientierte Diagnostik vor. Forschung, die sich am DSM orientiert, ist konsequenterweise eine symptomorientierte Forschung. Die Traumadefinition im DSM wurde seit 1980 mehrfach geändert. Inzwischen wird im DSM V „sexual violation“ (APA 2013) explizit als mögliches Trauma genannt, während anfangs ein gewisser Widerstand seitens der zuständigen Kommission gegeben war, mögliche Auswirkungen sexualisierter Gewalt unter eine Diagnose mit Kriegsneurosen zu fassen (Mosser & Schlingmann 2013). Die nach wie vor vorhandene Unschärfe und das Problem, dass ein Ereignis eben nicht identisch ist mit der subjektiven Repräsentanz desselben, sind dennoch bis heute nicht behoben. Es hat sich eine retrospektive Logik eingebürgert, der zufolge ein Ereignis dann traumatisch ist, wenn eine Person traumatisiert ist, was wiederum dadurch definiert ist, dass die Folgen des Ereignisses entsprechend den Diagnosemanualen als traumatisch einzustufen sind. Überspitzt gesagt wird aus einem Ereignis erst durch die Vergabe einer Diagnose ein Trauma (Mosser & Schlingmann 2013). Die Einbeziehung sexualisierter Gewalt in die Traumadefinition hat keine grundlegende Erweiterung des Traumakonzeptes bewirkt, vielmehr wurde sexualisierte Gewalt auf die mit der PTBS-Diagnose erfassbaren Symptome reduziert.

Die Mainstream-Traumatheorie dekontextualisiert nach wie vor das traumatische Ereignis:

- Das traumatische Ereignis wird auf die passenden Auswirkungen für das betroffene Individuum reduziert und dieses wird geschlechtsneutral und alterslos konstruiert. Die Absichten der Täter_innen spielen keine Rolle, ebenso wenig die gesellschaftliche Bedeutung (Schlingmann 2009). In der Einleitung von „Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinien und Quelltexte“ findet sich folgende Kritik: *„Das Konstrukt PTSD erfasst das Opfer nur noch als pathologische Entität, damit produziert es eine Individualisierung des Opfers, wogegen beispielsweise die Anwendung*

gesellschaftlich sanktionierter Gewalt konstitutiv für das Entstehen der Symptomatik ist.“

(Liebermann et al. 2002 S. 18). Eine grundlegende Umkehr hatte diese Kritik nicht zur Folge.

- Nicht erst seit Leonore Terr (1995) wird viel über Unterschiede zwischen Man-Made und anderen Traumata gesprochen, im Verständnis der Abläufe gibt es aber keine grundlegenden Unterschiede. Der Unterschied zwischen beiden Traumtypen reduziert sich auf einen quantitativen: Man-Made Traumata sollen heftigere Symptome auslösen. Eine adäquate Differenzierung findet weder im DSM noch in der ICD statt.
- Ebenfalls seit langem diskutiert wird der Unterschied zwischen einem einmaligen begrenzten Ereignis und langanhaltenden Traumata. Dies ist die zweite Achse des von Terr (1995) vorgeschlagenen Vier-Felder-Schema. Auch hier gibt es aber im Verständnis der Abläufe keine grundlegenden Unterschiede, sondern eher unterschiedliche Quantitäten. Ein Trauma von Typ I soll weniger Symptome auslösen als von Typ II. Der Vorschlag zur Aufnahme einer Entwicklungsstraumastörung (van der Kolk 2009) in das DSM V ist abgelehnt worden, Konzepte wie die sequentielle Traumatisierung (Keilson 1979) oder gar die kumulative (Khan 1963) fristen nach wie vor ein Nischendasein. Ein Blick in die aktuell vom BMBF geförderte Forschung zeigt, dass sich kein einziges gefördertes Projekt mit solchen Konzepten beschäftigt. Lediglich die „transgenerationale Weitergabe“ von Traumata wird in einem Forschungsverbund untersucht.
- Geschlecht oder gar Gender existiert als Kategorie innerhalb der Traumatheorie nicht. Übereinstimmend berichten allerdings Studien, dass Männer wesentlich öfter als Frauen potentiell traumatischen Situationen ausgesetzt sind, dennoch signifikant seltener PTSD entwickeln (Norris, Foster & Weishaar 2002). Die Erklärung, dass Frauen eben anderen potentiell traumatischen Situationen ausgesetzt seien als Männer, und deshalb häufiger PTSD-Symptome entwickeln würden, widerspricht dem Gedanken, alle Situationen unter einen Traumabegriff zu fassen.

In der Gesundheitsforschung liegt nur in einem der geförderten Projekte „*ein besonderer Fokus*“ „*in der Identifizierung geschlechtsspezifischer und individueller Auffälligkeit bzw.*

Widerstandsfähigkeit“. Dazu werden an der Uni Magdeburg Tierversuche durchgeführt, ob frühkindliche Misshandlung und Vernachlässigung die „funktionelle Reifung der neuronalen Schaltkreise stört, die für sozio-emotionales Verhalten relevant sind.“ (BMBF o.J.).

Genderunterschiede werden hier also im Gehirn gesucht. Die dieses Projekt leitende Traumaforscherin Braun träumt konsequenterweise „*...vielleicht kann man da ja doch irgendwann eingreifen und das Gehirn wieder auf normal drehen*“? (Leslöllmann 2002).

Bis auf Ausnahmen ist die heutige Traumaforschung eine Forschung zu PTSD-Symptomen und sehr oft zu neurologischen Niederschlägen oder ebensolchen vermeintlichen Ursachen.

Das reicht nicht, Forschung zu sexualisierter Gewalt muss mehr sein. Sie muss die gesellschaftliche Einbettung z.B. Gender einbeziehen. Es gibt durchaus Ansätze in diese Richtung, z.B. das ökologische Modell, was Hagemann-White u.a. angewendet haben, allerdings nicht im Rahmen klassischer Traumaforschung, sondern im Rahmen von Gewaltforschung für die EU (Europäische Union 2011). Die bisherige Traumaforschung hat zentrale Elemente sexualisierter Gewalt noch gar nicht erfasst, wie z.B. die grundlegende Angst vor dem Ausschluss von der Verfügung über die eigenen Lebensbedingungen, die mit der Erfahrung zum Objekt gemacht zu werden, einhergeht. Existenzangst zu reduzieren, auf Angst vor der direkten körperlichen Vernichtung, greift zu kurz. Aussagen, die ausgehend von solch einer Reduzierung über die Auswirkungen von Gewalt getroffen werden, ähneln Aussagen, die aufgrund eines Haufens Mehl über den Geschmack von Kuchen getroffen werden: Sie gehen an der Sache weitgehend vorbei – auch wenn mancher Kuchen mehlig schmeckt.

Der Direktor des us-amerikanischen „National Institutes of Mental Health“ kritisiert das symptomfixierte DSM grundlegend als nicht valide genug:

„The strength of each of the editions of DSM has been “reliability” – each edition has ensured that clinicians use the same terms in the same ways. The weakness is its lack of validity. Unlike our definitions of ischemic heart disease, lymphoma, or AIDS, the DSM diagnoses are based on a consensus about clusters of clinical symptoms, not any objective laboratory measure. In the rest of medicine, this would be equivalent to creating diagnostic systems based on the nature of chest pain or the quality of fever. Indeed, symptom-based diagnosis, once common in other areas of medicine, has been largely replaced in the past half century as we have understood that symptoms alone rarely indicate the best choice of treatment.“ (Insel 2013).

Trotz dieser Begrenzungen hat die Medizin zunehmend die Deutungshoheit über die Psychotraumatologie gewonnen. Neurobiologische Erklärungsmuster werden nach einer traumapädagogischen Fortbildung von Erzieher_innen als kausale Ursachenmodelle den Betroffenen im Rahmen einer Psychoedukation verkauft; selbst fundierte, gut verständliche Modelle der Traumatisierung nach sexualisierter Gewalt, wie das der vier traumatogenen Faktoren des Sozialwissenschaftlers David Finkelhor und der Sozialpsychologin Angela Browne (1985) sind immer noch weitgehend unbekannt.

Die aktuelle Forschung in Deutschland

Als eine der ersten Reaktionen auf die Entdeckung der massenhaften sexualisierten Gewalt in pädagogischen Einrichtungen durch die Öffentlichkeit wurde vom BMBF ein Forschungsauftrag vergeben, der aktuelle Prävalenzzahlen über sexualisierte Gewalt liefern sollte. Noch vor Ende des Runden Tisches sexueller Kindesmissbrauch konnte Ministerin Schavan auf einer Pressekonferenz verkünden: Der sexuelle Kindesmissbrauch sei zurückgegangen (BMBF 2011). Nicht berichtet wurde, dass das beauftragte Kriminologische Institut Niedersachsen ein Studiendesign verwendete, was die sexualisierte Gewalt in der Gesamtbevölkerung nicht in vollem Umfang erfassen konnte. Dies wurde von Mitgliedern des Beirats schon früh angemerkt und später auch in der Veröffentlichung eingeräumt (Stadler et al. 2012 S.59ff).

Es folgte ein Förderprogramm mit Linien „Forschung zur Prävention sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in pädagogischen Kontexten“ (21 Projekte, Fördervolumen 12 Mill. €) und „Forschung zu Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Kindheit und Jugend“ (34 Projekte in 11 Forschungsverbänden mit einem Fördervolumen von 23 Mill. €).

Dies spiegelte die oben skizzierte Teilung in Forschung gegen sexualisierte Gewalt und Traumaforschung wieder. Die beiden Titel sind Programm: Der eine Teil beschäftigt sich mit Prävention sexualisierter Gewalt, der andere mit Verhaltensstörungen als Folge oder Ursache von Child Adverse Treatment. Der unterschiedliche Stellenwert, der den jeweiligen Bereichen zugemessen wird, lässt sich an der Fördersumme (s.o.) feststellen.

Forschung im Gesundheitsbereich

Hier arbeiten folgende Forschungsverbände mit im Regelfall mehreren Projekten (BMBF o.J.)

- „Verbundprojekt TRANS-GEN: Stressresilienz in der transgenerationalen Weitergabe von Missbrauchs-, Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit“
- „Verbundprojekt RELEASE: Behandlung psychosozialer und neuronaler Folgen von interpersoneller Gewalt in der Kindheit bei Erwachsenen“
Erforschung von Dialektisch Behavioraler Therapie

- *„Verbundprojekt GROWTREAT: Auswirkungen von Vernachlässigung und Kindesmisshandlung unter verschiedenen Interventionsbedingungen“*
 Erforschung der Situation von Pflegefamilien
- *„Verbundprojekt Berlin LCS“*
 Längsschnittuntersuchung über die *„biologische Einbettung von Misshandlung auf verschiedenen Ebenen (Gene, Stressregulationssysteme, Hirnentwicklung)“*
- *„Verbundprojekt UBICA: Den Teufelskreislauf der Traumatisierung verstehen und unterbrechen“*
 Entwicklung eines Präventionsprogramms für Mädchen mit geistiger Behinderung
- *„Verbundprojekt NeMUP-Nord“*
 neurobiologische Pädophilieforschung des Kein-Täter-werden-Verbundes
- *„Verbundprojekt D-CPT“*
 Erforschung Kognitiv-Behavioraler Therapie für Jugendliche und junge Erwachsene
- *„Verbundprojekt CANMANAGE“*
 Entwicklung und Implementierung einer Hilfskoordination zwischen verschiedenen Akteuren
- *„Verbundprojekt AMIS: Von der Kindesmisshandlung zu Internalisierungssymptomen und -störungen in Kindheit und Adoleszenz“*
 Untersuchung von psychischen sozialen und neurobiologischen Faktoren die psychische Störungen nach Kindesmisshandlung begünstigen

Alle Verbünde bis auf einen haben mindestens ein Projekt, das sich mit neurobiologischen Indikatoren oder Markern beschäftigt. Keins der Projekte hat Betroffene systematisch als Partner einbezogen, sie bleiben weitgehend Forschungsobjekte. Partizipation ist kaum zu finden. Der Transfer in die Praxis zielt weniger auf die pädagogische Praxis, sondern auf die Praxis in universitären Kliniken und Ambulanzen.

Forschung im Bildungsbereich

Im Bildungsbereich finden sich folgende Projekte (BMBF 2016)

- *„Resilienz und Sicherheit (ReSi) – Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Kompetenzförderung bei Kindern in Kindertageseinrichtungen und die Qualifizierung pädagogischer Fachkräfte zum Thema sexueller Missbrauch*
- *Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines schulbasierten Gruppenprogramms zur Prävention von sexualisierter Gewalt in der Primarstufe (IGEL-Programm)*
- *Sexualisierte Übergriffe und Schule – Prävention und Intervention*
- *Wissen von Schülerinnen und Schülern über sexuelle Gewalt in pädagogischen Kontexten*
- *Institutionelle Risikokonstellationen sexueller Gewalt in familialisierten pädagogischen Kontexten (IRiK)*
- *Sprich mit! – Studie zu Erfahrungen von Jugendlichen mit sexueller Gewalt*
- *Kultur des Hinhörens – Bestimmungsfaktoren und positive Beeinflussungsmöglichkeiten in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe*
- *Prävention von Reviktimisierung bei sexuell missbrauchten jugendlichen Mädchen in Fremdunterbringung (PRÄVIK)*
- *Ich bin sicher! – Schutzkonzepte aus der Sicht von Jugendlichen und Betreuungspersonen*
- *Kindeswohl als kollektives Orientierungsmuster? –Deskription und Analyse einer Grundbegrifflichkeit des Kinderschutzes zur Etablierung einer Kultur der Achtsamkeit in den Debatten um sexuelle Gewalt in pädagogischen Institutionen*
- *Safer Places – Ein Projekt für einen achtsamen Umgang in Jugendverbänden, Jugendzentren und Jugendhäusern*

- *Safe Sport – Schutz von Kindern und Jugendlichen im organisierten Sport in Deutschland – Analyse von Ursachen, Präventions- und Interventionsmaßnahmen bei sexualisierter Gewalt*
- *Vorbeugen und Handeln – Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen mit Behinderung (SeMB)*
- *Zur Vulnerabilität in der Kindheit – Was Kinder stärkt, aber auch schutzbedürftig macht (RifA)*
- *Aufdeckung und Prävention von sexualisierter Gewalt gegen männliche Kinder und Jugendliche*
- *Determinanten des Anzeigeverhaltens nach Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (DASsS)*
- *Präventionsmaterialien für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zum Themenbereich sexualisierte Gewalt – Systematische Zusammenstellung und Entwicklung eines dynamischen Bewertungssystems zur Qualitätssicherung“*

Auf den ersten Blick wird hier schon deutlich, dass es sich bei der Forschung in diesem Bereich nicht um eine handelt, die als Traumaforschung betrachtet werden kann, die aber auf den Lebensalltag von vielen Betroffenen sehr wohl ihren Einfluss hat.

Die beteiligten Projekte im Bildungsbereich hatten ein unterschiedliches Verhältnis zur pädagogischen Praxis. Während einige eng mit z.B. Fachberatungsstellen zusammenarbeiteten, waren andere überrascht, als ihre Präventionsprogramme, die eher aus einer akademischen Perspektive heraus entwickelt wurden, bei denjenigen, die schon jahrelang praktisch im Feld tätig waren, nicht auf positive Resonanz gestoßen sind.

Im Gegensatz zur Gesundheitsforschung sind Fragen der Partizipation und des Praxistransfers in diesem Bereich aber immer wieder gemeinsam diskutiert worden und die Bonner Ethikerklärung versucht den besonderen Bedingungen, denen Forschung gegen sexualisierte Gewalt unterliegt, Rechnung zu tragen (Poelchau et al. 2015).

Zusätzlich zu den Forschungsprojekten werden aktuell fünf Juniorprofessuren gefördert, die der Verankerung des Themas in der universitären Landschaft dienen sollen.

Die Teilung in zwei Förderlinien

Obwohl einzelne Forscher_innen an Projekten in beiden Bereichen beteiligt sind, stehen die beiden Förderrichtlinien ziemlich unverbunden nebeneinander. Die Notwendigkeit interdisziplinärer und alle Beteiligten einbeziehender Forschung ist immer deutlicher geworden, die Förderpolitik des BMBF wirkte bisher eher in die andere Richtung.

Die Aufteilung in diese beiden Bereiche hat Konsequenzen. Gerade jener Bereich, an dem es zentral wäre, Betroffene als Partner in die Forschung einzubeziehen, nämlich die Forschung zu angemessenen Hilfen und Unterstützung nach sexualisierter Gewalt, wird von Wissenschaftler_innen dominiert, die mit solchen Ansätzen wenig zu tun haben. Es ist nicht erstaunlich, dass zahlreiche Betroffene ausgerechnet der Dialektisch Behavioralen Therapie, die bei Mediziner_innen als das evidenzbasierte Non-Plus-Ultra gilt, skeptisch begegnen. (Die Ergebnisse einer Umfrage zur Therapiezufriedenheit bei DBT der AG Therapie des Betroffenenrates beim UBSKM werden demnächst veröffentlicht.) Auch der zentrale Stellenwert von beraterischen oder pädagogischen Unterstützungsangeboten im Alltag jenseits von wöchentlichen Therapiesitzungen (Mosser & Schlingmann 2013) wird nicht angemessen berücksichtigt. Gleichzeitig sollen Ergebnisse aus dieser Forschung aber auch in pädagogisch/beraterischer Praxis zur Anwendung kommen. Nicht von ungefähr greifen inzwischen Praktiker_innen aus diesem Bereich den Slogan von praxisbasierter Evidenz (Wright et al. 2013) statt evidenzbasierter Praxis auf. Die kritisierte Reduzierung der Ursachen sexualisierter Gewalt auf Pädophilie (Schlingmann 2015a) oder die Betrachtung von Geschlechtsspezifik

fast nur unter biologischen Aspekten, unter Ignorierung der gesamten Genderforschung, sind nur zwei Beispiele für den gewaltigen Graben zwischen Teilen der pädagogisch/beraterischen Praxis und Teilen der medizinischen Forschung.

Perspektiven

In der Forschung gegen sexualisierte Gewalt gibt es drei Gruppen von Akteuren:

- die meist universitär oder in anderen Instituten angebotenen Wissenschaftler_innen,
- die Betroffenen, die meist vereinzelt sind und immer Gefahr laufen auf ein Forschungsobjekt reduziert zu werden – eine Erfahrung die in fataler Weise an die Gewalterfahrung anknüpft,
- und Praktiker_innen, die in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern mit (potentiell) Betroffenen zu tun haben.

Zwischen diesen besteht aufgrund verschiedener Interessenlagen eine gewisse Spannung und ihnen ist gemein, dass sie keineswegs homogen sind.

Verschiedene Anregungen, wie mit diesem Spannungsverhältnis umgegangen werden kann, sind publiziert worden. Schlingmann (2015b) plädiert für ein neues Verhältnis auf Augenhöhe und mehr Möglichkeiten für betroffenenkontrollierte Forschung, Teile der pädagogischen Förderlinie haben zusammen mit anderen ein Memorandum zur Partizipation (Bahls et al. 2016) verfasst. Gleichzeitig gibt es aber Befürchtungen, partizipative Ansätze würden nur zu kosmetischen Veränderungen führen, weshalb der Aufbau unabhängiger Strukturen und Forschung gefordert wird (Russo 2016).

Die bisherigen Erfahrungen mit betroffenenkontrollierter Forschung in Deutschland (Russo 2012) und mit survivor-controlled research in Großbritannien (Sweeney et al. 2009) legen nahe, dass betroffene Wissenschaftler_innen eine zentrale Rolle im Veränderungsprozess einnehmen können. Dem steht bislang die Orientierung der Wissenschaftslandschaft an vermeintlicher Neutralität und einer klaren Trennung von Forschenden und zu Beforschenden entgegen. Sich als betroffen zu erkennen zu geben, gilt als Ausschlusskriterium und Karrierekiller.

Andererseits greift die derzeitig von einigen Betroffenen erhobene Forderung, endlich als Expert_innen anerkannt zu werden, zu kurz: Eine individuelle Erfahrung per se macht noch nicht zum_r Expert_in. Eine Expertise hängt davon ab, ob und wie diese Erfahrung reflektiert wurde. Eine Verallgemeinerung individueller Erfahrungen kann nur in einem Prozess gelingen, wo die unmittelbaren Erfahrungen auf die dahinter liegenden Annahmen hin hinterfragt werden. Dabei ist es hilfreich, sie ins Verhältnis zu den Erfahrungen anderer zu setzen. Erfahrungen basieren auf den wahrgenommenen Möglichkeiten und Grenzen, persönlichen Zielen und Absichten und der Überführung in Handlungsprämissen. Dies gilt es herauszuarbeiten, damit von den individuellen Erfahrungen abstrahiert werden kann und Aussagen über den Erfahrungen zugrunde liegende Verhältnisse getroffen werden können, die eine breitere Gültigkeit haben. (vgl. Holzkamp 1985 S. 545 ff oder Markard 2007). Eine solche Forschung geht über die Lieferung von subjektiv gemachten Erfahrungen als Daten für die Produktion akademischen Wissens hinaus. Sie mündet in eine Selbstermächtigung Betroffener und eine Aneignung des eigenen Lebens. Sie kann im besten Falle als Aufschlüsselung der eigenen Lage Teil des Bearbeitungsprozesses sein.

Diese Art der Forschung stellt eine grundlegend andere Herangehensweise an das Schaffen von Wissen dar: „*In survivor-controlled research, knowledge and values of those having direct, personal experiences with the topic under investigation guides the whole research process—from formulating the research*

questions to drawing conclusions.“ (Russo 2012). Ob solche Forschungsprojekte unter den geplanten neuen Förderbedingungen realisierbar sind, muss sich herausstellen.

Für eine betroffenenkontrollierte Forschung müssen situationsangepasste Methoden zum Einsatz kommen. Ansätze dazu gibt es schon, sie müssen auf ihre Brauchbarkeit unter veränderten Bedingungen geprüft werden. Auch hier könnten betroffene Wissenschaftler_innen aus verschiedenen Disziplinen eine Rolle spielen. Bis es auch in der akademischen Forschung ohne Verlust des wissenschaftlichen Ansehens möglich sein wird, sich als „betroffen“ zu erkennen zu geben, werden solche Ansätze vermutlich eher im außeruniversitären Bereich entwickelt werden müssen. In diese Richtung müssen sich Förderprogramme mehr öffnen, wenn wirklich mehr Kooperationen gewünscht sind.

Die Diskussion ist eröffnet. Hoffen wir, dass sich daran nicht nur „die üblichen Verdächtigen“ beteiligen.

Literaturliste

APA (2013). Posttraumatic Stress Disorder. <http://www.dsm5.org/Documents/PTSD%20Fact%20Sheet.pdf> (Zugriff 02.09.2016).

Bahls, Ch., Eßer, F., Hölling, I., Hüdepohl, G., Müller, S., Pluto, L., Rusack, T., Schlingmann, T., Schröder, W., Stern, A., Tüder, E., Wazlawik, M., Wolff, M. & Wright, M. (2016). Partizipative Forschung – ein Memorandum. http://www.khsb-berlin.de/fileadmin/user_upload/Partizipative_Forschung_zum_Thema_sexualisierter_Gewalt_-_Memorandum.pdf (Zugriff 14.9.2016).

BMBF (2011). Presseerklärung 133/2011. Studie zeigt deutlichen Rückgang bei Fällen sexueller Gewalt. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.

BMBF (2016). Sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in pädagogischen Kontexten, Forschung zu Prävention und Schutzkonzepten. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.

BMBF (o.J.). Forschungsverbünde zu Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Gewalt, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Kindheit und Jugend. <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4543.php> (Zugriff am 5.9.2016).

Europäische Kommission (2011). Machbarkeitsstudie zur Bewertung der Möglichkeiten, Aussichten und des bestehenden Bedarfs für die Vereinheitlichung der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften auf den Gebieten Gewalt gegen Frauen, Gewalt gegen Kinder und Gewalt wegen sexueller Orientierung. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.

Finkelhor, D. & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse. A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4), 530-541.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. (3. Aktualisierte und erweiterte Aufl.). München, Basel: Ernst Reinhardt.

Holzkamp, K. (1985). *Grundlegung der Psychologie*. Frankfurt, New York: Campus. Studienausgabe.

Insel, T. (2013). Director's Blog: Transforming Diagnosis.
<http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml> (Zugriff 5.9.2016).

Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.

Khan, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child* 18, 286-306.

Leslöllmann, A. (2002). Die Suche nach den Narben der Kindheit. *Die Zeit*, 45/2002, 30.

Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T., & Reddemann, L. (2004). Einleitung. In G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, P. Liebermann, L. Reddemann, T. Siol, W. Wöller & E.R. Petzold (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. (2. aktualisierte und erweiterte Aufl.) (S. 15 – 27). Stuttgart, New York: Schattauer.

Markard, M. (2007). Macht Erfahrung klug? Subjektwissenschaftliche Überlegungen zum Verhältnis von subjektiver Erfahrung und wissenschaftlicher Verallgemeinerung. *Journal für Psychologie*, 15 (3).

Mosser, P. & Schlingmann, T. (2013). Plastische Chirurgie an den Narben der Gewalt - Bemerkungen zur Medizinisierung des Traumabegriffs. *Forum Gemeindepsychologie*, 18 (1).

Norris, F.H., Foster, J.F. & Weisshaar, D.L. (2002). The Epidemiology of Sex Differences in PTSD across Developmental, Societal, and research Contexts. In R. Kimmerling, P. Ouimette & J. Wolfe (Hrsg.). *Gender and PTSD* (S. 3 – 42). New York: The Guilford Press.

Poelchau, H.-W., Briken, P., Wazlawik, M., Bauer, U., Fegert, J. M. & Kavemann, B. (2015). Bonner Ethik-Erklärung. Empfehlungen für die Forschung zu sexueller Gewalt in pädagogischen Kontexten. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 28, 153–160.

Russo, J. (2012). Survivor-Controlled Research: A New Foundation for Thinking About Psychiatry and Mental Health. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 13 (1), Art. 8.

Russo, J. (2016). Betroffene in der psychiatrischen Forschung. *Kerbe–Forum für soziale Psychiatrie*, 34 (2), 32-35.

Schlingmann, T. (2009). Die gesellschaftliche Bedeutung sexueller Gewalt und ihre Auswirkung auf männliche Opfer. In Kibs (Hrsg). „es kann nicht sein, was nicht sein darf...“. *Jungen als Opfer sexualisierter Gewalt. Dokumentation der Fachtagung am 19./20.11.2009*, S.122-134. München: Selbstverlag Kinderschutz e.V.

Schlingmann, T. (2015a). Des Kaisers neue Kleider – Eine Kritik am Projekt „Kein-Täter-werden“. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Interdisziplinäre Fachzeitschrift für Prävention und Intervention*, 1/2015, 64-79.

Schlingmann, T. (2015b). Für ein neues Verhältnis von Wissenschaft, Praxis und Betroffenen. Anmerkungen aus der Perspektive eines forschenden, betroffenen Praktikers. In *Zeitschrift für Sexualforschung* 2015, 28, 349 – 362.

Stadler, L., Bieneck, S. & Pfeiffer, C. (2012). *Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Sweeney, A., Beresford, P., Faulkner, A., Nettle, M. & Rose, D. (2009). This is Survivor Research. Ross-on-Wye: PCCS-Books.

Terr, L. (1995). Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. München: Kindler.

Van der Kolk, B., Weisaeth, L. & van der Hart, O. (2000). Die Geschichte des Traumas in der Psychiatrie. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze (S. 71 – 93). Paderborn: Junfermann.

Van der Kolk, B. (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58, 572-586.

Wright, M. T., Kilian H. & Brandes S. (2013). Praxisbasierte Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Das Gesundheitswesen, 75(06), 380 – 385.

Autor_inneninformation

Thomas Schlingmann, c/o Tauwetter, Gneisenaustrasse 2a, 10961 Berlin, mail@tauwetter.de