

# Traumatische Diagnosen und wozu sie gut sind

Die verschärften Vorgaben des Asylpakets II belegen wie Realitäten umgedeutet und Machtstrukturen in absurd konstruierter Weise gefestigt werden. Wie dadurch faire Begutachtungen schwerer psychischer Erkrankungen ausgeschlossen sind, zeigt Peter Mosser.

Das Asylpaket II macht deutlich, dass gesundheitliche Belastungen nicht mehr in dem Ausmaß als Abschiebehindernis geltend gemacht werden sollen wie

das bisher der Fall war. Die damit einhergehende Argumentationspraxis offenbart gleich mehrere Fragwürdigkeiten, die bei näherer Betrachtung durchaus symptomatisch sind für die Organisation von Macht und der sie flankierenden Diskurse: Zu bestimmen, inwieweit die Befindlichkeit eines Menschen krankheitswertigen Charakter hat, ist Sache „ausgewiesener

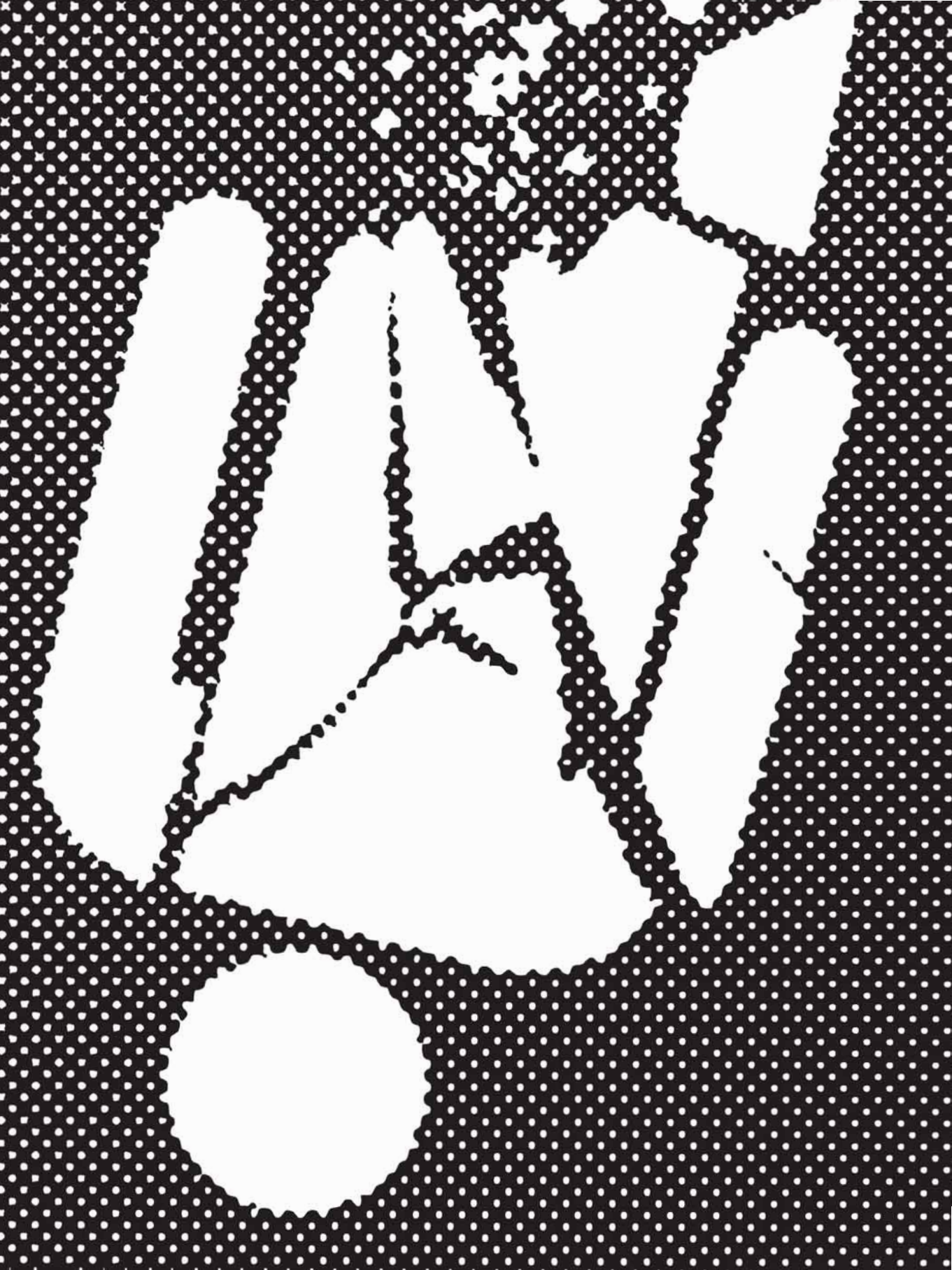
Expertinnen und Experten“. Um die existenziellen Konsequenzen der Feststellung von Krankheit versus Gesundheit zu exekutieren, bedarf es einer bestimmten juristisch-medizinischen Logik, die in gewisser Weise „operativ geschlossen“, das heißt auf sich selbst zurückweisend funktioniert. Diese Logik wird von bestimmten Begrifflichkeiten genährt und aufrechterhalten. Eine zentrale Funktion erfüllt dabei der Begriff „Trauma“.

Flüchtlinge sollen schneller abgeschoben werden können. Das spart Geld und bringt Wählerstimmen. Flüchtlingspolitik oszilliert irgendwo zwischen der

Behauptung von Humanität und der Bezähmung von Angst. Der traumatisierte Flüchtling ist in diesem Szenario eine komplizierte Figur, weil das von ihm angefertigte öffentliche Skript Widersprüchliches vereint: das Leid und die Gefahr. Zumal wenn es sich um einen Mann handelt. Zumal wenn er jung ist – aber nicht zu jung. Es sind logisch folgernd Praxen gefunden worden, um dieser Figur „Herr zu werden“:

## Die „Bewertung“ der Gesundheit des Flüchtlings ist eine Form der Besetzung eines Menschen durch einen bestimmten Apparat

etwa durch die Behauptung des „sicheren Herkunftslandes“, der „Reisefähigkeit“ oder einer „adäquaten medizinischen Versorgung im Herkunftsland“. Die Behauptung ist aber politisch nicht durchsetzbar und öffentlich nicht kommunizierbar, wenn sie nicht entsprechend begründet ist. Die Begründungen zu liefern ist das Geschäft der Expertinnen und Experten. Es ist an ihnen zu deklarieren, ob ein Herkunftsland sicher und eine medizinische Versorgung dort adäquat ist. Und natürlich obliegt auch den Expertinnen und



Experten die Einschätzung darüber, ob es aus gesundheitlicher Sicht zu verantworten ist, ob ein Mensch in sein Heimatland zurück geschickt werden kann oder nicht.

### Possenhafter Charakter eines Herrschaftsrituals

Das Problem ist alt und häufig beschrieben. Karl Kraus, österreichischer Schriftsteller, nimmt schon im Jahre 1904 die Verstrickung des medizinischen mit dem juristischen Apparat wortreich auf die Schaufel, indem er sich über die psychiatrische Begutachtung folgendermaßen äußert: „Sie ist von allen Gesellschaftsspielen doch das unterhaltendste. Die ältesten Tarockspieler der Justiz versichern, dass es wie kein anderes der Kurzweil diene. Die Schriftsachverständigen – je nun, die sind wie alle Vertreter einer ersten Wissenschaft nüchterne Gesellen. Charakter-Erraten ist längst kein Spaß mehr und Stunden ungetrübten Frohsinns verbringt man heute nur noch im Kreise der Psychiater. Die Justiz spielte früher Blindenkuh, aber das Spiel der blinden Esel ist aparter. Sie werden hereingeführt, sollen den Angeklagten durchschauen und sagen j-a, wie der Ankläger es will“. Der französische Philosoph und Psychologe Michel Foucault hat die medizinisch-juristischen Herrschaftspraxen und –diskurse offen gelegt. Zentral ist dabei das Verfahren der „Prüfung“, das „eine bestimmte Form der Machtausübung mit einem bestimmten Typ der Wissensformierung kombiniert“. Aber wir können uns des Eindrucks nicht erwehren, als würden sich diese Einsichten und Diskurse bestenfalls allein im akademischen Setting entfalten.

Was hier passiert, ist ebenso skurril wie bedenklich: Die „Bewertung“ der Gesundheit des Flüchtlings ist eine Form der Besetzung eines Menschen durch einen bestimmten Apparat. Dabei spielt es zunächst keine Rolle, ob die diagnostizierende Ärztin oder der diagnostizierende Arzt wohlgesonnen oder misstrauisch ist. Indem sie/er den Flüchtling diagnostiziert (d.h. ihn im Foucault’schen Sinne einer Prüfung unterzieht), befindet sie/er sich bereits innerhalb einer Herrschaftslogik, die für sich beansprucht, die Gesundheit eines Menschen einschätzen zu können und auf der Basis dessen über sein Schicksal verfügen zu dürfen. Das medizinische Argument wird in das Zentrum der Abschiebepaxis gerückt. Ohne Zweifel wird die Diagnose mit Funktionen behaftet, die

durchaus nicht den Zweck erfüllen, zur Gesundung eines Menschen beizutragen. Die Praxis der ärztlichen Begutachtung ist weit entfernt von dem Versuch zu bestimmen, was „dem Patienten/der Patientin fehlt“, um daraus – möglichst gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin – eine hilfreiche Idee von Therapie zu entwickeln. Die Praxis der ärztlichen Begutachtung mündet in eine Deklaration, in eine Behauptung. Auch wenn sie nicht beabsichtigt, Behauptung zu sein, so wird sie doch in dem Moment zum Instrument, da sie dem Bundesamt für Migration als „Entscheidungsgrundlage“ vorgelegt wird. Dass eine solche „Behauptungserlaubnis“ nach dem Asylpaket II nur noch Ärztinnen und Ärzten – und nicht mehr psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen – erteilt wird, offenbart den possenhaften Charakter dieses Herrschaftsrituals. Alles daran ist institutionelle Magie: Der Arzt, die Ärztin, der/die dem Zauber widersteht, aus humanitären Gründen falsche Diagnosen zu behaupten. Die psychologische Psychotherapeutin und der ebensolche Therapeut, die überall das Trauma sehen und aus Loyalität zu den bemitleidenswerten Flüchtlingen Gefälligkeitsdiagnosen stellen.

Trauma – allein scheinbar nachweisbare Belastungen zählen

Die Diskussion über gesundheitlich begründete Abschiebehindernisse gipfelt im Begriff des Traumas. Dieser Begriff ist anfällig für interessensgeleitete Besetzungen<sup>1</sup>. Er ist außerdem hoch emotional. Imponierend ist vor allem die Fähigkeit des Traumbegriffs, gleichzeitig zu skandalisieren und zu verdecken. Um dies zu verdeutlichen, können wir uns exemplarisch einen 21-jährigen jungen Mann vorstellen, der aus Afghanistan nach Deutschland geflüchtet ist. Er wurde in seiner Heimat Zeuge eines Bombenangriffs auf das Haus seiner Familie. Er sah seine toten Verwandten und brachte jene, die schwer verletzt überlebt haben, in ein Krankenhaus. Einige Wochen zuvor musste er miterleben, wie seinem Bruder bei einem Angriff ein Bein weggeschossen wurde. Auf der Flucht aus Afghanistan nahmen ihn sowohl in Bulgarien als auch in Ungarn Behörden gefangen: In Bulgarien wurde er mit Schlägen, in Ungarn mit Elektroschocks misshandelt. In Deutschland schließlich wurde er Opfer einer Vergewaltigung. Solche Schilderungen klingen in unseren mitteleuropäischen Ohren wahlweise

## Das medizinische Argument wird in das Zentrum der Abschiebepaxis gerückt

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

*Bei PTBS handelt es sich um eine psychische Erkrankung, die in der Folge extrem belastender beziehungsweise katastrophaler Lebensereignisse auftreten kann. Die wichtigsten Symptome sind das unwillkürliche Wiedererleben der traumatischen Ereignisse (Stichwort: Flashbacks), Vermeidungsverhalten, emotionale Abstumpfung und vegetative Übererregung, die sich als erhöhte Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Wachsamkeit und/oder Schlafstörungen zeigen kann. Eine PTBS kann diagnostiziert werden, wenn die Symptome sechs Monate nach dem traumatischen Erlebnis immer noch bestehen. Menschen mit PTBS werden üblicherweise mithilfe traumatherapeutischer Verfahren behandelt.*

übertrieben, plakativ oder unglaubwürdig. Für unsere Zwecke ist es wichtig, anhand der Leidensgeschichte dieses jungen Mannes die Instrumentalisierung des Traumbegriffs zu untersuchen.

Zunächst erscheint es notwendig sich Folgendes zu vergegenwärtigen: Die Feststellung, dass der junge Mann Schlimmes erlebt hat, ist aus behördlicher Sicht ebenso banal wie irrelevant. Hier nun kommt das Trauma ins Spiel. Das Trauma ist viel mehr als Schlimmes zu erleben. Es muss unterschieden werden zwischen dem, was in der klinischen Begrifflichkeit als „Ereigniskriterium“ bezeichnet wird einerseits und den gesundheitlichen Konsequenzen dieses Ereignisses andererseits. Das Trauma bleibt als Begriff eigentlich unbestimmt, weil zwischen dem traumatischen Ereignis und der traumatischen Belastung differenziert werden muss. Dieser Umstand verweist auf die Tatsache, dass das Erleben von Tod und Verstümmelung naher Angehöriger, Folter auf der Flucht und Vergewaltigung per se noch keine Gründe sind, einem Menschen einen sicheren Aufenthalt zuzugestehen. Er muss per definitionem auch noch nachweisbare gesundheitliche Belastungen vorweisen, die das Vollbild einer Traumatisierung erfüllen. Die prominenteste traumabezogene Diagnose ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Die Diagnose PTBS ist etwas Anderes als das zugrundeliegende Ereignis

Wenn weiter oben von der skandalisierenden Funktion des Traumbegriffs die Rede ist, dann dadurch, dass er die gesundheitlichen Belastungen schwerer Gewalt in eine medizinisch akzeptierte Terminologie fasst. Er deklariert: Ja, Gewalt hinterlässt bei betroffenen Menschen nachhaltige Spuren und bedroht ihre Gesundheit. An diesem Punkt aber beginnt auch die verdeckende Funktion des Traumbegriffs seine Wirkung zu entfalten: Das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung ist in den üblichen Diagnosemanualen ICD-10 und DSM-5 anhand bestimmter Kriterien (Symptome) definiert. Die gesundheitlichen Folgen entsetzlicher Erlebnisse werden auf diese Weise innerhalb der medizinischen Logik fassbar (gemacht). Dieser Bezugsrahmen ist aber riskant, weil er ein bestimmtes Muster vorsieht, wie unterschiedliche Menschen auf höchst unterschiedliche Lebensereignisse reagieren. Die PTBS ist eine verengende Beschreibung der

gesundheitlichen Folgen schrecklicher Erlebnisse. Sie erscheint als Postulat eines bestimmten Symptomrasters, welches mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit nach solchen Erlebnissen auftreten kann. Die Diagnose der PTBS macht aber als solche keinen Unterschied zwischen Kulturen, Geschlechtern und auch nicht zwischen „man made disasters“ (Gewalt) und Naturkatastrophen.

Damit entsteht der Eindruck einer allgemein gültigen Reaktion auf schlimme Erlebnisse und erzeugt dadurch äußerst bedenkliche Verdeckungszusammenhänge.

Die Diagnose ist etwas Anderes als das Ereignis. Sie bezieht sich in einer bestimmten Weise auf das Ereignis. Die Deutungsmacht, die diesem Bezug zugeschrieben wird, wird im Allgemeinen hoffnungslos überschätzt, denn tatsächlich tritt damit das Ereignis in den Schatten der Diagnose. Die

Zuweisung einer PTBS mag gut gemeint sein; es ist, als würde den Menschen, denen Schreckliches widerfahren ist, eine Stimme gegeben werden; eine ernst zu nehmende Stimme, eine medizinisch inthronisierte und juristisch akzeptierte Stimme. Es besteht aber das Risiko, dass dieses Verfahren Dominanzverhältnisse in die geflüchtete Person einschreibt: Wir deklarieren die Schädigung, die das Entsetzliche in dir angerichtet hat. Wir geben dieser Schädigung einen Namen und indem wir auf diese Weise verfahren, erheben wir das traumatische Ereignis zu einer von uns verwaltbaren Realität.

Was, wenn Kriterien nicht „passen“?

Was aber, wenn der oben erwähnte junge Mann im Rahmen der ärztlichen Untersuchung nicht die für die Stellung einer PTBS-Diagnose erforderlichen Kriterien berichtet? Was aber, wenn dieser Mann vor allem davon berichtet, dass er fürchterliche Angst davor hat, nach Ungarn oder Afghanistan abgeschoben zu werden? Ist diese Angst pathogen? Es bedarf keiner medizinischen Sachkenntnis, um zu vermuten, dass es sich um eine sehr vernünftige, nachvollziehbare Angst handelt. Man möchte fast von einer „gesunden“ Angst sprechen. Der Mann kann vor lauter Angst und Sorge nicht schlafen. Trauma? Er ist misstrauisch gegenüber allen Menschen, die ihm im Alltag begegnen. Trauma? Er fühlt sich in Folge der Vergewaltigung zutiefst in seiner Männlichkeit und in seinem Selbstwert verunsichert. Trauma? Er schämt sich. Trauma? Er reagiert nervös auf den Lärm in der Flüchtlingsunterkunft.

## Denn tatsächlich tritt damit das Ereignis in den Schatten der Diagnose



Trauma? Er kann sich im Deutschkurs nicht konzentrieren. Trauma? Er denkt an Suizid. Trauma? An diesem Punkt wird sichtbar, dass die medizinische Besetzung des schlimmen Erlebnisses (in Form einer Manualisierung menschlichen Leids) fatale Folgen haben kann. Sie übersieht im Großen und Ganzen den Lebenskontext schwer belasteter Menschen. Sie übersieht die soziale Katastrophe der Flucht, die Einsamkeit, die Entwurzelung, sie übersieht die damit verbundene tiefgreifende existenzielle Verunsicherung betroffener Menschen, sie schneidet Menschen aus ihrem kulturellen Kontext heraus, sie ignoriert die Belastungen, die mit dem Leben in einer Flüchtlingsunterkunft verbunden sind und suggeriert eine universelle Reiz-Reaktion aller Menschen auf katas-trophale Erlebnisse.

Humanität behaupten, indem man Inhumanität facettenreich tarnt

Die Widersprüchlichkeit der Diagnose der PTBS setzt sich in ihrer praktischen Umsetzung innerhalb des juristisch-medizinischen Apparats fort. Die Ausländerbehörden misstrauen den Medizinerinnen. Es wird der Verdacht geäußert, dass die PTBS als Alibi für den Aufenthalt in Deutschland vorgeschoben wird. Der Arzt und die Ärztin, sowie die Psychotherapeutin und der Psychotherapeut geraten in Verdacht der Kumpanei mit den Flüchtlingen. Das Abschiebeverfahren würde dadurch verzögert. Diese Szene ist voller struktureller Widersprüchlichkeiten: Wenn der tatsächlich erlebte Schrecken und die reale Todesgefahr nicht als Abschiebehindernisse anerkannt werden, dann ist es unumgänglich, ein Alibi auszustellen, solange das Alibi mehr Gültigkeit hat als das reale Erleben. In gewisser Weise wäre es unter diesen Bedingungen inhuman, einem entwurzelten, aller Lebensgrundlagen beraubten und von Ängsten gequälten Flüchtling keine PTBS-Diagnose auszustellen. Die Politik deklariert nun, das von ihr selbst per Gesetz in Gang gesetzte Spiel durchschaut zu haben und bezichtigt die Ärztinnen und Ärzte implizit des Ausstellens von Falschdiagnosen. Die politische Lösung dieser Verstrickung besteht in der Deklaration, die Diagnose einer PTBS nicht mehr als Abschiebehindernis anzuerkennen. Karl Kraus hätte diese bizarre Logik möglicherweise als Blinde-Kuh-Spiel entlarvt. Hier befinden wir uns in der Nähe des Simulantendiskurses aus Weltkriegszeiten, der übrigens historisch verzahnt ist mit der Entwicklung der Traumadiagnose. Dort, wo Humanität behauptet werden muss, ist es notwendig, Inhumanität facettenreich zu tarnen – und wenn es mit dem Mittel einer kruden Logik geschieht.

Das Problem war vorhersehbar. Es hat unter anderem auch mit einer zu unkritischen Rezeption des Traumbegriffs zu tun. Dabei soll nicht übersehen werden, dass sich „Trauma“ in den vergangenen Jahren zu einer Marke entwickelt hat, um die sich ein prosperierender Markt entwickelt hat: Traumazentren, Traumastationen, Fortbildungsinstitute und viele Berufsgruppen profitieren vom Boom um die standardisierte Besetzung menschlichen Leids. Neurowissenschaftler transferieren dieses Leid in die „tatsächliche“ Welt bildgebender Verfahren, um nachzuweisen, dass das Erleben schwerer Schicksale wahrhaftig Spuren in unserer Psyche hinterlässt. Vieles daran ist überflüssig, nur auf die Wissenschaft selbst bezogen und richtet sich an den Bedingungen des Marktes aus. Auf diese Weise verdeckt es jene Erkenntnisse der Traumaforschung und Traumatherapie, die für betroffene Menschen tatsächlich hilfreich sein können. Den in der Traumarbeit Tätigen ist vorzuwerfen, dass sie sich in diesen marktwirtschaftlichen und politischen Rahmen eingefügt und sich von der ihnen zugewiesenen Funktionalisierung durch Behörden nicht hinreichend distanziert haben. Diese Konstellation ist tragisch: Indem Trauma-Expertinnen und -Experten auf die gesundheitlichen Folgen schrecklicher Erlebnisse hingewiesen haben, haben sie sich anfällig dafür gemacht, zum Instrument eines medizinisch-juristischen Apparates zu werden, der diesen Namen leider tatsächlich verdient. Wenn Politik und Behörden auf Expertinnen und Experten hören, fühlt man sich handlungsfähig, wenn man selbst einer oder eine von ihnen ist. Doch dieser subjektiv empfundenen Handlungsfähigkeit sind durch die Wirkmächtigkeit institutioneller Logiken Grenzen gesetzt.

Was bedeutet das für den oben erwähnten 21-jährigen Mann aus Afghanistan? Es braucht Zeit, um zu verstehen, was die furchtbaren Ereignisse in seinem Leben mit ihm gemacht haben. Es wird darauf ankommen, welche Erfahrungen er in seinem Alltag in Deutschland machen wird. Dass ein Großteil seiner Familie in seiner Heimat ermordet wurde, dass er auf der Flucht gefoltert und schließlich vergewaltigt wurde, gibt ihm nicht das Recht auf einen sicheren Aufenthalt. Nicht einmal, wenn er ein medizinisches Alibi hat.<

Dr. Peter Mosser  
*arbeitet als Diplom-  
Psychologe bei kibs  
in München, einer  
Beratungsstelle für  
Jungen, die von  
sexuellem Miss-  
brauch betroffen  
sind. Er ist systemi-  
scher Therapeut und  
Trauma-Therapeut.  
Schwerpunkte seiner  
Tätigkeit sind unter  
anderem sexuali-  
sierte Gewalt,  
Gender, Gewalt in  
Institutionen,  
Kindeswohlgefähr-  
dung.*