

Sind Prostituierte traumatisiert?

Eine kritische Auseinandersetzung mit Melissa Farley

von Gerhard Walentowitz

Frankfurt, März 2019

INHALT

Einleitung	S. 3
1. Drei Versionen der Farley-Studie	S. 6
(1) Farley / Barkan: Prostitution, Violence and Posttraumatic Stress Disorder (FARLEY I)	
(2) Farley / Baral / Kiremire / Sezgin: Prostitution in Five Countries: Violence and Post-Traumatic Stress Disorder (FARLEY II)	
(3) Farley / Cotton / Lynne / Zumbeck / Spiwak / Reyes / Alvarez / Sezgin: Prostitution and Trafficking in Nine Countries: An Update on Violence and Posttraumatic Stress Disorder (FARLEY III)	
2. Zur methodischen Kritik der Farley-Studie	S. 12
(1) DSM und PTSD	
(2) Farley-Studie: ‚DSM III R‘ oder ‚DSM IV‘?	
(3) Zweifelhafte Qualität der Messung von PTSD mittels Selbstbeurteilungs-Fragebögen	
(4) Forscherinnen füllen Fragebögen stellvertretend für Befragte aus	
(5) Falschangaben und Trickserien mit Prozentzahlen zur PTSD-Belastung	
(6) Standpunktlogik contra wissenschaftliche Seriosität	
3. Verzicht auf Repräsentativität: „may or may not be representative“	S. 23
4. Überrepräsentation von Straßen- und Beschaffungsprostitution als Kalkül	S. 26
(1) Überrepräsentation von Straßenprostitution	
(2) Überrepräsentation von Beschaffungsprostitution	
5. Zumbeck: Der Unterschied von ‚professioneller Prostitution‘ und ‚Beschaffungsprostitution‘ im Hinblick auf PTSD	S. 30
6. Farley-Studie: Keine Aussagen zum Verhältnis von PTSD und ‚Prostitution an sich‘	S. 35
7. Sind Prostituierte in höherem Maße traumatisiert als Kriegsveteranen?	S. 36
8. Problematische Gleichsetzung von Opfern sexueller Gewalt mit überlebenden Insassen von Konzentrationslagern	S. 40
9. Kritische Debatten um Trauma und PTSD	S. 42
(1) Wandel und Ausweitung des Trauma-Konzepts auf Basis des ‚DSM‘	
(2) Die Rolle spezifischer Risikofaktoren für die Herausbildung von PTSD	
(3) Symptome und Symptom-Profile bei PTSD	
10. Schlussbemerkung: Folgen der Debatten um DSM und PTSD für die heutige Bewertung der Farley-Studie	S. 50
Literatur	S. 52

Einleitung

Im Kontext der Debatten um das 2016 vom Deutschen Bundestag verabschiedete ‚Prostituiertenschutzgesetz‘ haben Darstellungen Hochkonjunktur, die Sexarbeit in der Prostitution in den allerdüstersten Farben schildern. Im krassen Gegensatz dazu steht die Tatsache, dass seriöse und empirisch fundierte wissenschaftliche Forschungen zu Prostitution hierzulande Mangelware sind. Da scheint der Rückgriff auf Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Raum geboten, um den Bedarf an „Argumenten gegen Prostitution“ zu decken.

Geradezu euphorisch wird dabei immer wieder auf eine Studie der amerikanischen Psychologin Melissa Farley verwiesen. Offenbar hält man sie für geeignet, ein öffentliches Klima zur Durchsetzung der Forderungen nach einem Verbot von Prostitution oder zumindest einer Kriminalisierung von Prostitutionskunden herzustellen:

„Zu den Folgen der Prostitution gibt es aussagefähige Untersuchungen. Melissa Farley hat großartige Studien darüber gemacht. Sie hat herausgefunden, dass 68% der Frauen in der Prostitution eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (Farley 2003), die in ihrer Deutlichkeit vergleichbar ist mit der von Kriegsveteranen und Folteropfern. Das muss man sich mal vorstellen: 68%!“¹

Die mittlerweile 77-jährige Farley ist erklärte Prostitutionsgegnerin und mischt sich nicht selten in prostitutionspolitische Debatten hierzulande ein. So schrieb sie zusammen mit anderen Abolitionisten im März 2015 an die „Liebe Kanzlerin Merkel“² und forderte von der Bundesregierung die Ratifizierung der aus dem Jahre 1949 stammenden „UN-Konvention zur Unterbindung des Menschenhandels und der Ausnutzung der Prostitution anderer“.³ Die vor 70 Jahren verabschiedete UN-Konvention wertet – ganz im Stil der damaligen Zeit – Prostitution als ein „Übel“, das das „Wohl des einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft“ gefährde.

Der Einfluss Farleys ist keineswegs auf Deutschland beschränkt. So sprach sich das Europäische Parlament am 26. Februar 2014 in seiner „Resolution zu sexueller Ausbeutung und Prostitution“ unter ausdrücklichem Verweis auf Farleys 1998 veröffentlichtem Artikel „Violence against women and post-traumatic stress syndrome“ für eine Freierbestrafung nach schwedischem Beispiel aus.⁴

Man wäre schlecht beraten, die von Farley vertretenen Positionen sowie die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zu unterschätzen. Viele Menschen schenken den von ihr verbreiteten

¹ KRAUS, Ingeborg.2017. Trauma als Voraussetzung für und Folge von Prostituierung, zit. nach: SASS, K., Mythos Sexarbeit, Köln 2017

² <https://www.emma.de/artikel/liebe-kanzlerin-merkel-318625>

³ Die UN-Konvention von 1949 sieht die Bestrafung von Menschen vor, die andere zur Ausübung der Prostitution „verleiten oder verführen“, ein Bordell unterhalten oder eine Wohnung an Prostituierte vermieten. (vgl. <https://www.un.org/depts/german/uebereinkommen/ar317-iv.pdf>). Die verschwörungstheoretische Vorstellung, ein ganzer Wirtschaftszweig beruhe darauf, dass Frauen von Dritten zur Prostitution „verführt oder verleitet“ würden, erklärt die betroffenen Sexarbeiter/innen für dumm, einfältig und leidglich beschränkt einsichts- und geschäftsfähig. Diese frauenverachtende Vorstellung wird auch heute noch gepflegt und führt im Kontext von Prostitutionsmigration zu einer mit Negativ-Konnotationen („Armutsprostitution“) nicht sparenden Debatte, die die Nähe zu rassistisch motivierter Fremdenfeindlichkeit billigend in Kauf nimmt.

⁴ „Sexual exploitation and prostitution and its impact on gender equality“, Resolution des Europäischen Parlaments in Straßburg vom 26.02.2014, vgl.: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2014-0162+0+DOC+XML+V0//EN>

Ansichten blindlings Glauben, ohne die entsprechenden Veröffentlichungen der amerikanischen Prostitutionsgegnerin jemals gelesen, geschweige denn sie auf ihre wissenschaftliche Seriosität überprüft zu haben. Es ist diese Unwissenheit und Unkenntnis, die Gegner/innen der Prostitution versuchen, sich zunutze zu machen. Um hier Abhilfe zu schaffen, befasst sich die vorliegende Untersuchung mit der in Frage stehenden Studie von Farley, in der sie – neben anderem – behauptet, dass Prostituierte weltweit zu 68 % von posttraumatischen Belastungsstörungen betroffen seien.

Dabei ist hervorzuheben, dass es sich hier nicht um eine einzige Publikation, sondern um drei verschiedene, aufeinander folgende Veröffentlichungen von Melissa Farley handelt. Sie alle sind ins Auge zu fassen, wenn es um den darin behaupteten Umfang posttraumatischer Belastungen in der Prostitution geht.

- (1) Den Beginn machte die von Farley / Barkan verfasste 12-seitige Publikation, die auf einer Befragung von 130 Prostituierten in San Francisco / USA basierte. Sie erschien im März 1998 unter dem Titel „*Prostitution, Violence and Posttraumatic Stress Disorder*“⁵ (fortan: **FARLEY I**).
- (2) Im November 1998 erschien die von Farley und drei weiteren Autorinnen verfasste 22-seitige Abhandlung „*Prostitution in Five Countries: Violence and Post-Traumatic Stress Disorder*“⁶ (fortan: **FARLEY II**). Die zuvor publizierte Teilstudie über Prostituierte in San Francisco wurde Teil dieser neuen Gesamtstudie über Prostitution, in der nunmehr 475 Prostituierte aus fünf Ländern befragt wurden.
- (3) 2003 erschien schließlich die 40-seitige Abhandlung „*Prostitution and Trafficking in Nine Countries: An Update on Violence and Posttraumatic Stress Disorder*“⁷ (fortan: **FARLEY III**). Sie ergänzt die Studie vom November 1998 um Befragungen aus vier weiteren Ländern, sodass in diesem „Update“ nunmehr 854 Prostituierte aus insgesamt neun Ländern befragt wurden. Melissa Farley zeichnet für diese Publikation verantwortlich, zu der insgesamt acht Autorinnen beigetragen haben.

Die Aussagen von Farley et.al. zu posttraumatischen Belastungen von Prostituierten können nur angemessen beurteilt werden, wenn auf alle drei Texte Bezug genommen wird und sie in ihrem jeweiligen Entstehungszusammenhang dargestellt werden. Das soll hier geschehen.

Vorab lässt sich feststellen, dass Melissa Farley in den genannten Veröffentlichungen den Beleg für ihre dramatisierenden Behauptungen in keiner Weise erbracht hat und auch nicht erbringen konnte. Die von Farley ermittelten hohen PTSD-Belastungen unter Prostituierten haben wenig mit Prostitution, aber viel mit der speziellen Verfassung drogenabhängiger Personen im Kontext von Straßenprostitution zu tun. Die vorliegende Auseinandersetzung merkt kritisch an,

- (a) dass sich Farleys Studie durchgängig methodisch unzulässiger Verfahren bedient. Dazu gehört das Vortäuschen falscher Tatsachen im Hinblick auf den zugrunde liegenden

⁵ zitiert nach: <http://www.prostitutionresearch.com/Farley%26Barkan%201998.pdf> (Zugriff 26.03.2019)

⁶ zitiert nach: <http://www.prostitutionresearch.com/ProstitutioninFiveCountries01182013.pdf> (Zugriff 26.03.2019)

⁷ zitiert nach: FARLEY (Hrsg.), *Prostitution, Trafficking and Traumatic Stress*, New York, 2003, S. 33 – 74; siehe auch: https://www.researchgate.net/publication/279716838_Prostitution_and_Trafficking_in_9_Countries_Update_on_Violence_and_Posttraumatic_Stress_Disorder (Zugriff 26.03.2019)

Referenzrahmen („DSM III R“ versus „DSM IV“)⁸ für die Ermittlung posttraumatischer Belastung. Dazu gehört die Umdeutung von Korrelationen in vermeintlich kausale Abhängigkeiten. Dazu gehört der Einsatz von Selbstbeurteilungsfragebögen, die Tendenzantworten produzieren etc. etc.

- (b) dass Farley schon im Ansatz eine repräsentative Zusammensetzung ihrer Stichprobe durch eine „opportunistische Auswahl“ der Befragten ersetzte. Die Überrepräsentation zumeist drogenabhängiger Straßenprostituierter produzierte methodisch die ihr genehmen Ergebnisse einer hohen posttraumatischen Belastung, die sie dann der „Prostitution als solcher“ anlastete. Obwohl sich Farley bemühte, über die genaue Zusammensetzung ihrer Stichprobe möglichst wenig Auskunft zu geben, lässt diese sich gleichwohl rekonstruieren. Nahezu die Hälfte der von ihr befragten Prostituierten war drogenabhängig, zwei Drittel bis drei Viertel der Befragten gehörten dem besonders prekären Segment der Straßenprostitution an. Der Großteil der Befragten war über Beratungsstellen vermittelt und garantierte schon aus diesem Grund ein Überwiegen problembelasteter Fälle in ihrer Stichprobe. Ein Teil der befragten „Prostituierten“ war zudem bereits lange aus der Prostitution ausgestiegen.
- (c) dass schon Farleys Grundannahme, Prostitutionstätigkeit als solche sei PTSD⁹-auslösend, von umwerfender Simplizität ist. Sie ignorierte die nachweisbare Rolle anderer gesellschaftlicher Faktoren für die Entstehung von PTSD. Sie verzichtete auf eine Differenzierung der von ihr behaupteten posttraumatischen Belastung nach unterschiedlichen Prostitutionsbereichen, nach Drogenkonsum / Nicht-Drogenkonsum, nach Entstehung unter dem Gesichtspunkt innerhalb / außerhalb der Prostitution.
- (d) dass Farleys Vergleich der posttraumatischen Belastung von Kriegsveteranen und Prostituierten auf falschen Tatsachenangaben beruhte und wegen der entgegengesetzten Geschlechterzusammensetzung der verglichenen Stichproben methodisch wertlos war. Farley unterschlug bereits seinerzeit bekannte empirische Untersuchungen, wonach die Verteilung von PTSD geschlechtsspezifisch unterschiedlich ist und ein Vergleich mehrheitlich männlicher Soldaten mit mehrheitlich weiblichen Prostituierten von vornherein unzulässig ist und keinen Beleg für die größere Gefährlichkeit von Prostitution erbringen konnte, wie Farley es suggeriert.

Das Vorgehen Farleys war schon in den Jahren 1998 / 2003 methodisch problematisch. Nach mittlerweile 20 Jahren fortschreitender wissenschaftlicher Debatten um die Konzeption von Trauma und PTSD – Stichpunkte: Entkoppelung der monokausalen Verknüpfung von Trauma und PTSD, Hervorhebung der Rolle individuell spezifischer Risikofaktoren, Vorhandensein von PTSD ohne Vorliegen persönlich erfahrener traumatischer Ereignisse etc. etc. – ist heute ein naives Anknüpfen an die Ergebnisse der damaligen Publikationen von Farley nur noch dadurch erklärbar, dass es hier um deren politische Instrumentalisierung jenseits wissenschaftlich seriöser Motive geht. Nachfolgende Ausführungen belegen, dass nicht erst bei ihren Anhänger/innen, sondern bereits bei Farley selbst pseudowissenschaftliche Hochstapelei vorliegt.

⁸ DSM ist die Abkürzung für „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, ein Klassifikationssystem für psychische Störungen.

⁹ PTSD ist die Abkürzung für den englischen Fachterminus posttraumatic stress disorder.

1. Drei Versionen der Farley-Studie

(1) Farley / Barkan: Prostitution, Violence and Posttraumatic Stress Disorder (FARLEY I)

In ihrer 1998 veröffentlichten 12-seitigen Abhandlung *Violence and Posttraumatic Stress Disorder* geht es Farley/Barkan darum, mit der Prostitution verbundene psychische Belastungen jenseits von sexuell übertragbaren Krankheiten (STD) zu beleuchten. Im Mittelpunkt des Interesses steht die nach Auffassung der Autorinnen mit Prostitution stets verbundene „Geschichte der Gewalt“:

*„Although HIV has certainly created a public health crisis, we propose that the **violence** which is described here, and the **psychological distress resulting from the violence** must also be considered a public health crisis.“¹⁰*

Die mündliche Befragung von 130 Prostituierten in San Francisco bediente sich zweier Fragebögen: eines 23 Punkte umfassenden Fragebogens zu der von den Befragten erfahrenen „Geschichte der Gewalt“ vor und während der Arbeit in der Prostitution sowie einer PTSD-Checklist, die über das Vorhandensein und die „Schwere von PTSD“ Auskunft geben sollte. Für jede dieser Befragungen wurden insgesamt 10 Minuten veranschlagt.

Im Ergebnis waren 57 % aller befragten Prostituierten in ihrer Kindheit von sexueller Gewalt und 49 % von körperlichen Übergriffen betroffen. Seit Eintritt in die Prostitution waren 68 % der Befragten von einer Vergewaltigung und 82 % von körperlichen Übergriffen betroffen. Letztere wiederum gingen zu 55 % von Prostitutionskunden aus.

Bei 68 % der Befragten ließ sich gemäß dem Diagnoseschema des DSM III-R für PTSD-Symptome ein PTSD-Vollbild nachweisen.

Der „Schweregrad der PTSD“ ergab sich aus der Addition der Punkte, mittels der die Befragten den Grad ihrer Betroffenheit durch die einzelnen Symptome in der PTSD-Checklist bewerteten.

Laut Farley/Barkan korrelierte der Schweregrad der PTSD signifikant (1) mit dem Vorkommen von Vergewaltigungen in der Erwachsenen-Prostitution sowie (2) mit dem auf Prostituierte ausgeübten Druck, pornographische Situationen nachzustellen. Der Schweregrad der PTSD stand jedoch weder (1) zu körperlichen Übergriffen in der Prostitution noch (2) zur Länge der Zeit, in der bislang der Prostitution nachgegangen wurde, in einem signifikanten Zusammenhang. Bezogen auf vier Typen von Gewalt¹¹ ergab sich, dass der Schweregrad der PTSD mit der Anzahl erfahrener Gewaltformen zunahm.

Die spezielle Perspektive der ersten Studie von Farley/Barkan zu PTSD-Belastung unter Prostituierten besteht darin, dass die psychischen Leiden von Prostituierten bis hin zu einer Traumatisierung und nachfolgender PTSD nicht etwa der „Prostitution als solcher“, sondern spezifischen Gewalterfahrung vor und während der Prostitutionsausübung zugeschrieben wurden.

¹⁰ FARLEY I, S. 46

¹¹ (1) sexuelle Übergriffe in der Kindheit, (2) körperliche Übergriffe in der Kindheit, (3) Vergewaltigung in der Prostitution und (4) körperliche Drohungen / Übergriffe in der Prostitution

TABELLE 01: Ergebnisse in FARLEY I:

	Indikator / Korrelation	USA n = 130
01	Sexuelle Gewalt in Kindheit	57 %
02	Körperliche Gewalt in Kindheit	49 %
03	Vergewaltigung seit Eintritt in die Prostitution	68 %
04	Körperliche Gewalt seit Eintritt in die Prostitution	82 %
05	PTSD-Belastung	68 %
06	Beziehungen zwischen Gewalt und PTSD:	
	<u>Korreliert signifikant mit Schweregrad PTSD:</u> <ul style="list-style-type: none">- Vergewaltigungen in Prostitution- auf Prostituierte ausgeübten Druck, pornographische Situationen nachzustellen	
	<u>Korreliert nicht signifikant mit Schweregrad PTSD:</u> <ul style="list-style-type: none">- körperlichen Übergriffen in der Prostitution- bisherige Dauer der Prostitutionsausübung	
	<u>Schweregrad der PTSD korreliert mit der Anzahl erfahrener unterschiedlicher Gewaltformen</u>	
07	Ausstiegswunsch aus Prostitution	88 %
08	Votum für Legalisierung der Prostitution	44 %

Die Beantwortung der Frage, ob diese psychische Leiden möglicherweise der Prostitution als solcher anzulasten seien, musste Farley zukünftigen Untersuchungen überantworten. Hierbei müssten noch andere Bereiche der Prostitution mit einbezogen werden als nur die Straßenprostitution, der alle 130 von Farley befragten Prostituierten zuzurechnen waren.¹²

(2) Farley / Baral / Kiremire / Sezgin:

Prostitution in Five Countries: Violence and Post-Traumatic Stress Disorder (FARLEY II)

Mit *Prostitution in Five Countries: Violence and Post-Traumatic Stress Disorder* (FARLEY II) erfolgte im November 1998 die Ausweitung der Ursprungsstudie. Neben den USA wurden nun vier weitere Untersuchungen aus jeweils einem anderen Land einbezogen: aus Südafrika, Thailand, der Türkei und Sambia.

Hier die wesentlichen (veröffentlichten) Ergebnisse ihrer Untersuchung vom November 1998 im Überblick:

¹² „It is not clear whether the sequelae of street prostitution discussed here also occur in outcall, massage parlor and brothel prostitution. This is an important question which is currently being investigated by the authors. We encourage others to more fully investigate the physical and psychological consequences of prostitution.” (FARLEY I, S. 47)

TABELLE 02: FARLEY II - Ergebnisse

	Indikator	USA n = 130	Südafrika n = 68	Thailand n = 110	Türkei n = 50	Sambia n = 117	SUMME n = 475
01	Sexuelle Gewalt in Kindheit	57 %	66 %	48 %	34 %	84 %	58 %
02	Körperliche Gewalt in der Kindheit	49 %	56 %	40 %	56 %	71 %	54 %
03	Vergewaltigung in bzw. seit Eintritt in Prostitution	68 %	57 %	57 %	50 %	78 %	62 %
	- durch Kunden	46 %	75 %	17 %	44 %	38 %	
	- durch Nicht-Kunden	36 %	64 %	44 %	-	40 %	
04	körperliche Gewalt in Prost.	82 %					
	körperlich bedroht in Prost.	100 %	75 %	47 %	90 %	93 %	81 %
	körperlich angegriffen in Prostitution	82 %	66 %	55 %	80 %	82 %	73 %
05	PTSD-Belastung	68 %	75 %	50 %	66 %	76 %	67 %
07	Wunsch nach Ausstieg aus der Prostitution	88 %	89 %	94 %	90 %	99 %	
08	Für Legalisierung der Prostitution	44 %	38 %	28 %	4 %	8 %	

Gegenüber FARLEY I erweitert sich mit FARLEY II nicht nur die Zahl der in die Untersuchung einbezogenen Länder und die Anzahl der befragten Prostituierten, sondern vor allem der Fokus auf PTSD:

- (1) Die bislang als traumatisierend eingestufte Gewalt vor Eintritt in die Prostitution wird als ein zur PTSD-Belastung beitragender Faktor zwar noch berücksichtigt, tritt jedoch gegenüber der Rolle der Gewalt in der Prostitution nahezu vollständig in den Hintergrund.
- (2) Formen von Gewalt in der Prostitution werden als solche zwar benannt, verschmelzen in der Bewertung jedoch immer mehr, sodass nicht mehr spezifische Formen der „Gewalt in der Prostitution“, sondern die „Gewalt der Prostitution“ („intrinsic violence of prostitution“)¹³ als entscheidender Faktor für Traumatisierung erscheint.

Wenn PTSD aus der Prostitution schlechthin resultiert, verblasst die Gewalt in der Kindheit zur psychologischen Langzeitfolge:

„Psychological treatment is necessary for both acute PTSD resulting from sexual violence and captivity in prostitution, as well as for the long-term harm resulting from childhood abuse and neglect.“¹⁴

Über die Korrelationen zwischen den verschiedenen Formen von Gewalt und dem „Schweregrad von PTSD“ unter Prostituierten erfährt der Leser jetzt nichts mehr. An die Stelle von Korrelationen treten stattdessen scheinbar kausale Gewissheiten, wenn es heißt:

*“the **experience of prostitution itself caused** acute psychological distress and **symptoms of PTSD**.”*¹⁵

¹³ vgl. FARLEY II, S. 17

¹⁴ FARLEY II, S. 17

¹⁵ FARLEY II, S. 15

Fortan geht es Farley et. al. nur noch um *“the traumatic experience of prostitution”* bzw. *“the harm of prostitution”*. Das ist insofern verwunderlich, als die Erkenntnis aus FARLEY I, wonach der Schweregrad der PTSD in keiner signifikanten Beziehung zu körperlichen Übergriffen in der Prostitution und zur Dauer der bisher ausgeübten Prostitution stehen, der jetzigen Annahme von „Prostitution schlechthin“ als Ursache posttraumatischer Belastung widerspricht.

Es erweckt den Eindruck theoretischer Beliebigkeit, wenn Farley ein und dieselben empirischen Befunde binnen eines Jahres in zwei völlig entgegengesetzten Perspektiven interpretiert. Das eine Mal steht PTSD unter Prostituierten in Korrelation („related to“) zu spezifischen Gewalterfahrungen in- und außerhalb der Prostitution. Das andere Mal ist „Prostitution schlechthin“ maßgeblich für das Vorliegen posttraumatischer Belastungsstörungen unter Prostituierten.

Welcher Tatsache verdankt sich diese offenkundige Änderung des Fokus in der Bewertung ein- und derselben empirischen Daten?

Farley versucht den Anschein zu erwecken, als sei ihre nun eingenommene neue Perspektive eine zwangsläufige Folge der Interpretation des neu hinzugekommenen empirischen Materials. Mit den Befragungen in der Türkei als auch in Südafrika seien nun erstmals auch Frauen aus der Bordellprostitution einbezogen worden. Und obgleich Straßen- und Bordellprostitution sich laut Farley hinsichtlich körperlicher Gewalt signifikant unterscheiden, bestünde dennoch kein Unterschied im Hinblick auf das Ausmaß des Auftretens von PTSD („incidence of PTSD“) unter den Prostituierten beider Bereiche.

Daraus müsse man schlussfolgern, dass PTSD unabhängig von der jeweils konkreten Form eben der „Prostitution als solcher“ immanent, also ihr zuzuschreiben sei:

*„However, there is no difference in the incidence of PTSD in these two types of prostitution. This suggests that psychological **trauma is intrinsic to the act of prostitution.**“¹⁶*

Leider unterließen es Farley et. al., die PTSD-Belastung der von ihr befragten Prostituierten in den einzelnen Ländern getrennt nach den unterschiedlichen Bereichen der Prostitutionsausübung zu dokumentieren. So bleibt es bei einer bloßen Behauptung. Selbst wenn sie zutreffend wäre, stellt sich die Frage, ob sich das Ergebnis von FARLEY I – keine signifikante Korrelation zwischen körperlichen Übergriffen in der Prostitution bzw. Dauer der Prostitutionstätigkeit und dem Schweregrad einer PTSD – in Luft aufgelöst hat.

Die Vermutung liegt nahe, dass Farley et.al. der Interpretation ihrer Daten lediglich ein neues, nämlich radikal-abolitionistisches Interpretationsraster übergestülpt haben. So wird nun in Übereinstimmung mit abolitionistischen Grundpositionen Prostitution an sich als Menschenrechtsverletzung und als „Gewalt gegen Frauen“¹⁷ bezeichnet, ohne dass sich diese Wertung in irgendeiner Weise aus dem vorgelegten empirischen Material herleiten ließe.¹⁸

Anknüpfend an Judith Herman betrachten Farley et.al. Prostitution nunmehr als organisierte Form sexueller Ausbeutung, die unter ständiger „totalitärer Kontrolle“ durch Zuhälter,

¹⁶ FARLEY II, S. 15

¹⁷ „From the authors' perspective, prostitution is an act violence against women: it is an act which is intrinsically traumatizing to the person being prostituted.“ „Prostitution is discussed as violence and human rights violation.“ (FARLEY II, S. 1)

¹⁸ Zu einer plausiblen Erklärung der bei Farley über Ländergrenzen hinweg scheinbar allgemein hoch ausfallenden Gewaltbelastung in der Prostitution kommen wir im weiteren Verlauf dieser Darstellung.

Bordellbetreiber und Prostitutionskunden erfolge. Anknüpfend an Schätzungen von Barry und Giobbe sehen sie – ohne jeglichen empirischen Nachweis – Prostitution als zu 90 % von Zuhältern kontrolliert.¹⁹ Konsequenterweise spricht man nun von einer „Gefangenschaft“ in der Prostitution („captivity in prostitution“) auf Grundlage des Stockholm-Syndroms und davon, dass es sich hier im schlimmsten Falle gar um Kidnapping, Folter oder den Verkauf von Körperteilen einer Person handele.²⁰ Das ist der Hintergrund, vor dem jede aus der Prostitution ausgestiegene Frau gleichsam als „Überlebende“ erscheint.

Derartige Zuschreibungen, die durch keine validen empirischen Daten begründet und folglich als willkürlich zu bezeichnen sind, bilden den Hintergrund für den Perspektivwechsel in FARLEY II. Die 2003 verfasste, auf Untersuchungen aus 9 Ländern basierende Studie FARLEY III setzt diesen Perspektivwechsel fort.

(3) Farley / Cotton / Lynne / Zumbeck / Spiwak / Reyes / Alvarez / Sezgin: Prostitution and Trafficking in Nine Countries: An Update on Violence and Posttraumatic Stress Disorder (FARLEY III)

FARLEY III bezieht sich auf 854 befragte Prostituierte aus 9 Ländern in 5 Kontinenten. Hierbei handelte es sich nunmehr um Befragungen in den USA, Südafrika, Thailand, Türkei, Sambia, Kanada, Kolumbien, Deutschland und Mexiko. Farley erscheint als maßgebliche Interpretin der Studie, zu der außer ihr noch sieben weitere Personen beigetragen haben.²¹

Der in FARLEY II vollzogene Perspektivwechsel in Richtung der Annahme eines ursächlichen Verhältnisses von Prostitution und PTSD wird in FARLEY III konsequent fortgesetzt.

Durch die Zusammenstellung der Ergebnisse von Befragungen aus nunmehr neun Ländern sieht Farley sich legitimiert, nicht etwa nur Aussagen über diese neun speziellen Befragungen, sondern über das Wesen von Prostitution weltweit machen zu können. Sie trifft damit verallgemeinernde Aussagen über Prostitution, die sich aus den empirischen Daten der von ihr vorgestellten neun Befragungen jedoch in keiner Weise ableiten lassen.²²

Farley et.al. behaupten zwar erneut, es gehe in ihrer neuen Studie um die der Prostitution vorhergehende als auch um die in ihr stattfindende Gewalt.²³ Doch die der Prostitution vorausgehenden Gewalterfahrungen – so traumatisch sie angeblich auch sein sollen – beeinflussen laut Farley bestenfalls den Eintritt in die Prostitution, seien aber nicht maßgeblich für PTSD unter Prostituierten.²⁴ So verschwindet der nicht nur in der amerikanischen Literatur vielfach vertretene Zusammenhang von sexuellem Missbrauch in der Kindheit und späterer

¹⁹ FARLEY II, S. 5

²⁰ FARLEY II, S. 17

²¹ Unerklärlicherweise fehlen mit Baral / Kiremire zwei Autorinnen, die noch in FARLEY II als Mitverfasserinnen aufgeführt waren.

²² „Prostitution dehumanizes, commodifies and fetishizes women, in contrast to non-commercial casual sex where both people act on the basis of sexual desire and both people are free to retract without economic consequence. In prostitution, there is **always a power imbalance**, where the john has the social and political power to hire her/him to act like a sexualized puppet.“ (FARLEY III, S. 34) „Clearly, **violence is the norm** for women in prostitution. Incest, sexual harassment, verbal abuse, stalking, rape, battering, and torture – are points on a **continuum of violence**, all of which **occur regularly** in prostitution.“ (FARLEY III, S. 35) „Depression is **almost universal** among prostituted women.“ (FARLEY III, S. 57) „Although there are little research data available, agencies serving prostituted women observe that **a majority of prostitution is pimp-controlled**.“ Die Rede ist von „**systematic violence** of pimps against prostituted women“. (FARLEY III, S. 36)

²³ „Following publication of an article which discussed the violence preceding and intrinsic to prostitution...“ (FARLEY III, S. 37)

²⁴ „Prolonged and repeated trauma usually precedes entry into prostitution“ Andere Studien hätten ergeben, „that childhood sexual abuse had an influence on the entry into prostitution.“ (FARLEY III, S. 35)

Prostitutionsausübung – in den 80er und 90er Jahren noch ein unverzichtbares Argument vieler Prostitutionsgegner – jetzt in einem Gestrüpp „komplexer Verbindungen“.²⁵

Stattdessen rücken Farley et.al. erneut die Sichtweise von den „*symptoms of posttraumatic stress disorder **resulting from prostitution***“²⁶ in den Vordergrund.

TABELLE 03: FARLEY III - Ergebnisse

Indikator / Korrelation	USA n = 130	SÜD n = 68	THAI n = 110	TÜRK n = 50	SAMBIA n = 117	CAN n = 100	KOL n = 96	DEU n = 54	MEXI n = 123	SUMME n =854
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
sexuelle Gewalt in der Kindheit	57%	66%	48%	34%	84%	84%	67%	48%	54%	63%
körperliche Gewalt in der Kindheit	49%	56%	40%	56%	71%	73%	66%	48%	57%	59%
Vergewaltigung in / seit Eintritt in Prostitution	68%	57%	57%	50%	78%	76%	47%	63%	46%	57%
- durch Kunden	46%	75%	17%	44%	38%					
- durch Nicht-Kunden	36%	64%	44%	-	40%					
körperlich angegriffen in der Prostitution	82%	66%	55%	80%	82%	91%	70%	61%	59%	73%
PTSD-Symptome	68%	75%	50%	66%	76%	74%	86%	60%	54%	68 %
für Ausstieg aus Prostitution	88%	89%	94%	90%	99%	95%	97%	85%	68%	89%
für Legalisierung der Prostitution	44%	38%	28%	4%	8%	32%	20%	35%	51%	34%

Mit Verweis auf andere Studien, die „ähnliche Ergebnisse“ wie ihre Untersuchung erbracht hätten, vertreten Farley et.al. die Auffassung,

„that the trauma-related symptoms were related to the intensity of involvement in prostitution“²⁷

Hier findet sich erneut eine Feststellung, die dem Befund in FARLEY I, dass sich keine signifikante Korrelation zwischen PTSD sowie der „Dauer von Prostitutionstätigkeit“ bzw. „körperlichen Übergriffen in der Prostitution“ habe feststellen lassen, direkt widerspricht.²⁸

Farley geht es darum, der Sichtweise von „**PTSD as a psychological consequence of prostitution**“²⁹ den Weg zu ebnen. Gewalt sei ein Charakteristikum von Prostitution schlechthin, nicht aber das Merkmal einer bestimmten, in höherem Maße gefahrenträchtigen Form wie etwa der Straßenprostitution.

Als Beleg für diese Sichtweise verweist FARLEY III insbesondere auf das Beispiel Mexiko, wo nach Angaben der Verfasserinnen der „Schweregrad der PTSD“ unabhängig vom jeweiligen Bereich der Prostitutionsausübung stets gleich groß sein soll, weshalb es legitim sei, die PTSD-Belastung unter den Prostituierten der Prostitution als solcher zuzuschreiben. Dazu heißt es:

²⁵ „complex connections between childhood sexual abuse, revictimization, prostitution, and health problems“ (FARLEY III, S. 57)

²⁶ FARLEY III, S. 37

²⁷ FARLEY III, S. 56

²⁸ FARLEY I, S. 42

²⁹ FARLEY III, S. 57

„In Mexico we were able to compare several different types of prostitution: 54 women in strip clubs, 44 women in brothels and massage parlors, and 25 women who were prostituting on the street.... There were no statistically significant difference between brothel/massage, street and strip club prostitution with respect to PTSD severity...“³⁰

Bezeichnenderweise werden – wie schon in FARLEY II – für diese Annahme keine nachprüfbaren Belege vorgelegt. In FARLEY II war entscheidend, dass „*the incidence of PTSD*“ in unterschiedlichen Bereichen von Prostitution im Wesentlichen gleich sei, in FARLEY III hingegen bezieht man sich nun auf eine andere Kennziffer, nämlich die Ähnlichkeit im Hinblick auf die „Schwere der PTSD“.

2. Zur methodischen Kritik der Farley-Studie

(1) DSM und PTSD

Dass weltweit 68 % aller Prostituierten aufgrund ihrer Tätigkeit von PTSD betroffen, mithin psychisch krank und daher ein Fall für den Therapeuten oder gar die Psychiatrie seien – das scheint nach Farleys Untersuchung ein empirisch nachgewiesenes Faktum zu sein. Doch die Befassung mit den Prämissen des theoretischen Konzepts von PTSD, das der Farley-Studie zugrunde liegt, lässt erhebliche Zweifel daran aufkommen.

Farley et. al. stützen sich in ihrer Untersuchung auf ein spezielles Konzept „posttraumatischer Belastungsstörung“, wie es im **D**iagnostic and **S**tatistical Manual of **M**ental Disorders (DSM) formuliert ist. DSM ist ein seit 1952 in den USA geltender, offiziell anerkannter Klassifikationsrahmen für psychische und mentale Störungen. Mit der Version ‚DSM-III‘ erfolgte im Jahr 1980 die Anerkennung von „**P**ost-**t**raumatic **S**tress **D**isorder“ (PTSD) als eigenständige psychische Störung.

Die breite gesellschaftliche Akzeptanz, die dieses Konzept fand, lag seinerzeit nicht zuletzt darin begründet, dass es die psychischen Leiden der im Vietnamkrieg eingesetzten US-Soldaten im Nachhinein anerkannte und ihnen Behandlung als auch Entschädigung zusprach, was allgemein als Erfolg der Antikriegsbewegung angesehen wurde. Hinzu kam, dass damit die lang andauernde Ära stigmatisierender Deutungen psychischer Erkrankungen endlich vorbei schien. Traumatisierungen wurden nicht länger als individuelle psychische Defizite der Betroffenen (Hysterie etc.) gedeutet, sondern konnten auf äußere, gesellschaftliche Ursachen zurückgeführt werden, was sich für die Betroffenen als große Entlastung erwies.

Im ‚DSM III‘ von 1980 galt die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) als eine durch ein Trauma (Kriterium A) verursachte eigenständige psychische Störung, die sich in einer bestimmten Anzahl beobachtbarer und insofern messbarer Symptome manifestiert. Diese Symptome wurden seinerzeit drei (heute vier) unterschiedlichen Symptomgruppen („Kriterien“) zugeordnet:

- Kriterium B: die Symptomgruppe der zwanghaft wiederkehrenden Erinnerungen an das Trauma,
- Kriterium C: die Symptomgruppe der zwanghaften Vermeidungsstrategien,
- Kriterium D: die Symptomgruppe der erst nach dem Trauma auftretenden Formen von Übererregung.

³⁰ FARLEY III, S. 49

Die posttraumatische Belastungsstörung erscheint in diesem Konzept als zeitlich versetzte Folge eines vorgängigen Traumas, auf das sich die Betroffenen retrospektiv fixieren.

Da dem Konzept PTSD im ‚DSM‘ eine spezielle Auswahl von Symptomen sowie eine spezifische Gruppierung dieser Symptome zu Symptom-Clustern („Kriterien“) zugrunde liegen, erweist sich PTSD als theoretisch voraussetzungsvolle und hochkomplexe diagnostische Kategorie. ‚DSM III‘ benannte 1980 für PTSD zwölf mögliche Symptombilder, die drei unterschiedlichen Symptomgruppen (Kriterium B, C, D) zugeordnet waren. Ein „Vollbild der PTSD“ lag erst dann vor, wenn ein äußeres traumatisches Ereignis (Kriterium A) festgestellt werden konnte und eine Person, die dieses Trauma selbst erfahren hat, über einen bestimmten Zeitraum hinweg mindestens vier von zwölf möglichen Symptomen aufwies.

Allerdings durften es nicht vier beliebige Symptome sein. Stets war ein bestimmtes Symptom-Profil erforderlich, um von einer PTSD sprechen zu können. So mussten auf Grundlage des ‚DSM III‘ eines von drei Symptomen der Symptomgruppe B („Intrusion“), eines von drei Symptomen der Symptomgruppe C („Vermeidung“) sowie zwei von sechs Symptomen der Symptomgruppe D („Übererregung“) vorliegen, um von einem Vollbild der PTSD sprechen zu können.

Allerdings änderte sich die für eine PTSD-Diagnose erforderliche Zahl und Konstellation der Symptome mit jeder Neuauflage des ‚DSM‘. Bevor Farley im März 1998 die erste Version ihrer Studie veröffentlichte, erfuhr die für die Feststellung von PTSD relevante ‚DSM‘-Konzeption gegenüber 1980 bereits eine zweifache Änderung: einmal durch die Etablierung des ‚DSM III R‘-Standards (1987) und schließlich durch die Einführung von ‚DSM-IV‘ (1994).

Beide Male änderten sich gegenüber der jeweiligen Vorgänger-Version sowohl die Trauma-Konzeption (Kriterium A) als auch die Zahl und das Profil der für ein Vollbild von PTSD notwendigen Symptome. Für eine PTSD-Diagnose nach ‚DSM III R‘ sowie nach ‚DSM IV‘ mussten nun nicht mehr 4 von 12, sondern 6 von 17 möglichen Symptomen nachgewiesen werden. Sowohl im Hinblick auf die Trauma-Konzeption als auch im Hinblick auf das Profil der für eine PTSD erforderlichen Symptome unterschieden sich die beiden ‚DSM‘-Versionen von 1987 und 1994 im Hinblick auf PTSD von der Vorgängerversion DSM III.

TABELLE 04: Zahl und Konstellation der ein PTSD-Vollbild erforderlichen Symptome gemäß ‚DSM‘

Kriterium bzw. Symptomgruppe	DSM III (1980)	DSM III R (1987)	DSM IV (1994)
Kriterium A (Trauma als Auslöser)		geändert	geändert
Kriterium B: Intrusion	1 von 3 Symptomen	1 von 4 Symptomen	1 von 5 Symptomen
Kriterium C: Vermeidung	1 von 3 Symptomen	3 von 7 Symptomen	3 von 7 Symptomen
Kriterium D: Übererregung	2 von 6 Symptomen	2 von 6 Symptomen	2 von 5 Symptomen
	4 von 12 Symptomen	6 von 17 Symptomen	6 von 17 Symptomen

(2) Farley-Studie: ‚DSM III R‘ oder ‚DSM IV‘?

Farley et.al. bezogen sich bei ihren Messungen der PTSD-Belastung bei Prostituierten auf den ‚DSM‘-Referenzrahmen. Doch welcher DSM-Referenzrahmen und welche PTSD-Konzeption waren maßgebend? Das Erscheinen der ersten Version der Farley-Studie im März 1998 lässt vermuten, dass mit dem seit 1994 maßgeblichen DSM IV gearbeitet wurde. Dem war aber offenbar nicht so. Denn die erste Version der Farley-Studie vom März 1998 nannte ‚DSM III R‘ als ihren Bezugsrahmen:

*“Of the 130 people interviewed, 68 % met **DSM III-R criteria** for a diagnosis of PTSD.”³¹*

Zudem präsentierte Farley in der ersten Version ihrer Studie ihren Fragebogen, der in Übereinstimmung mit ‚DSM III R‘ lediglich 4 Symptome bei Symptomgruppe B auflistete.³² Nichtsdestotrotz bemühten sich Farley et.al. in der ersten Version ihrer Studie zugleich den Eindruck zu erwecken, man habe die PTSD-Symptome auf Basis von ‚DSM IV‘ ermittelt. So heißt es:

*„Interviewees also completed the PTSD Checklist (PCL), which asks respondents to specify the presence and severity within the last 30 days of each of the symptoms of PTSD identified in **DSM IV** (Weathers et.al., 1993).“³³*

Hier zeichnet sich ein Verwirrspiel Farleys ab, das auf die Uninformiertheit der Lesenden spekuliert. Der von ihr verwandte PCL-Fragebogen von Weathers et al. stammte aus dem Jahr 1993, das DSM-IV hingegen lag jedoch erst 1994 vor. Die PTSD-Checklist von Weathers et al. aus dem Jahre 1993, die Farley offenkundig benutzte, arbeitete aber ausdrücklich mit dem Standard ‚DSM III R‘.³⁴

Der gleiche Wirrwarr findet sich in FARLEY II (September 1998): Dort präsentierten die Autorinnen eine PTSD-Symptom-Tabelle, die der Symptomgruppe B („Re-experiencing“) nur 4 Items zuordnete.³⁵ Das aber war der „DSM III R“-Standard von 1987, nicht aber der ‚DSM IV‘-Standard von 1994, wo der Symptomgruppe B insgesamt 5 Symptome zugeordnet waren. Gleichwohl behaupteten die Verfasserinnen von FARLEY II erneut und im Widerspruch zum tatsächlichen Vorgehen, die Befragung der Prostituierten aus 5 Ländern und die Feststellung von PTSD basiere auf ‚DSM IV‘.³⁶

Was verbirgt sich hinter diesem eigenartigen Durcheinander?

Es sind zwei Dinge. Zum einen hat Farley in ihrer ursprünglichen, im März 1998 veröffentlichten Studie (FARLEY I) die PTSD-Belastung von Prostituierten in der Tat und unzweifelhaft auf Basis von ‚DSM III R‘ gemessen. Allerdings war ihr bewusst, dass sich ihre Ursprungsstudie, die ausschließlich Straßenprostituierte befragte, nicht ausreichend sein konnte, das abolitionistische Credo einer durch und durch gewaltförmigen „Prostitution schlechthin“ zu belegen. Dazu bedurfte es ergänzender Studien aus anderen Ländern und zu weiteren Prostitutionsbereichen.

Diese standen zwar 1998 in Aussicht – FARLEY II erschien schon im September 1998 –, doch erfolgte die Bewertung von PTSD-Symptomen dort offensichtlich auf Grundlage des bereits seit mehr als vier Jahren geltenden Standards DSM IV.

³¹ FARLEY I, S. 37/38

³² vgl. FARLEY I, S. 43

³³ FARLEY I, S. 39

³⁴ vgl.

https://www.researchgate.net/publication/291448760_The_PTSD_Checklist_PCL_Reliability_validity_and_diagnostic_utility

³⁵ FARLEY II, S. 2/3

³⁶ „Respondents also completed the PCL, a 17-item scale which assesses **DSM-IV symptoms of PTSD** (Weathers et. al., 1993)“, siehe FARLEY II, S. 6

Zumindest für die Teilstudie von Sybille Zumbeck³⁷ ist dies belegt. Damit aber hatte Melissa Farley definitiv ein Problem. Denn seit 1998 war bekannt, dass ‚DSM III R‘ und ‚DSM IV‘ hinsichtlich der Messung von PTSD zu durchaus unterschiedlichen Ergebnissen führen und nicht miteinander verrechnet werden können.³⁸ Hätte Farley diesen wissenschaftlichen Einwand ernst genommen, hätte ihre auf der Grundlage von ‚DSM III R‘ durchgeführte Studie nicht mehr Teil der beabsichtigten, aber auf ‚DSM IV‘ basierenden späteren ‚internationalen Vergleichsstudie‘ sein können. Um dies abzuwenden, täuschte Farley vor, dass ‚DSM IV‘ auch ihren Studien vom März und September 1998 zugrunde gelegen habe.

Obwohl Farleys Untersuchungsergebnisse auf Grundlage von ‚DSM III R‘ zustande kamen, blieb sie dennoch und unzulässigerweise Teil der nachfolgenden, 1998 und 2003 erschienenen und auf ‚DSM IV‘ basierenden internationalen Vergleichsstudien. Diesen kann man daher zurecht vorhalten, dass die darin enthaltenen Daten und deren Bewertung methodisch auf der Zusammenrechnung von Unvergleichbarem beruhen.

Doch noch ein zweiter Punkt ist wichtig bei dem absurden Wirrwarr um ‚DSM III R‘ und ‚DSM IV‘. Die Tatsache, dass Farleys Ursprungsstudie auf ‚DSM III R‘ beruht, verweist darauf, dass das Jahr 1998 zwar das Jahr ihrer Veröffentlichung, nicht aber das Jahr der Durchführung der Befragung gewesen war. Durchgeführt wurde die Untersuchung von Farley vermutlich bereits vor der Einführung von ‚DSM IV‘ im Jahre 1994. Dafür spricht, dass Farley zusammen mit Norma Hotaling³⁹ die Ergebnisse ihrer Befragung von 130 Straßenprostituierten bereits im September 1995 auf der vierten Weltfrauenkonferenz in Peking der Öffentlichkeit vorstellte.⁴⁰

Das Erstaunliche des Farley-Auftritts 1995 in Peking aber war, dass sie dort mit gänzlich anderen Ergebnissen aufwartete als in den später publizierten Versionen ihrer Studie. Seinerzeit präsentierte Farley mit Verweis auf die von ihr befragten 130 Prostituierten eine posttraumatische Belastung von 41 %⁴¹, während sie 1998 und in allen nachfolgend veröffentlichten Versionen ihrer Untersuchung bezogen auf die gleichen 130 befragten Prostituierten auf stolze 68 % PTSD-Belastung kam. Statt 53 litten drei Jahre später angeblich schon 88 der von ihr befragten 130 Prostituierten unter PTSD. Ein und dieselbe Untersuchung – zwei verschiedene Ergebnisse! Man reibt sich die Augen!

Diese zwischen 1995 und 1998 eintretende wundersame Vermehrung der PTSD-Belastung von Prostituierten um 27 % bei ein und derselben Befragung stand am Beginn der Karriere von

³⁷ ZUMBECK schrieb, ihrer Befragung lägen „die Diagnosekriterien des DSM-IV zugrunde.“ (ZUMBECK, 2001, S. 32)

³⁸ vgl. MAES et. al.: „In a group of 158 MVA victims, 62 (39,2 %) met the DSM-III-R criteria for PTSD and 55 (34,8 %) met the DSM-IV criteria for PTSD (Blanchard et. Al., 1995). These different diagnostic criteria for PTSD make it difficult to compare the results of epidemiologic studies.“ (MAES et.al, 1998, S. 181)

³⁹ Norma Hotaling war eine ehemalige Prostituierte, die ihre frühere Heroin-Abhängigkeit überwand und 1992 in San Francisco die Organisation SAGE (Standing against global exploitation) gründete. 2008 gründete sie zudem in Zusammenarbeit mit der Stadt San Francisco und der dortigen Polizei die erste „John’s School“, die als Mittel zur Reduzierung der Nachfrage nach Sexdienstleistungen von der Polizei erappte Prostitutionskunden obligatorisch einer rigiden Umerziehung unterzog. Seinerzeit kam sie mit dem amerikanischen Präsidenten George W. Bush zusammen und besprach mit ihm die Lebensbedingungen der in die Prostitution „gehandelten“ Frauen.

⁴⁰ vgl. FARLEY I, S. 37

⁴¹ „One way in which feminists are currently seeking to show that men’s use of women in prostitution constitutes sexual violence is in identifying damage of long term prostitution abuse as PTSD. Melissa Farley and Norma Hotaling gave a paper on this topic at the Fourth World Conference on Women at Beijing in 1995. They explain that the objective is to provide evidence for the harm intrinsic to prostitution (Farley & Hotaling, 1995, p. 1). They consider that prostituted women, like the victims of hostage situations and torture, suffer the multiple stressors that cause post-traumatic stress disorder. **They found that overall 41 % of the 130 prostituted persons they surveyed met the criteria for diagnosis of PTSD.** This compares with an incidence among battered women in shelters of from 45 % to 84 % and amongst Vietnam veterans of 15 %.” (zit. nach TERRITO/KIRKHAM, 2010, S. 372)

Melissa Farley. Sie lässt berechnete Zweifel daran aufkommen, ob man es hier mit einer „wissenschaftlichen“ Karriere oder nicht vielmehr mit interessegeleiteter Hochstapelei zu tun hat.

(3) Zweifelhafte Qualität der Messung von PTSD mittels so genannter „Selbstbeurteilungs-Fragebögen“

Bei der Diagnose von PTSD ist die Feststellung des Vorliegens entsprechender Symptome nicht von deren Dauer bzw. Intensität zu trennen. Um ein PTSD-Symptomprofil zu verifizieren, bedarf es daher eines speziellen Messinstruments, das die im DSM dargestellten Symptome und Symptomgruppen entsprechend abbildet.

Zur Feststellung der Diagnose PTSD kommt entweder ein strukturiertes klinisches Interview oder aber eine Fragebogentechnik zum Einsatz. In den USA hat sich – unterstützt vom National Center for PTSD – eine so genannte **PTSD Checklist** (PCL) als Mittel zur Messung von PTSD eingebürgert. Hierbei handelt es sich um einen Selbsteinstufungs-Fragebogen, den ein Patient nach Angaben amerikanischer Behörden binnen 5 bis 10 Minuten selbst ausfüllen kann.

Dies sei nachfolgend am Beispiel der aktuellen Version auf Basis des ‚DSM 5‘ (2013) erläutert. Hier kommt ein Fragebogen mit 20 Items zum Einsatz, der den mittlerweile 20 für PTSD relevanten ‚DSM-5‘-Symptomen „entspricht“:

Tabelle 05: PCL-5-Fragebogen auf Grundlage von ‚DSM 5‘ (2013)

	In the past month, how much were you bothered by:	Not at all	a little bit	moderately	Quite a bit	extremely
B.	1. Repeated, disturbing, and unwanted memories of the stressful experience?	0	1	2	3	4
	2. Repeated, disturbing dreams of the stressful experience?	0	1	2	3	4
	3. Suddenly feeling or acting as if the stressful experience were actually happening again (as if you were actually back there reliving it)?	0	1	2	3	4
	4. Feeling very upset when something reminded you of the stressful experience?	0	1	2	3	4
	5. Having strong physical reactions when something reminded you of the stressful experience (for example, heart pounding, trouble breathing, sweating)?	0	1	2	3	4
C.	6. Avoiding memories, thoughts, or feelings related to the stressful experience	0	1	2	3	4
	7. Avoiding external reminders of the stressful experience (for example, people, places, conversations, activities, objects, or situations)?	0	1	2	3	4
D.	8. Trouble remembering important parts of the stressful Experience	0	1	2	3	4
	9. Having strong negative beliefs about yourself, other people, or the world (for example, having thoughts such as: I am bad, there is something seriously wrong with me, no one can be trusted, the world is completely dangerous)?	0	1	2	3	4
	10. Blaming yourself or someone else for the stressful experience or what happened after it?	0	1	2	3	4
	11. Having strong negative feelings such as fear, horror, anger, guilt, or shame?	0	1	2	3	4
	12. Loss of interest in activities that you used to enjoy?	0	1	2	3	4
	13. Feeling distant or cut off from other people?	0	1	2	3	4
	14. Trouble experiencing positive feelings (for example, being unable to feel happiness or have loving feelings for people close to you)?	0	1	2	3	4
E.	15. Irritable behavior, angry outbursts, or acting aggressively?	0	1	2	3	4
	16. Taking too many risks or doing things that could cause you harm?	0	1	2	3	4
	17. Being "superalert" or watchful or on guard?	0	1	2	3	4
	18. Feeling jumpy or easily startled?	0	1	2	3	4
	19. Having difficulty concentrating?	0	1	2	3	4
	20. Trouble falling or staying asleep?	0	1	2	3	4

Hier haben Befragte bei jedem Item die Möglichkeit zur Einstufung der Intensität, mit der sie sich von dem betreffenden Symptom „innerhalb des letzten Monats“ belastet sahen. Die Intensität des jeweiligen Symptoms kann die/der Befragte in einer 5-stufigen Skala bewerten mit (1) „not at all“ (0 Punkte), (2) „a little bit“ (1 Punkt), (3) „moderately“ (2 Punkte), (4) „quite a bit“ (3 Punkte) und (5) „extremely“ (4 Punkte).

Die Existenz eines Symptoms gilt erst dann als erwiesen, wenn die dritte Stufe der Bewertungsskala („moderately“) angekreuzt ist. Sollten sechs der zwanzig Symptome nach dem aktuell vorgeschriebenen Symptom-Profil (1 B-Item, 1 C-Item, 2 D-Items und 2 E-Items) mit mindestens der Intensitätsstufe „moderately“ angekreuzt sein, gelten Befragte als „posttraumatisch“ gestört, sofern sie zuvor noch das „schreckliche Ereignis“ benannt haben, auf das sich die im Fragebogen abgefragten Symptome beziehen sollen. Die „Schwere der PTSD“ lässt sich durch Addition der insgesamt erreichten Punktzahl feststellen.

Farley verwandte in ihrer Studie vom März 1998 einen PCL-Fragebogen, der dem Niveau ‚DSM III R‘ entsprach. Dabei hatte jede Prostituierte bei jedem Item die Möglichkeit zur Einstufung der Intensität, mit der sie sich von dem betreffenden Symptom „innerhalb des letzten Monats“ belastet sah. Die Intensität des Symptoms konnte die Befragte in einer 5-stufigen Skala mit „not at all“ (0 Punkte), „a little bit“ (1 Punkt), „moderately“ (2 Punkte), „quite a bit“ (3 Punkte) und „extremely“ (4 Punkte) bewerten.

Der „PCL-Fragebogen“ galt seinerzeit und gilt auch heute noch als relativ verlässlich, wird aber nach Angaben des *National Center for PTSD* gegenwärtig nur noch als provisorisches Mittel zur Erstellung einer „mutmaßlichen Diagnose“ angesehen.⁴² Als Gold-Standard dagegen gilt ein strukturiertes klinisches Interview. Mittlerweile besteht ein allgemeiner Vorbehalt gegenüber Selbstbeurteilungsfragebögen im Kontext von PTSD-Diagnosen, da sie im Zweifel geeignet sind, Tendenzantworten zu produzieren und das tatsächliche Ausmaß posttraumatischer Belastungen interessegeleitet zu überhöhen.⁴³

Eine in diese Richtung gehende selbstkritische Bewertung des eigenen methodischen Vorgehens lag Farley völlig fern. Sie operationalisierte seinerzeit die PTSD-Konzeption des ‚DSM III R‘ mit Hilfe eines „PCL-Fragebogens“. Ein bedeutsamer Gesichtspunkt bei der Verwendung solcher PCL-Fragebögen besteht darin, inwiefern die Ausformulierung der Fragebogen-Items („wording“) den PTSD-Symptomen im jeweiligen DSM-Klassifikationssystem entspricht.

Um deutlich zu machen, was sich diesbezüglich bei Farley zutrug, seien nachfolgend die Kriterien und Symptome von PTSD nach ‚DSM III R‘ und die entsprechenden Items im Farley-Fragebogen⁴⁴ einander gegenübergestellt:

⁴² „The gold standard for diagnosing PTSD is a structured clinical interview such as the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-5). When necessary, the PCL-5 can be scored to provide a provisional PTSD diagnosis.“ zit. nach: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>

⁴³ Im Kontext der deutschen Debatte um die Beurteilung traumatisierter Flüchtlinge wird dezidiert die Position vertreten, dass Selbstbeurteilungsskalen zum Zwecke einer PTSD-Diagnose die Gefahr einer „unkritischen Ausweitung von Trauma-Folgestörungen“ bergen und lediglich die „subjektive Wirklichkeit des Probanden abbilden“. Auf Basis der unspezifischen Symptome, die der PTSD-Diagnose zugrunde lägen, könnten derartige Fragebögen dazu missbraucht werden, Symptome der PTSD vorzutäuschen. (vgl. dazu DRESSLING, 2016, S. 271/272)

In der Auseinandersetzung mit dem Phänomen der empirisch nachgewiesenen Inkongruenz zwischen Trauma und PTSD-Symptomen – ganz gleich ob ein Trauma ohne PTSD oder eine PTSD ohne vorgängiges Trauma besteht – vertraten McNALLY et.al. (2011) die These: „One interpretation is that symptom self-reports of college students or community subjects do not signify “real” PTSD as diagnosable via clinical interview.“

⁴⁴ Vgl. FARLEY I, S. 43

TABELLE 06: Trauma und PTSD nach DSM III R (1987) – Vergleich mit Items des Farley-Fragebogens

	DSM III R (1987)	Items des PCL-Fragebogens von Farley
A	The person has experienced an event that is outside the range of usual human experience and that would be markedly distressing to almost anyone, e. g., serious threat to one's life or physical integrity; serious threat or harm to one's children, spouse, or other close relatives and friends; sudden destruction of one's home or community; or seeing another person who has been or is being, seriously injured or killed as the result of an accident or physical violence.	
B	The traumatic event is persistently re-experienced in at least one of the following ways:	Intrusive re-experiencing (B symptoms)
B1	recurrent and intrusive disturbing recollections of the event (in young children, repetitive play in which themes or aspects of the trauma are expressed).	Memories of stressful experiences from the past
B2	recurrent distressing dreams of the event	Dreams of stressful experiences from the past
B3	sudden acting or feeling as if the traumatic event were recurring (includes a sense of reliving the experience, illusions, hallucinations, and dissociative [flashback] episodes, even those that occur upon awakening or when intoxicated)	Act / feel as if stressful experiences happening again
B4	intense psychological distress at exposure to events that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event, including anniversaries of the trauma	Very upset when reminded of stress from past
C	Persistent avoidance of stimuli associated with the trauma or numbing of general responsiveness (not present before the trauma), as indicated by at least three of the following:	Numbing and avoidance (C symptoms)
C1	efforts to avoid thoughts or feelings associated with the trauma	Avoid thinking or feeling about past stress
C2	efforts to avoid activities or situations that arouse recollections of the trauma	Avoid activities which remind you of past stress
C3	inability to recall an important aspect of the trauma (psychogenic amnesia)	Trouble remembering parts of stress from past
C4	markedly diminished interest in significant activities (in young children loss of recently acquired developmental skills such as toilet training or language skills.	Loss of interest in activities you used to enjoy
C5	feeling of detachment or estrangement from others	Feeling distant or cut off from people
C6	restricted feeling of affect, e.g. unable to have loving feelings	Emotionally numb; unable to have loving feelings
C7	sense of a foreshortened future, e. g. does not expect to have a career, marriage, or children, or a long life	Feel as if future will be cut short
D	Persistent symptoms of increased arousal (not present before the trauma), as indicated by at least two of the following:	Hyperarousal (D symptoms)
D1	difficulty falling or staying asleep	Trouble falling or staying asleep
D2	irritability or outbursts of anger	Feeling irritable or have angry outbursts
D3	(3) difficulty concentrating	Difficulty concentrating
D4	(4) hypervigilance	"Superalert" or watchful or on guard
D5	(5) exaggerated startle response	Feeling jumpy or easily startled
D6	(6) physiologic reactivity upon exposure to events that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event (e.g., a woman who was raped in an elevator breaks out in a sweat when entering any elevator)	Physical reactions to memories of past stress
E	Duration of the disturbance (symptoms in B, C, and D of at least one month. Specify delayed onset if the onset of symptoms was at least six months after the trauma.	

Vergleicht man die Operationalisierung der PTSD-Symptome in ‚DSM III R‘ mit der in Farleys PCL-Fragebogen, so wird deutlich, dass ein traumatisches Ereignis („Kriterium A“) – die konzeptionell unerlässliche Voraussetzung einer posttraumatischen Störung – in ihrem Fragebogen explizit überhaupt nicht erfragt bzw. evaluiert wurde.

Hinzu kommt, dass Farley die in ‚DSM III R‘ festgelegten Kriterien für PTSD in ihrem PCL-Fragebogen recht eigenwillig ‚abwandelte‘: Das gemäß DSM-Referenzrahmen notwendige Erfordernis des Vorliegens eines klar umrissenen Traumas („*traumatic event*“) verflüchtigt sich in Farleys Prostituierten-Befragung unter der Hand in unbestimmte „*stressful experiences from the past*“ oder einfach „*past stress*“. Aus der gemäß DSM eigentlich notwendigen Bezugnahme auf ein bestimmtes, explizit zu benennendes traumatisierendes Einzelereignis wird die Bezugnahme auf eine Vielzahl allgemeiner Stress-Erfahrungen in der Vergangenheit.

Wie in den PCL-Fragebögen allgemein üblich wurden bei Farley Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung nur danach bewertet, welche Intensität sie „*in the past month*“ hatten. Die nach ‚DSM III R‘ erforderliche Dauer eines einschlägigen Symptom-Profiles von „*at least one month*“ als Voraussetzung für die Diagnose PTSD wird damit aber methodisch unterlaufen. Dauer und Intensität sind zwei im Übrigen zwei unterschiedliche Dinge. Auch hierbei eröffnet die Verwendung des PCL-Fragebogens leichtfertig Möglichkeiten einer Diagnose von PTSD, wo sie nach den strengerem wörtlichen Vorgaben des DSM keineswegs vorliegen dürfte.⁴⁵

Es liegt auf der Hand, dass eine Befragung nach der Art von Farley das Konzept von Trauma nicht nur banalisieren musste, sondern darüber hinaus geeignet war, Tendenzantworten in Richtung einer offensichtlich erwünschten hohen PTSD-Belastung unter Prostituierten hervorzubringen. Die angeblich empirisch nachgewiesene hohe posttraumatische Verfassung von Prostituierten erweist sich damit keineswegs als unbestreitbares „Faktum“, wie Farley et.al. es darstellen, sondern als methodisch produziertes Resultat einer spezifischen Fragetechnik. Hier bestimmen die Untersuchenden, nicht aber die Untersuchten das Ergebnis der Untersuchung.

(4) Farley et.al. füllen Fragebögen stellvertretend für die Befragten selbst aus

Was die über eine Summierung von PCL-Werten errechnete „Schwere der PTSD“ betraf, so machte Farley in der dritten Version ihrer Studie dazu eine aufschlussreiche Angabe, die verdeutlicht, wie skrupellos Farley et.al. die von ihnen ermittelten Daten frisiert und somit selbst fabriziert haben. So schrieb Farley:

*„We measured symptoms of PTSD in two ways. First, using a procedure established by the scale’s authors, we generated a measure of overall PTSD symptom severity by summing respondents’ rating across all 17 items. If a respondent filled out less than half of the PCL (more than 8 blank items) it was not included in the analysis. **For those omitting one to eight items, the PCL sum was estimated by using the respondent’s mean PCL score in place of the blank items.** Second using Weathers’ (1993) scoring suggestion, we considered a score of 3 or above on a given PCL item to be a symptom of PTSD.“⁴⁶*

Unglaublich, aber wahr: Farley et.al. räumen ein, dass sie Fragebögen stellvertretend für die Befragten selbst ausgefüllt und in die Untersuchung mit einbezogen haben, wenn die Befragten

⁴⁵ Es ist bezeichnend für die fragwürdige Qualität der offiziell verwendeten PCL-Fragebögen zur Feststellung von PTSD, dass die mit dem ‚DSM IV‘ (1994) erfolgte Änderung der Formulierung des Kriteriums E („Duration of the disturbance (symptoms in Criteria B, C, and D) is more than one month“) zu keiner Änderung oder Präzisierung der Frageformulierung führte. Das Kriterium E findet damit auch in Farleys PCL-Fragebögen keine adäquate Abbildung.

⁴⁶ FARLEY III, S. 41/42

bei bis zur Hälfte der 17 items keine Angaben machten. Wie oft dies geschah, erfährt man von Farley natürlich nicht. Angesichts des hohen Anteils Drogenabhängiger unter den Befragten dürfte dies jedoch nicht selten der Fall gewesen sein.

(5) Falschangaben und Trickereien mit Prozentzahlen zur PTSD-Belastung

Wenn Farley et.al. im einleitenden „Summary“ von FARLEY III schreiben:

*„We interviewed **854 people** currently and recently in prostitution in 9 countries... We found that prostitution was multitraumatic: 71% were physically assaulted in prostitution; 63% were raped; ... **68% met criteria for PTSD.**“⁴⁷*

so erweckt dies den offenbar gewollten Anschein, als würden sich die in der Farley-Studie angegebenen Prozentzahlen auf die Gesamtzahl „n“ aller befragten Prostituierten beziehen. Dieser Eindruck ist durchgängig und scheint beabsichtigt zu sein. Und genau in diesem Sinne wird er auch von abolitionistischen Anhängerinnen Farleys in der Öffentlichkeit kolportiert.⁴⁸

Der Eindruck täuscht freilich. Liest man das Kleingedruckte in Farleys Studie, so wird deutlich, dass sich die errechneten Prozentangaben nicht auf die Gesamtzahl „n“ der Befragten, sondern nur auf die Zahl derer beziehen, die auf eine bestimmte Frage eine Antwort gaben.⁴⁹ Diese Zahl ist in aller Regel mit der Gesamtzahl aller in die Stichprobe einbezogenen Prostituierten nicht identisch. Vielfach fällt diese Zahl niedriger aus.

So bekennt Farley im weiteren Verlauf der Studie von 2003, dass sich die 68-%-PTSD-Belastung unter Prostituierten – im Unterschied zu den Angaben im vorangestellten „Summary“ – gar nicht auf die Gesamtzahl aller 854 befragten Personen bezieht, sondern tatsächlich nur auf 827 Personen, deren Antworten diesbezüglich eine entsprechende Einstufung ermöglichten.⁵⁰ 27 Personen blieben somit aus nicht genannten Gründen außen vor.

Was auf den ersten Blick wie kleinkarierte Erbsenzählerei erscheinen mag, verdankt sich einer von Farley offenbar billigend in Kauf genommenen Konfusion, in deren Folge die tatsächlich ermittelten Prozentangaben höher und die Verhältnisse dramatischer erscheinen, als sie tatsächlich sind.

⁴⁷ FARLEY III, S. 34

⁴⁸ „Eine Studie von 2003 unter der Leitung von Melissa Farley (Farley et. al., 2003) ergab, dass 49% **der befragten Prostituierten** als Kinder körperlich misshandelt worden waren und 63 % sexuelle Gewalt erfahren hatten.“ (zit. nach KRAUS, in: SASS, 2017, S. 67)

⁴⁹ „Listed in the following tables are the **percentages of respondents** endorsing each item out of the total number of respondents **who answered that item**. The number of participants endorsing each item is in Parentheses.“ (FARLEY III, S. 42) Die Zahl der „respondents“ war aber in der Regel geringer als die Zahl der „participants“.

⁵⁰ „685 of 827 people in several different types of prostitution in 9 countries met criteria for PTSD.“ (FARLEY III, S. 56)

TABELLE 07: Ergänzende Berechnungen zu ‚Tabelle 2‘ in FARLEY 3, S. 43 zwecks Richtigstellung

Nr.	Item	Zahl derer, die die Frage <u>zustimmend</u> beantworteten		Gesamtzahl derer, die die Frage beantworteten	Zahl derer, die die Frage <u>nicht</u> beantworteten	Zustimmungen bezogen auf die Gesamtzahl aller Befragten (n = 854)
		in %	abs.			in %
1	2	3	4	5	6	7
01	Bedroht mit Waffe in Prostitution	64 %	503	786	68	59 %
02	körperliche Übergriffe in Prostitution	73 %	595	815	39	70 %
03	Vergewaltigung in Prostitution	57 %	483	847	7	57 %
04	körperliche Gewalt in der Kindheit	59 %	448	759	95	52 %
05	sexueller Missbrauch in der Kindheit	63 %	508	806	48	59 %
06	PTSD-Belastung	68 %	562	827	27	66 %

Die von Farley et.al. vorgetragenen Prozentzahlen zu Gewalterfahrungen und PTSD-Belastung finden sich in Spalte 3 von Tabelle 07, die tatsächlichen Prozentzahlen dagegen in Spalte 7. Farley et.al. unterschlagen in ihrer Studie die Zahl derer, die eine Frage gar nicht beantwortet haben. Deren Zahl ist je nach Fragestellung unterschiedlich, im Einzelfall aber durchaus beträchtlich. Bezogen auf die Gesamtzahl aller Befragten fallen die Angaben zu Gewaltbetroffenheit und PTSD-Belastungen bei Prostituierten damit niedriger aus als von Farley ausgewiesen.⁵¹

(6) Standpunktlogik contra wissenschaftliche Seriosität

Der zumindest in der zweiten und dritten Version der Farley-Studie vorherrschende Versuch, Prostitutionstätigkeit für sich genommen als maßgeblichen PTSD-auslösenden Faktor zu identifizieren, setzt sich dem Verdacht aus, einer Standpunktlogik zu folgen und Resultat einer vorab bestehenden Prostitutionsgegnerschaft zu sein. Er setzt sich dem Verdacht aus, andere Aspekte wie etwa ökonomische und soziokulturelle Faktoren hinsichtlich der Verursachung von psychischen Leiden und Stress in der Prostitution systematisch auszublenden.

Es macht bekanntlich einen Unterschied, ob Prostitution unter den Bedingungen der Legalität oder der Illegalität erfolgt, ob sie in einem Klima der Diskriminierung oder der gesellschaftlichen Anerkennung ausgeübt wird, ob Polizeikontrollen sich gegen die Prostituierten oder gezielt gegen jene richten, die ihnen gegenüber übergriffig werden und Gewalt anwenden.

Die Auffassung, Prostitutionstätigkeit als solche sei PTSD-auslösend, ist von einer derart umwerfenden Simplizität, dass Farley et.al. genötigt waren, im Kleingedruckten neben Prostitution noch weitere PTSD-auslösende Faktoren zu erwähnen. So bemerkte man im Zusammenhang mit der Stichprobe in Sambia:

⁵¹ Dass Farley es in ihrer Studie von 2003 mit den Zahlen nicht immer so genau nahm, zeigen die Angaben zur Größe der Stichprobe in Thailand, wo die Zahl der dort befragten Prostituierten einmal mit 110, dann mit 116, und schließlich mit 166 angegeben wird.

*„In addition to prostitution, **other factors** may have contributed to the incidence and severity of PTSD. The unemployment rate in Zambia was 90 per cent at the time of this study.“⁵²*

Es sei erwähnt, dass auch Zumbeck, Mitautorin von FARLEY III, zumindest in der von ihr veröffentlichten eigenen Teilstudie neben Prostitutionstätigkeit noch andere „Faktoren der sozialen und politischen Umwelt“ benennt, die nachgewiesenermaßen die Entstehung und Bewältigung von PTSD unter Prostituierten beeinflussen. In diesem Zusammenhang erwähnt sie u. a. eine „fehlende gesellschaftliche Anerkennung und Unterstützung“⁵³, das Vorhandensein von gesellschaftlicher Diskriminierung⁵⁴, ein „negatives gesellschaftliches Klima“⁵⁵, das zu mehr Übergriffen und infolgedessen mehr Gewaltopfern führen könne sowie mit Blick auf die USA diskriminierende rechtliche Rahmenbedingungen wie „Illegalität“ und „rigidere Polizeikontrollen“.⁵⁶

Dass offenbar zum Zwecke des wohlfeilen ideologischen Schlagabtausches in der Farley-Studie die These von Prostitutionstätigkeit als zentralem PTSD-auslösendem Faktor besonders herausgekehrt wird, in den Fußnoten aber kleinlaut und beiläufig noch andere „Faktoren“ der Traumatisierung auftauchen, zeigt das ganze Elend theorieloser psychologischer Prävalenzstudien in Bezug auf Prostitution. Sie reduzieren alle unterschiedlichen Bereiche der Prostitution auf eine PTSD auslösende „Prostitution schlechthin“ und ignorieren damit systematisch den Unterschied zwischen Prostitutionstätigkeit und ihren jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

3. Verzicht auf Repräsentativität: „may or may not be representative“

Farley et. al. interpretierten die Ergebnisse der dritten Version ihrer Studie (2003) nicht etwa als Aussagen über neun verschiedene Untersuchungen, die unter ganz spezifischen Umständen erfolgten, sondern sie leiteten stattdessen aus diesen Untersuchungen ohne weitere Umstände allgemeine Schlussfolgerungen für Frauen in der Prostitution weltweit ab:

*„For the **vast majority of the world’s prostituted women**, prostitution and trafficking are experiences of being hunted down, dominated, sexually harassed, and assaulted. Women in prostitution are treated like commodities into which men masturbate, causing immense psychological harm to the person acting as receptacle... Prostitution is multitraumatic whether its physical location is in clubs, brothels, hotels/motels/John’s homes (also called escort prostitution or high class call girl prostitution), motor vehicles or the streets.“⁵⁷*

Diese bedenkenlose Verallgemeinerung von Befragungen unter jeweils sehr spezifischen Bedingungen ist es, die den Reiz der Studie Farleys für Abolitionistinnen ausmacht. Allerdings setzt in den Sozialwissenschaften jede Verallgemeinerung voraus, dass die Daten, von denen man ausgeht, repräsentativ sind und die zugrunde liegende Grundgesamtheit möglichst genau widerspiegeln. Wie steht es damit bei Farley?

⁵² FARLEY II, S. 15

⁵³ vgl. ZUMBECK, S. 24

⁵⁴ „Auch die (z.B. rassistische) Diskriminierung einer Bevölkerungsgruppe und deren sozioökonomische und rechtliche Benachteiligung scheint u. U. mit vermehrter Traumatisierung und traumabezogenen Folgestörungen assoziiert zu sein, was Allen (1997) für farbige AmerikanerInnen zeigen konnte.“ (ZUMBECK, S. 25)

⁵⁵ ZUMBECK, S. 43

⁵⁶ ZUMBECK, S. 118

⁵⁷ FARLEY III, S. 60

Erstaunlicherweise fällt in FARLEY III das Stichwort ‚Repräsentativität‘ kein einziges Mal. Offensichtlich schien Farley der Ansicht zu sein, die auf den ersten Blick hoch erscheinende Zahl von 854 befragten Prostituierten weltweit, ihre Verteilung auf 9 Länder und 5 Kontinente sowie die Berücksichtigung unterschiedlicher Bereiche der Prostitution verbürge quasi automatisch eine hinreichende Repräsentativität, die es erlaubt, die ermittelten Ergebnisse zu verallgemeinern. Das zu glauben, wäre allerdings reichlich naiv.

In ihrer ursprünglichen Studie vom März 1998 (FARLEY I) stellte sich die Frage der Repräsentativität nicht. Farley befragte dort 130 Straßenprostituierte aus San Francisco. Die Ergebnisse betrafen diese Gruppe oder bestenfalls Frauen, die unter ähnlich speziellen Bedingungen der Prostitution nachgehen.⁵⁸ Das war Farley et. al. sehr wohl bewusst. Zwar sprach man damals schon in generalisierender Manier von „*psychological harm resulting from prostitution*“, musste aber einräumen, dass noch unklar sei, ob die Folgeschäden der Straßenprostitution auch in anderen Bereichen wie etwa der Bordellprostitution auftreten.⁵⁹

Erst mit der Einbeziehung weiterer Befragungen aus anderen Ländern im September 1998 (FARLEY II) stellte sich die Frage, welche Schlüsse daraus zu ziehen seien bzw. ob und in welchem Maße die gefundenen Erkenntnisse verallgemeinerbar seien.

Wie beantwortete Farley dort die Frage nach der Repräsentativität? Die Antwort lautete:

*„The most **daunting challenge** in cross-cultural research is **sample selection**. Were the 475 people we interviewed **representative of all women in prostitution**? We attempted, as McKeganey and Barnard (1996) did in Glasgow, UK, to contact as broad as possible a range of those in prostitution: women of diverse races, cultures, ages, location where working, and including gender differences. However, **‘there is quite simply no such thing as a representative sample of women selling sex’** (Mc Keganey and Barnard, 1996). Given the **illegality of prostitution** in most places it was necessary to interview those people to whom we had access. In most cases, researchers have **access only to people prostituting on the street**.“⁶⁰*

Ausschlaggebend für diese erstaunlich leichtfertige Haltung zur Frage des Umgangs mit Repräsentativität war Farleys erklärte Absicht, ausgehend von fünf Befragungen in fünf Ländern mit zusammen 475 interviewten Prostituierten repräsentative Aussagen über „alle Frauen in der Prostitution“ weltweit treffen zu können. Diese kühne Absicht erstaunt, mangelte es den Verfasserinnen doch eingestandenermaßen an hinreichendem Einblick in die Struktur der Grundgesamtheit, die die Stichprobe repräsentieren soll.

Unter diesen Umständen bestanden im Prinzip nur zwei Möglichkeiten: Entweder hätte man auf den hochgesteckten Anspruch letztendlicher Aussagen über das psychische Leiden von Prostituierten weltweit verzichtet. Oder man verzichtet auf die Einhaltung sozialwissenschaftlicher Standards wie der Orientierung am Kriterium der Repräsentativität.

⁵⁸ Ihr Durchschnittsalter war 31, im Schnitt waren sie 11 Jahre in der Straßenprostitution. 42 % von ihnen begannen die Prostitution mit unter 18 Jahren. 84 % von ihnen waren in der Vergangenheit oder zum Zeitpunkt der Befragung obdachlos. Drei Viertel der Befragten war drogenabhängig, 67 % von ihnen befanden sich in einer Drogenentzugsbehandlung.

⁵⁹ „It is not clear whether the sequelae of street prostitution discussed here also occur in outcall, massage parlor and brothel prostitution. This is an important question which is currently being investigated by the authors. We encourage others to more fully investigate the physical and psychological consequences of prostitution.“ (FARLEY I, S. 47)

⁶⁰ FARLEY II, S. 8

Farley et. al. entschieden sich für Letzteres und rechtfertigten ihr Vorgehen damit, dass es im Falle von Prostitution wegen der häufig bestehenden Illegalität so etwas wie ‚Repräsentativität‘ ohnehin nicht geben könne. Den Verzicht auf die Einhaltung wissenschaftlicher Standards glaubte man mit der speziellen Verfassung des zu erforschenden Gegenstands legitimieren zu können. So habe man den Umständen entsprechend nur solche Prostituierte befragen können, zu denen man Zugang bekam. Und das seien in den meisten Fällen eben Straßenprostituierte gewesen.

Als weiteres Argument für eine „notwendigerweise opportunistische Auswahl“ der in der Farley-Studie befragten Prostituierten wurde ins Feld geführt, dass der Zugang zu Prostituierten regelmäßig von Personen gestört bzw. unterbunden werde, die die Prostituierten kontrollieren. Hier muss die fragwürdige Annahme einer vermeintlich totalen Kontrolle von Frauen in der Prostitution dazu herhalten, die Außerkraftsetzung elementarer Standards wissenschaftlicher Forschung zu legitimieren:

*„In most countries, regardless of the legal status of prostitution, interviewing of people in this study was periodically obstructed by others who controlled their lives, whether brothel operators (Turkey) or pimps/boyfriends (USA), or older women hired to guard those in prostitution (Thailand). Thus **recruitment was necessarily opportunistic**... This opportunistic sampling means that these samples **may or may not be representative** of the actual populations of those prostituted in each country. **Nevertheless** comparisons of the results from the different countries suggest some noteworthy similarities, as well as differences.“⁶¹*

Man kann die hier vertretene Position nur so deuten: Ob die in die Farley-Studie einbezogenen Prostituierten – ob aus fünf oder aus neun Ländern – letztlich repräsentativ sind oder nicht, war den Verfasserinnen letztlich egal.

So erschien es den Verfasserinnen auch keineswegs fraglich, dass eine auffällig hohe Zahl der in der Farley-Studie befragten Prostituierten über Beratungsstellen rekrutiert wurde. Allein in fünf der neun Teilstudien von FARLEY III erfolgte die Rekrutierung der befragten Prostituierten ganz oder zu einem erheblichen Teil über Beratungsstellen. In vier Teilstudien gab es zu dieser Frage von Farley et. al. schlicht keine Angaben. Beratungsstellen werden von Frauen in der Prostitution in der Regel dann aufgesucht, wenn Probleme vorliegen. Die „opportunistische Rekrutierung“ der befragten Frauen über solche Beratungsstellen hat logischerweise eine überproportionale Einbeziehung bereits problembelasteter Frauen in die Stichproben zur Folge, was Verzerrungen in den Ergebnissen nach sich zieht und Prävalenzen hinsichtlich Gewalt und Traumata erfahrungsgemäß in die Höhe treibt.

Gemeinhin gilt in der Prostitutionsforschung ein solcher Zugang als klares Indiz einer Einschränkung von Repräsentativität.⁶² Nicht so bei Farley et. al.: Sie sehen darin sogar einen

⁶¹ FARLEY II, S. 10; Im Unterschied zu Farley räumte die Autorin der deutschen Teilstudie, Sybille ZUMBECK, unumwunden ein, dass ihre Untersuchung nicht als repräsentativ bezeichnet werden könne. Der Grund dafür lag freilich nicht in der von Farley bemühten „Illegalität der Prostitution“, die in Deutschland nicht gegeben war. Sie lag auch nicht darin, dass eine umfassende „Kontrolle der Prostituierten“ seitens Zuhälter, Kunden und Bordellbetreiber ihr den Zugang zu den Frauen versperrt hätte. Der Grund war vielmehr ein ganz banaler: Frau Zumbeck hatte Angst, in ein Bordell oder direkt auf den Straßenstrich zu gehen. „Um meine eigene Sicherheit zu gewährleisten und die Belastung gering zu halten, wollte ich die Frauen nicht in ihren Arbeitsumfeldern (z. B. in Bordellen oder aus dem ‚Straßenstrich‘) aufsuchen, da ich aufgrund der Zielsetzung der Studie u. U. mit dem Missfallen der Zuhälter und Freier rechnen musste.“ (Zumbeck, S. 60) Die Autorin wählte daraufhin den Zugang zu den Prostituierten über sieben Beratungsstellen und über eine Suchanzeige in einer örtlichen Tageszeitung.

⁶² So erklärten BRÜCKNER/OPPENHEIMER (2006) zur Auswertung von Daten einer von ihnen durchgeführten Befragung von 79 Prostituierten: „Sie sind nicht repräsentativ und bilden überwiegend jenen Teil der

Vorzug ihrer Studie.⁶³ Sie wussten warum. Denn zweifellos besteht ein Zusammenhang zwischen dem Befund, dass 89 % aller Prostituierten den Wunsch verspüren, aus der Prostitution auszusteigen, und der Tatsache, dass ein erheblicher Teil der befragten Frauen drogenabhängig und zum Zeitpunkt der Befragung in der Betreuung von Beratungs- und Ausstiegsprojekten war.

So wurden allein mit den in Thailand und Sambia befragten Frauen rund ein Viertel aller in der Farley-Studie befragten Prostituierten über Ausstiegsprojekte rekrutiert. Zumbeck, die ebenfalls zu 22 % aus der Prostitution bereits ausgestiegene Frauen als „Prostituierte“ in ihre Befragung aufnahm⁶⁴, erkannte klarsichtig,

*„dass Prostituierte, die sich um beraterische oder therapeutische Unterstützung bemühen, ebenso wie **Aussteigerinnen aus der Prostitution**, vermutlich nicht selten unter akuten oder chronischen traumabezogenen Störungen leiden.“⁶⁵*

So schafft man durch eine spezielle Selektion der Stichprobe die Grundlage dafür, um dem erstaunten Publikum ungeheuerliche Zustände zu präsentieren, die man anschließend der Prostitution als solcher zuschreibt.

4. Überrepräsentation von Straßen- und Beschaffungsprostitution als Kalkül

Mit Aussagen wie „68 % met the criteria of PTSD“ oder der Aussage, Erfahrungen der sexuellen und körperlichen Gewalt „can be attributed to the nature of prostitution itself“⁶⁶, beanspruchen Farley et. al. fundamentale Einsichten in das Wesen der Prostitution geliefert und die Gegnerschaft gegenüber Prostitution empirisch legitimiert zu haben. Eine genauere Betrachtung der Farley-Studie lässt es jedoch mehr als fraglich erscheinen, ob hier überhaupt Aussagen zur „Natur der Prostitution“ vorliegen.

Denn Farleys erklärter Verzicht auf Repräsentativität war alles andere als ein Zufall. Er ist nur nachvollziehbar vor dem Hintergrund einer fragwürdigen Überrepräsentation drogen- und alkoholabhängiger Straßenprostituierter in der Studie.

(1) Überrepräsentation von Straßenprostitution

In FARLEY I wurden ausschließlich Personen befragt, die angaben, sich auf der Straße zu prostituieren. In FARLEY II wurde eingeräumt, dass in den „meisten Fällen“ der Zugang zur

Gesamtgruppe der Prostituierten ab, der Hilfeeinrichtungen kontaktiert. **Repräsentativität** kann mit einer solchen Untersuchung kaum angestrebt werden, da über den Umfang und die Zusammensetzung aller Prostituierten keine genauen Informationen vorliegen.“ (Lebenssituation Prostitution, S. 27) Auch ZUMBECK sprach vor dem Hintergrund einer „Rekrutierung (der befragten Prostituierten) über Beratungsstellen“ von „**Einschränkungen hinsichtlich der Repräsentativität**, denn eine so gewonnene Stichprobe kann nur einen sehr begrenzten Teil der Gesamtgruppe der Prostituierten abbilden.“ (S. 115)

⁶³ „In Zambia, where 83 percent of respondents indicated a history of childhood sexual abuse, interviewers had previously established relationships with interviewees. Thus the Zambian data on child abuse may be more indicative of its actual occurrence than data from other countries.“ (FARLEY II, S. 15) In Sambia wurden alle 117 befragten Frauen, die in die Farley-Studie aufgenommen wurden, über eine Ausstiegs-Organisation befragt!

⁶⁴ ZUMBECK, S. 115; Aussteigerinnen wurden nach Angaben von Zumbeck deshalb in die Befragung aufgenommen, weil ansonsten die gesamte Stichprobe zu klein ausgefallen wäre! (S. 62)

⁶⁵ ZUMBECK, S. 45

⁶⁶ FARLEY III, S. 62

Prostitution nur über die Straße gelänge.⁶⁷ Mit Ausnahme der Befragung in Südafrika blieb in den Befragungen in Thailand, der Türkei und Sambia der Anteil der unterschiedlichen Prostitutionsbereiche völlig im Dunkeln, so dass man diesbezüglich von einer gezielten Vertuschung im Hinblick auf die Zusammensetzung der ausgewerteten Stichproben sprechen muss.⁶⁸ Sofern überhaupt Angaben gemacht werden, beziehen diese sich auf den Ort der Befragung, ohne dass explizit deutlich wird, in welchem Bereich die befragten Personen der Prostitution nachgingen.

TABELLE 08: Angaben über Straßenprostitution und weitere Merkmale der von Farley et. al. befragten Personen (FARLEY III):

Nr.	Land	n	Rekrutierung über Beratungsstellen	Straßenprostitution	zum Zeitpunkt der Befragung:			Prost. mit PTSD
					obdachlos (früher/akut)	alkohol-abhängig	körperl. Krank	
01	USA	130	k. A.	100 % / 130	84 % / 108	26 % / 33	50 %	69 %
02	Südafrika	68	ja (zum Teil)	63 % / 43	73 % / 49	43 % / 29	46 %	75 %
03	Thailand	110	ja (Mehrzahl)	„einige“	57 % / 53	56 % / 57	71 %	58 %
04	Türkei	50	über Polizei	k. A. / unklar	58 % / 29	64 % / 32	60 %	66 %
05	Sambia	117	Ja	k. A.	89 % / 99	72 % / 79	76 %	71 %
06	Kanada	100	k. A.	100 % / 100	86 % / 84	47 % / 44	k. A.	74 %
07	Kolumbien	96	ja (alle)	k. A.	76 % / 73	30 % / 29	k. A.	86 %
08	Deutschland	54	ja (91 %)	72 % / 39	74 % / 40	54 % / 29	k. A.	60 %
09	Mexiko	123		20 % / 25	55 % / 65	71 % / 84	k. A.	54 %
	GESAMT	854	?	?	70 % / 600	49 % / 416		68 %

In FARLEY III kamen mit Kanada und Deutschland weitere Stichproben hinzu, in denen wieder ausschließlich bzw. überwiegend Personen befragt wurden, die auf der Straße der Prostitution nachgingen.

Nur bei 5 der 9 Stichproben gaben Farley et. al. definitiv Auskunft zum Anteil der in die Befragung einbezogenen Straßenprostituierten. Hier waren 337 von 475 befragten Prostituierten und somit 71 % der Befragten Straßenprostituierte. Bezüglich der verbleibenden vier Stichproben haben die Autorinnen es nicht für wert befunden, den Anteil dieses speziellen Bereichs der Prostitution auszuweisen.

Nimmt man umgekehrt die Angaben von Farley et. al. über den Anteil der befragten Prostituierten, die jenseits der Straßenprostitution in Bordellen, Massage-Salons, Escort-Betrieben oder Strip-Clubs arbeiten, so kommt man auf gerade einmal 134 von 854 Prostituierten (Südafrika 25, Deutschland 11, Mexiko 98). Das wären gerade einmal 16 % der insgesamt von Farley et.al. befragten Prostituierten.

Vor dem Hintergrund dieser mehr als spärlichen Angaben ist davon auszugehen, dass zwei Drittel bis maximal drei Viertel der für diese Studie befragten Personen dem Bereich der Straßenprostitution zuzuordnen sind.

⁶⁷ FARLEY II, S. 8

⁶⁸ Selbst die an der Gesamtstudie beteiligte Psychologin ZUMBECK ist von FARLEY über die Zusammensetzung der Stichproben nach Prostitutionsbereichen nicht informiert worden: „Mir ist nicht für alle Länder bekannt, ob es verschiedene Prostitutionsbereiche gibt, und wenn dies der Fall ist, aus welchem Bereich die befragten Frauen stammten. Lediglich für die USA, wo nur Straßenprostituierte befragt wurden und für die Türkei, wo die befragten Frauen unter sehr schlechten Bedingungen abgeschirmt in Bordellen arbeiten, ist mir dies bekannt.“ Man darf diesen dezenten Hinweis auf mangelnde Transparenz als Kritik an einer mit wissenschaftlichen Standards unvereinbaren Geheimniskrämerei deuten.

Wenn von den insgesamt 854 Befragten rund 70 % zum Zeitpunkt der Befragung oder zu einem früheren Zeitpunkt bereits obdachlos waren und die Hälfte der Befragten zum Zeitpunkt der Befragung alkoholabhängig waren, so bestätigt das einen hohen Anteil in die Studie einbezogener Straßenprostituierten.

Warum ist die Frage des Anteils der befragten Straßenprostituierten so bedeutsam?

Weil es sich hier in der Regel gar nicht um „professionelle Prostituierte“, sondern vielfach um drogenabhängige Beschaffungsprostituierte handelt. So schrieb Sybille Zumbeck, Mitautorin von FARLEY III:

*„Die Arbeit auf der Straße aber ist eine oft **logische Konsequenz der Drogenabhängigkeit**. Abhängige Prostituierte sind häufig für etwas geschütztere Arbeitsumfelder (Bordelle, Agenturen etc.) aufgrund ihrer körperlichen und psychischen Konstitution nicht (mehr) profitabel. So bleibt ihnen oft nur noch der Einstieg oder ggf. der „Abstieg“ in die Straßenprostitution.“⁶⁹*

Der hohe Anteil der in die Studie einbezogenen Straßenprostitution müsste daher mit einem ebenfalls hohen Anteil drogengebrauchender Prostituierter einhergehen. Die Farley-Studie bestätigt diese Zusammenhänge.

(2) Überrepräsentation von Beschaffungsprostitution

In FARLEY I lag der Anteil der drogenabhängigen Straßenprostituierten bei 75 %, in FARLEY II bzw. FARLEY III lag er immerhin noch bei 49 % bzw. 45 %. Der Rückgang verweist auf die Einbeziehung von Bordell- und Escort-Prostituierten, für die Drogenabhängigkeit kein Charakteristikum ist.

Wenn nahezu die Hälfte der Stichprobe mit drogenabhängigen Beschaffungsprostituierten vorgenommen wurde, so stellt sich die Frage, was Farley et. al. legitimiert, die in diesem Bereich vorfindliche spezifisch hohe Belastung mit Gewalterfahrungen und Traumatisierung auf andere Bereiche der Prostitutionsausübung zu übertragen und zu verallgemeinern. Farley et.al. ermitteln ihre im Hinblick auf die PTSD-Belastung erschreckenden Ergebnisse in einem sehr speziellen Prostitutionsbereich und verkaufen sie anschließend als Aussagen über „Prostitution schlechthin“.

TABELLE 09: Drogenabhängige Beschaffungsprostitution in FARLEY I / II / III

Nr.	Land	n	davon drogenabhängig	Anteil drogenabhängiger Prostituierter		
				Farley I	Farley II	Farley III
01	USA	130	98	75 %	75 %	75 %
02	Südafrika	68	33		49 %	49 %
03	Thailand	110	43		39 %	39 %
04	Türkei	50	23		46 %	46 %
05	Sambia	117	19		16 %	16 %
06	Kanada	100	85			85 %
07	Kolumbien	96	4			4 %
08	Deutschland	54	38			70 %
09	Mexiko	123	42			34 %
	GESAMT	854	385 (45 %)	75 %	49 %	45 %

⁶⁹ Zumbeck, S. 38; Da Zumbeck dem verbreiteten Vorurteil anhängt, dass „Prostitution und Drogenabhängigkeit häufig zusammenhängen“ (41), zieht sie die Trennlinie zwischen Straßenprostitution und anderen Formen nicht konsequent genug, da sie drogenabhängige Sexarbeit auch in anderen Prostitutionsformen vermutet, wobei sie auf der Straße lediglich erkennbar in der Mehrzahl seien.

Das freilich ist Rosstäuscherei. Denn der Bereich der von Beschaffungsprostitution geprägten Straßenprostitution unterscheidet sich in mindestens fünf Aspekten qualitativ von allen übrigen Bereichen professioneller Prostitution:

- (1) Drogen als Ausgangspunkt: Im Unterschied zur professionellen Prostitution ist hier in der Regel der Beschaffungsdruck in Bezug auf Drogen Ausgangspunkt der Prostitutionstätigkeit. Die Besonderheit: Prostitution ist ausschließlich ein Mittel zur Finanzierung von Drogenkonsums.
- (2) Suchtkranke statt Prostituierte: Beschaffungsprostituiertere sind in erster Linie Suchtkranke, die unter Beschaffungsdruck arbeiten. Viele von denen, die von einer krankhaften Sucht getrieben werden, verstehen sich selbst oft gar nicht als Prostituierte.⁷⁰ Es ist nicht mangelnde Berufserfahrung, die sie vom Status einer professionellen Prostituierten trennt, sondern die Sucht als Dreh- und Angelpunkt ihres Handelns.
- (3) Suchtabhängigkeit als Ausgangspunkt für Folgeschäden: Das überdurchschnittlich hohe Maß an Suchtmittelabhängigkeit unter Straßenprostituerten geht vielfach einher mit Alkoholabhängigkeit, körperlichen Krankheiten und einem hohen Risiko, obdachlos zu werden. Das Angaben von Farley et. al. bestätigen das.
- (4) Hohes Maß an Gewaltbetroffenheit: Das Risiko von Gewaltbetroffenheit bei drogenabhängigen Straßenprostituerten gilt als extrem hoch und unterscheidet sie qualitativ von professionellen Prostituierten. Zumbeck verweist auf Untersuchungen, wonach drogenabhängige Straßenprostituiertere im Unterschied zu z. B. Escort-Prostituierten nicht in der Lage seien, „potentiell gewalttätige Kunden in Ruhe abzuschätzen, da sie unter einem höheren Beschaffungsdruck stünden“.⁷¹ „Für die Beschaffungsprostituiertere kommt noch erschwerend hinzu, dass sie oftmals unter dem Einfluss von sedierenden Drogen arbeiten und unter diesen Umständen schon physisch schlecht in der Lage sind, sich zur Wehr zu setzen.“⁷²
- (5) Mehr Traumata aufgrund höherer Gewaltbetroffenheit: Nicht die Prostitutionstätigkeit, sondern die mit dem Drogenkonsum zusammenhängende höhere Gewaltbetroffenheit ist der eigentliche Grund dafür, dass Straßenprostituiertere ein größeres Risiko für Traumatisierungen aufweisen als professionelle Prostituierte.⁷³ Ein wichtiges Argument in diesem Zusammenhang ist Zumbecks Hinweis, dass (nicht nur) bei Straßenprostituerten in hohem Maße Gewalterfahrungen außerhalb der unmittelbaren Prostitutionstätigkeit die Ursache von Traumatisierung waren.⁷⁴

Erwartungsgemäß leugnet Melissa Farley den qualitativen Unterschied zwischen professioneller Prostitution und drogenabhängiger Beschaffungsprostitution. Täte sie dies nicht, käme das dem Eingeständnis gleich, dass ihre Studie eben keine Aussagen über

⁷⁰ ZUMBECK spricht in diesem Zusammenhang von Frauen, die sich „selbst nicht als Prostituierte bezeichnen würden.“ (S. 27)

⁷¹ ZUMBECK, S. 37

⁷² ZUMBECK, S. 124

⁷³ Vgl. ZUMBECK, S. 17, 20, 58/59, 95 - 97

⁷⁴ „Über die Hälfte der Frauen berichteten von Vergewaltigungen außerhalb der Prostitution.“ (S. 77) „Die „Professionellen“ hatten einzelnen Traumata außerhalb der Prostitution prozentual sogar häufiger erlebt als vergleichbare Traumata im Rahmen der Prostitution. So waren nur 9,1 % der „Professionellen“ in der Prostitution körperlich angegriffen worden, über 45 % aber hatten dies außerhalb der Prostitution erlebt.“ (S. 124)

traumatisierende Folgen von Prostitution an sich, sondern bestenfalls Aussagen liefert über die spezifischen Risiken zumeist drogenabhängiger Straßenprostituierter.

Farleys Bemühungen, den Unterschied zwischen professioneller Prostitution und Straßenprostitution möglichst einzuebnen, sind allerdings wenig überzeugend. So räumte sie in FARLEY II ein, dass die südafrikanische Teilstudie mehr Gewalterfahrungen im Bereich Straßenprostitution als in der Bordellprostitution zeige, dies jedoch unbedeutend sei, da sie gleichwohl keine statistisch signifikanten Unterschiede in der PTSD-Betroffenheit zur Folge habe.⁷⁵ In FARLEY III belege die Teilstudie zu Mexiko, dass der „Schweregrad der PTSD“ unabhängig vom jeweiligen Bereich der Prostitutionsausübung stets gleich groß sein soll, weshalb es legitim sei, die PTSD-Belastung unter den Prostituierten der Prostitution als solcher zuzuschreiben.⁷⁶ Doch beide Male blieb es bei bloßen Behauptungen, die von Farley et.al. nicht belegt wurden.

Warum verzichtete die Farley-Studie darauf, Traumatisierung in der Prostitution differenziert nach Drogenabhängigkeit bzw. Nicht-Drogenabhängigkeit der Befragten bzw. differenziert nach unterschiedlichen Prostitutionsbereichen darzustellen, wenn man dafür angeblich überzeugende Belege habe?

Stattdessen wich Farley aus und verwies auf andere empirische Studien, wonach die Mehrheit der Prostituierten erst nach Eintritt in die Prostitution Drogen konsumieren würde.⁷⁷ Ein hoher Drogenkonsum im Kontext von Prostitution – so Farley et.al. – sei lediglich ein Beleg für den Versuch, die mit Prostitutionstätigkeit einhergehende PTSD-Belastung abzumildern. Er sei keineswegs ein Beleg dafür, dass Drogen zeitlich und ursächlich der Prostitution vorhergehen und damit den sehr spezifischen Bereich der Beschaffungsprostitution jenseits professioneller Prostitution konstituieren.

Zum Leidwesen von Farley war es ausgerechnet die deutsche Teilstudie von Sybille Zumbeck, die das genaue Gegenteil dessen ergab, was Farley standhaft und unter Verleugnung der Ergebnisse Zumbecks behauptete. Deshalb sei im Folgenden auf einige Ergebnisse der Zumbeck-Studie hingewiesen, die im Unterschied zu den anderen Teilstudien glücklicherweise separat veröffentlicht wurde und die belegt, wie sehr die Öffentlichkeit durch die Selektivität der Aussagen der Farley-Studie hinters Licht geführt wird.

5. Zumbeck: Der Unterschied von ‚professioneller Prostitution‘ und ‚Beschaffungsprostitution‘ im Hinblick auf PTSD

In auffälligem Kontrast zu Farleys interessierter Einebnung der Unterschiede zwischen (drogenabhängigen) Straßenprostituerten und (nicht-drogenabhängigen) professionellen Prostituierten wollte Zumbeck gerade

„einschätzen, ob es Unterschiede zwischen Prostituierten verschiedener Prostitutionsformen bezüglich der Häufigkeit und Schwere erlebter Traumatisierung und hinsichtlich der Ausprägung traumabezogener Symptome gibt.“⁷⁸

Im Gegensatz zu Farley rückte Zumbeck den Unterschied von professioneller Prostitution und Beschaffungsprostitution ins Zentrum ihrer Untersuchung. Für sie war

⁷⁵ FARLEY II, S. 13

⁷⁶ FARLEY III, S. 49

⁷⁷ FARLEY III, S. 62/63

⁷⁸ ZUMBECK S. 48

„die Arbeit auf der Straße ... eine oft logische Konsequenz der Drogenabhängigkeit“.⁷⁹

Zumbecks Studie ergab, dass Drogenkonsum und -abhängigkeit bei den von ihr befragten Prostituierten ihrer Prostitutionstätigkeit nicht nur zeitlich voranging, sondern auch ursächlich war für die Aufnahme der Prostitution. Während der Beginn des Drogenkonsums bei einem Alter von im Schnitt 17,27 Jahren lag, erfolgte der Einstieg in die Prostitution erst im Alter von durchschnittlich 19,32 Jahren.⁸⁰ Drogenabhängigkeit war für 70 % der von Zumbeck Befragten zugleich auch der Grund für den Einstieg in die Prostitution:

„Da ein Großteil der Befragten sich aus einem Beschaffungsdruck prostituierte, war bei vielen auch die Drogenabhängigkeit ausschlaggebend dafür, mit der Prostitution zu beginnen.“⁸¹

Drogenkonsum in der Prostitution erwies sich damit keineswegs als bloß sekundäre Form einer nachträglichen Selbstmedikation bezüglich traumatisierender Erfahrungen in der Prostitutionstätigkeit. Und schon gar nicht erschien Drogenkonsum als ein von Zuhältern erzwungenes Mittel zwecks Gefügigmachen von Frauen zum Zwecke der Prostitution, wie Farley unterstellte.⁸²

Drogenabhängigkeit in der Straßenprostitution steht für eine Skala von Verhaltensdispositionen, die allemal Raum eröffnen für vermehrte Trauma-Erfahrungen. Hintergrund dessen schien zu sein, dass Drogenabhängige im Unterschied zu professionellen Prostituierten ein niedrigeres Eintrittsalter in die Prostitution aufwiesen, was Zumbeck zu Recht als problematisch ansah.⁸³ Zudem konstatierte sie bei beiden Personengruppen *„unterschiedliche Möglichkeiten von Kontrolle und Abgrenzung“*.⁸⁴ Diese Ergebnisse stimmten mit denen anderer Studien⁸⁵ überein, die feststellen, dass drogenabhängige Straßenprostituierte weniger als

„z.B. „escort workers“ in der Lage (seien), potentiell gewalttätige Kunden in Ruhe abzuschätzen, da sie unter einem höheren Beschaffungsdruck stünden... Für sich prostituierende, drogenabhängige Frauen scheint das Risiko für Gewalterfahrungen also extrem hoch zu sein. Dies ist besonders dann zutreffend, wenn sie in der Straßenprostitution arbeiten.“⁸⁶

Farley schien diese Studien nicht zur Kenntnis genommen zu haben, als sie sich bei ihrer Befragung in San Francisco dafür entschied, 75 % der von ihr befragten Prostituierten aus dem

⁷⁹ ZUMBECK, S. 38; Da Zumbeck dem verbreiteten Vorurteil anhängt, dass „Prostitution und Drogenabhängigkeit häufig zusammenhängen“ (S. 41), zieht sie die Trennlinie zwischen Straßenprostitution und anderen Formen nicht konsequent, da sie drogenabhängige Sexarbeit auch in anderen Prostitutionsformen vermutet, wobei sie auf der Straße lediglich erkennbar in der Mehrzahl seien.

⁸⁰ vgl. ZUMBECK S. 66, 71

⁸¹ ZUMBECK, S. 104 u. S. 66

⁸² In Zumbecks Befragung waren 70 % der Befragten drogenabhängig, aber 85 % arbeiteten ohne einen „Zuhälter“. (S. 66)

⁸³ „Die Tatsache, dass professionelle Prostituierte signifikant älter waren als die anderen Frauen, hängt auch damit zusammen, dass sie in höherem Alter mit der Prostitution begonnen hatten. Da sie insgesamt später mit der Prostitution begonnen hatten, könnten sie schon bei Beginn ihrer Prostitutionstätigkeit über andere soziale Fähigkeiten (evtl. Selbstsicherheit, Fähigkeit zur Abgrenzung und Durchsetzungsvermögen) verfügt haben. Die Beschaffungsprostituierten, die fast alle in einem sensiblen Alter als Jugendliche oder Kinder begonnen hatten, sich zu prostituieren, hatten u. U. bis zu dem Zeitpunkt noch keine Chance, diese Fähigkeiten zu entwickeln.“ (S. 124)

⁸⁴ „Bei fast allen drogenabhängigen Frauen wurde deutlich, dass sie sich u.a. aufgrund ihrer mangelnden Möglichkeit zur Abgrenzung oft von den Kunden entwertet und als Objekt benutzt fühlten.“ (S. 109)

⁸⁵ ZUMBECK bezog sich dabei auf mehrere Untersuchungen, darunter DIANA, L. (1985), The prostitute and her client; STERK / ELIFSON (1990). National Institute on Drug Abuse Research; PERKINS, R (1991). Working girls. Prostitutes, their life and social control. Canberra /Australien; MORRISON/McGEE (1995). Alcohol and drug misuse in prostitutes. Addiction, 90 (2)

⁸⁶ ZUMBECK, S. 37/38

Milieu der drogenabhängigen Frauen zu rekrutieren, ohne die offenkundigen Besonderheiten dieser Gruppe in Rechnung zu stellen. Hinter dieser Ignoranz steckte freilich System.

Wäre es Melissa Farley um wissenschaftliche Erkenntnis, nicht aber um die Verbreitung abolitionistischer Botschaften und alternativer Fakten gegangen, hätte sie in der dritten Version ihrer Studie (FARLEY III) die Gelegenheit gehabt, auf die im Juli 2002 veröffentlichte Untersuchung von Chudakov/Ilan/Belmaker/Cwikel einzugehen. Doch Farley unterließ das, obwohl die seit Oktober 2000 an der Ben-Gurion-Universität im Negev tätige multidisziplinäre Forscherinnengruppe die mentale und physische Gesundheit von in Israel tätigen Sexarbeiterinnen mit dem „Farley-Fragebogen“ untersuchte. Das dürfte der international gut vernetzten Farley kaum entgangen sein.

Die Befragungen in Israel waren 2001 abgeschlossen und die Ergebnisse ein Jahr später veröffentlicht.⁸⁷ Chudakov u. a. befragten 55 migrantische Sexarbeiter/innen, die in Tel Aviv, Beer Sheva und Eilat ausschließlich der Bordellprostitution nachgingen. Es waren also keine Straßenprostituierten. Die meisten von ihnen (84 %) kamen aus Moldavien, der Ukraine und Russland. 82 % der befragten Frauen hatten zum Zeitpunkt ihrer Befragung einen illegalen oder zumindest prekären Aufenthaltsstatus, galten also als „gehandelte“ Frauen, zumal sie bei der Einreise nach Israel die Hilfe Dritter in Anspruch nahmen. Nur ein knappes Drittel der Frauen gab an, jemals im Leben Drogen konsumiert zu haben. Und wenn, dann war es zumeist Marihuana.

Obwohl gerade die von „Menschenhandel“ betroffenen Frauen als besonders PTSD-gefährdet galten, ergab die israelische Befragung, dass nur 17 % der Bordellprostituierten PTSD-Symptome aufwiesen.⁸⁸ Dies entsprach den Ergebnissen von Zumbeck hinsichtlich der in Hamburg befragten „professionellen Prostituierten“ und widersprach damit ebenfalls der Annahme Farleys, Prostitution als solche, unabhängig von der konkreten Art und Weise der Prostitutionsausübung, sei generell durch eine PTSD-Belastung in der Größenordnung von 68 % betroffen.⁸⁹

Auch Zumbeck fand heraus, dass drogenabhängige Personen in der Prostitution in höherem Maße als professionelle Prostituierte Erfahrungen ausgesetzt sind, die gemeinhin als ‚traumatisierend‘ eingestuft werden.

⁸⁷ CHUDAKOV, Bella; ILAN, Keren; BELMAKER, R.H.; CWIKEL, Julie, „The motivation and mental health of sex workers“. Journal of Sex & Marital Therapy, Vol. 28 (4), 2002, S. 305ff, vgl.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12082669>

⁸⁸ Die Forscherinnen wiesen jedoch einschränkend darauf hin, dass sie die Befragung der Frauen nur mit Hilfe der Vermittlung durch kooperationsbereite Bordellbetreiber durchführen konnten und ihre Ergebnisse daher nicht notwendigerweise repräsentativ für alle in der israelischen Sexindustrie tätigen Frauen sein müssten. Vgl.: J. CWIKEL, ILAN, Keren; CHUDAKOV, Bella, „Women brothel workers and occupational health risks“, in: J Epidemiol Community Health, 2003; S. 814, zit. nach:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732308/pdf/v057p00809.pdf>

⁸⁹ Die Unterschiedlichkeit von PTSD-Belastung entsprechend der Bereiche, in denen Prostitution ausgeübt wird, bestätigte auch eine australische Untersuchung aus dem Jahre 2006. Darin wurden 72 „street-based sex workers“ befragt, die zu 75 % auf der Straße, nebenher aber auch in Autos und Wohnungen arbeiteten. Zum Zeitpunkt der Befragung lebten 89 % der Befragten von staatlicher Unterstützung, 61 % nahmen an Drogen-Entzugsprogrammen teil. Das Ergebnis in Bezug auf PTSD-Belastung: **“Just under half of the women met DSM-IV criteria for PTSD and approximately one-third reported current PTSD symptoms.”** Die PTSD-Belastung ist um Einiges niedriger als in der Untersuchung von Farley, sie ist im Bereich Straßenprostitution zugleich deutlich höher als in der Bordellprostitution. Siehe: ROXBURGH et. al., 2006, zit. nach:

<https://www.semanticscholar.org/paper/Posttraumatic-stress-disorder-among-female-sex-in-Roxburgh-Degenhardt/1a449505766281489b6192d3a231b3503935ff2e>

Tabelle 10: Vergleich von drogenabhängigen Personen in der Prostitution und professionellen Prostituierten hinsichtlich Traumatisierung bei Zumbeck⁹⁰

Traumatisches Ereignis	Beschaffungs- prostituierte n = 39		Professionelle Prostituierte n = 11	
	abs.	in %	abs.	in %
Kindheitstrauma	33	84,6 %	9	81,8 %
- familiäre Gewalt	28	73,7 %	7	63,6 %
- körperliche Misshandlung	26	66,7 %	7	63,6 %
- sexuelle Misshandlung	21	53,8 %	3	27,3 %
Traumatisierung in der Prostitution	36	92,3 %	5	45,5 %
- Vergewaltigung in der Prostitution	27	69,2 %	2	18,2 %
- Angriff mit einer Waffe in der Prostitution	21	53,8 %	3	27,3 %
- körperlicher Angriff in der Prostitution	28	71,8 %	1	9,1 %
- körperliche Bedrohung in der Prostitution	21	53,8 %	3	27,3 %
- Verfolgung in der Prostitution	11	28,2 %	2	18,2 %
Voll ausgeprägte PTBS	27	69,2 %	2	20,0 %
PCL-C Gesamtwert		54,87		35,20

Zumbecks Untersuchung ergab, dass sich ‚Beschaffungsprostituierte‘ und ‚professionelle Prostituierte‘ nicht nur hinsichtlich der Form der Prostitution unterscheiden, in der sie tätig sind, sondern auch darin,

„dass Beschaffungsprostituierte signifikant mehr verschiedene Traumatisierungen im Erwachsenenalter erlebt hatten als professionelle Prostituierte“⁹¹,

was vor allem auf Traumatisierungen im Kontext von Prostitution zurückzuführen sei.

Während bei Farley stets undifferenziert von einer Traumatisierung der Befragten „since entering prostitution“⁹² die Rede war, bemüht sich Zumbeck auch hier, präziser hinzuschauen. Sie wollte wissen, in welchem Umfang die von den Befragten berichteten traumatischen Ereignisse „innerhalb“ bzw. „außerhalb“ der Prostitution stattfanden.

Auch hier kam Zumbeck zu Ergebnissen, die Farleys Schlussfolgerung, Gewalterfahrungen seien stets der ‚Prostitution an sich‘ zuzuschreiben, diametral widersprachen. So zeigt sich, dass traumatisierende Ereignisse in hohem Maße außerhalb der Prostitution erfolgten. Gerade im Hinblick auf die besondere Problematik von Beschaffungsprostituierten unterstreichen die Ergebnisse, dass es sich bei ihnen offenbar um spezielle Verhaltensdispositionen handelt, die gleichermaßen innerhalb wie außerhalb der Prostitution zu einer Traumatisierung durch bedrohliche Ereignisse führen können.

Dass professionelle Prostituierte traumatisierende Ereignisse sogar öfters außerhalb als innerhalb der Prostitution zu erfahren scheinen, könnte verdeutlichen, dass hier nicht die Prostitutionstätigkeit als solche, wohl aber das Stigma der Prostitution ausschlagend ist.

⁹⁰ vgl. ZUMBECK, S. 97

⁹¹ ZUMBECK, S. 95

⁹² FARLEY II, S. 11

TABELLE 11: Traumatisierung professionellen Prostituierten und Beschaffungsprostituerten in bzw. außerhalb der Prostitution nach Zumbeck⁹³

Traumatisierendes Ereignis	„in der Prostitution“				„außerhalb der Prostitution“			
	Beschaffungsprostitution n = 39		Professionelle Prostitution n = 11		Beschaffungsprostitution n = 39		Professionelle Prostitution n = 11	
	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %
Vergewaltigung	27	69,2 %	2	18,2 %	21	56,8 %	5	45,5 %
körperlicher Angriff	28	71,8 %	1	9,1 %	23	59,0 %	5	45,5 %
körperliche Bedrohung	21	53,8 %	3	27,3 %	18	46,2 %	7	63,6 %
Verfolgung	11	28,2 %	2	18,2 %	18	46,2 %	3	27,3 %

Die Ergebnisse Zumbecks widersprechen diametral den abolitionistisch motivierten Schlussfolgerungen Farleys, wonach die von Prostituierten erfahrene Gewalt der „Prostitution als solcher“ zuzuschreiben sei. Möglicherweise ist dies der Grund, der Farley bewog, in ihrer internationalen Vergleichsstudie die differenziertere Sichtweise der einzelnen Teilstudien auszublenden.

Im Gegensatz zu den Ausführungen in der Farley-Studie ergab Zumbecks Teilstudie, dass die von ihr befragten Beschaffungsprostituerten im Vergleich zu den professionellen Prostituierten nicht nur häufiger mit traumatisierenden Ereignissen konfrontiert waren, sondern vor diesem Hintergrund auch in höherem Maße von PTSD betroffen waren.

Während 67,6 % der Substanzabhängigen eine posttraumatische Belastungsstörung hatten, war dies bei professionellen Prostituierten nur bei 43,8 % der Fall. Die Schwere der PTSD (PCL-C Gesamtwert) hatte bei Substanzabhängigen den Wert von 55,11, bei professionellen Prostituierten dagegen nur den Wert 42,6.⁹⁴

„In Übereinstimmung mit der Literatur“ schlussfolgerte Zumbeck, *„zeigte sich, dass professionelle Prostituierte wesentlich weniger belastet waren als Beschaffungsprostituente. Sie hatten signifikant weniger Traumatisierung in der Prostitution erlebt.... Die unterschiedliche Belastung durch Traumata spiegelt sich in den Symptomen der PTBS wider: professionelle Prostituierte litten seltener unter einem erhöhten Erregungsniveau und unter Meidungsverhalten. Entsprechend konnte bei ihnen auch signifikant seltener eine PTBS diagnostiziert werden.“*⁹⁵

⁹³ vgl. ZUMBECK, S. 97

⁹⁴ ZUMBECK, S. 84

⁹⁵ ZUMBECK, S. 123; Ein solches Ergebnis war freilich – da muss man Zumbeck korrigieren – nicht nur „in Übereinstimmung mit der Literatur“, es widersprach auch gegenteiligen Befunden, wonach es für die Hypothese, Drogenmissbrauch führe zu höherer PTSD-Betroffenheit, keine statistischen Belege gäbe, während sich die gegenteilige Annahme, PTSD führe zu erhöhtem Drogenmissbrauch, habe bestätigen lassen. Diese insbesondere von Naomi BRESLAU vertretene Sichtweise stützte sich auf eine 1998 von ihr publizierte Untersuchung (CHILCOAT, H. D., BRESLAU, N. (1998). Posttraumatic Stress Disorder and drug disorders: testing causal pathways, Arch Gen. Psychiatry Vol. 55 / 1998). Das Ergebnis dieser Untersuchung („There was no evidence that preexisting drug abuse or dependence increased the risk of subsequent exposure to traumatic events or the risk of PTSD after traumatic exposure.“ S. 913) stützte sich auf die statistische Auswertung einer Zufallsauswahl von 1.007 Mitgliedern einer Gesundheitskasse in Michigan, die 1989, 1992 und 1994 fortlaufend untersucht wurde. Die Untersuchung hatte keinen speziellen Bezug zum Drogengebrauch im Kontext Prostitution. Sie stützte die „Selbst-Medikations-Hypothese“, wonach Drogen vor allem deshalb genommen würden, um nachträglich die Folgen von PTSD-Symptomen zu mildern. BRESLAU et.al. räumten allerdings ein, dass ihre Untersuchung auf den erst spät einsetzenden „Drogenmissbrauch“ fokussierte, wohingegen andere Studien herausgefunden hätten, dass „Drogengebrauch“ zeitlich normalerweise vor dem Auftreten von PTSD einsetze. COTTLER et.al. hätten vor diesem Hintergrund eine „premorbid vulnerability to PTSD among drug users“ für möglich gehalten. (COTTLER, L. B. et.al., 1992.

Obwohl Zumbecks Ergebnisse in FARLEY III Eingang fanden, verschwieg Melissa Farley diese Ergebnisse, da sie ihrer Grundannahme widersprachen. Es zeigt sich, dass Farley nicht nur wesentliche Zusammenhänge ihrer empirischen Daten der Öffentlichkeit vorenthielt, sondern darüber hinaus auch das genaue Gegenteil dessen behauptete, was die in die internationale Vergleichsstudie einfließenden Teilstudien tatsächlich ergaben.⁹⁶

6. Farley-Studie: Keine Aussagen zum Verhältnis von PTSD und ‚Prostitution an sich‘

Aus den Ergebnissen Zumbecks folgt, dass das Verfahren Farleys, einen ausgesprochen hohen und im Vergleich zu den tatsächlichen Verhältnissen überproportionalen Anteil drogenabhängiger Straßenprostituierter in die Stichproben ihrer Studie aufzunehmen, methodisch unzulässig ist.

Eine solche Vorgehensweise dient allein dem Zweck, die dadurch gewonnenen und erwartungsgemäß hohen PTSD-Belastungen den ‚professionellen Prostituierten‘ bzw. der ‚Prostitution als solcher‘ zuzuschreiben. Nur durch eine Überrepräsentation von Straßenprostituerten war es Farley et.al. möglich, eine durchgängig hohe PTSD-Belastung zu errechnen, die diese anschließend – pars pro toto – in abolitionistischer Absicht der ‚Prostitution als solcher‘ zuzuschreiben.

Die in der Farley-Studie ermittelten hohen PTSD-Belastungen haben jedoch wenig mit Prostitution, hingegen viel mit der speziellen Verfassung drogenabhängiger Personen im Kontext von Prostitution zu tun. Deren PTSD-Werte spiegeln ihre unabhängig von Prostitution bestehenden speziellen Risikofaktoren im Hinblick auf PTSD. Wenn langandauernde Drogenabhängigkeit⁹⁷ der Grund dafür ist, sich in Situationen zu begeben, die die individuelle Verarbeitungskapazität überschreiten und die deshalb als traumatisierend empfunden werden, so lässt sich das unter keinen Umständen auf nicht Drogen konsumierende professionelle Prostituierte übertragen. Genau das aber tat Farley.

Tatsächlich stellt sich mit Blick auf „Straßenprostituierte“ die Frage: Handelt es sich hierbei (mehrheitlich) eigentlich um Prostituierte mit einer demgegenüber zu vernachlässigenden Besonderheit des aus Drogenabhängigkeit resultierenden Beschaffungsdrucks? Oder handelt es sich bei ihnen (mehrheitlich) um Drogenabhängige, die gelegentlich mittels Prostitution ihr Überleben als Suchtkranke finanzieren?

⁹⁶ ZUMBECKs eingehende Befassung mit der Problematik drogenabhängiger Beschaffungs Prostituierter verwies ganz nebenbei auf ein Dilemma der Farley-Studie, das Farley selbst gar nicht thematisierte, was mit Blick auf die Bewertung ihrer Ergebnisse jedoch nicht unerheblich ist. Durch die extensive Einbeziehung drogenabhängiger Straßenprostituierter bestand laut Zumbeck die Gefahr, „dass sich in der zu befragenden Stichprobe viele Frauen befinden werden, die aufgrund ihrer psychischen Konstitution nicht in der Lage sind, einen Fragebogen mit mehr als 50 Items konzentriert und eigenständig auszufüllen.“ (ZUMBECK, S. 54) Dieses Problem versuchte Zumbeck dadurch zu umgehen, dass sie anstelle des Einsatzes eines Fragebogens eine mündliche Befragung vornahm. Doch auch hier bestand die Gefahr, dass „nicht auszuschließen ist, dass die Angaben zu Traumaerfahrungen durch die Drogenwirkung beeinflusst werden“.⁹⁶ Dies hielt sie aber gleichwohl für „nicht wahrscheinlich“. (Zumbeck, S. 59) Nichtsdestotrotz überlegte sie: „Da insgesamt 37 Frauen zum Zeitpunkt des Interviews drogenabhängig waren, ist nicht auszuschließen, dass der Drogenkonsum sich auf die Werte der PCL-C auswirkt.“ (Zumbeck, S. 54) Tatsächlich maß Zumbeck schließlich bei den drogenabhängigen Frauen höhere Werte als bei den nicht-drogenabhängigen Prostituierten, ging aber einfach davon aus, dass „die höheren Werte nicht auf den Drogenkonsum... zurückzuführen sind.“ (Zumbeck, S. 84)

⁹⁷ Farleys Befragte waren über einen Zeitraum von 3 Monaten bis zu 30 Jahren drogenabhängig, im Schnitt waren es 6,5 Jahre. (Farley I, S. 41)

Nach dem hier Dargelegten scheint Letzteres der Fall zu sein. Insbesondere die Ausführungen zum qualitativen Unterschied zwischen ‚professioneller Prostitution‘ und ‚Beschaffungsprostitution‘ legen nahe, dass bei den von Farley et.al. befragten „Straßenprostituierten“ die Drogenabhängigkeit vielfach der übergeordnete Aspekt und die Ausübung der Prostitution eher gelegentlich erfolgt zu sein scheint, nicht aber Ausdruck einer als Beruf aufgefassten Erwerbstätigkeit war. Das von Farley dokumentierte hohe Ausmaß an Krankheitsbelastung sowie die Erfahrung von Obdachlosigkeit (75 %), aber auch die für Drogenabhängige typische hohe Gewaltbelastung stützen diese Sichtweise.

Auch der von Zumbeck herausgearbeitete und von Farley mit Bedacht weitgehend unterschlagene Aspekt der von diesen Personen auch außerhalb der Prostitution erfahrenen Gewalt verdeutlicht, dass die Farley-Studie in erster Linie Traumata und PTSD von Junkies, nicht aber von professionellen Prostituierten dokumentiert.

Es ist aufschlussreich und bezeichnend zugleich, dass Farley widersprechende Ergebnisse der Teilstudien, die der internationalen Vergleichsstudie zugrunde liegen, nicht nur beharrlich ausblendete, sondern in ihr genaues Gegenteil verkehrte, was nur als manipulatives Verhalten bezeichnet werden kann.

Ein methodisches Vorgehen zur Messung von PTSD, wie es die Farley-Studie seinerzeit praktizierte, als die spezifische Bedeutung der Drogenabhängigkeit von rund der Hälfte der Befragten heruntergespielt und keiner gesonderten Erörterung für würdig befunden wurde, wäre heutzutage mit den seit 2013 geltenden DSM-5-Kriterien ohnehin undenkbar und kaum vereinbar. Denn seit 2013 ist ein „Exklusions-Kriterium H“ Teil des ‚DSM‘-Konzepts. Es erfordert, Substanzmittelgebrauch als Ursache von Angststörungen in PTSD-Stichproben definitiv auszuschließen:

„Disturbance is not due to medication, substance use, or other illness.“⁹⁸

Aus dem hier Dargestellten ergibt sich, dass es ganz und gar unzulässig ist, Prostituierte aufgrund des Risikoverhaltens einer speziellen Untergruppe der Beschaffungsprostituierten pauschal und in Gänze als „Risikogruppe“ hinsichtlich PTSD einzustufen.⁹⁹

7. Sind Prostituierte in höherem Maße traumatisiert als Kriegsveteranen?

Vergleiche in den Sozialwissenschaften sind nicht immer eine einfache Angelegenheit. Insbesondere dann, wenn sie qualitativ sehr unterschiedliche Sachverhalte zueinander in Beziehung zu setzen versuchen, deren Vergleich schon an und für sich als fragwürdig erscheint.

Das von Soldaten in Kriegen erlittene Leid mittels mathematischer Kennziffern mit dem in anderen sozialen Kontexten erfahrenen Leid gegeneinander abzuwägen, gehört zu jener Sorte problematischer Vergleiche, die vorzunehmen einer gewissen Skrupellosigkeit bedarf. Diese

⁹⁸ Vgl. <https://www.verywellmind.com/ptsd-in-the-dsm-5-2797324>

⁹⁹ Gleichwohl hielt ZUMBECK seinerzeit weiterhin an der von Farley getroffenen Bewertung fest, als sie schrieb: Die Befunde dieser Studie und die Ergebnisse der internationalen Vergleichsstudie (Farley, Baral, Kiremire & Sezgin, 1998) kommen zu dem gleichen Schluss: Prostituierte müssen höchstwahrscheinlich als Risikogruppe für Traumatisierung und PTSD angesehen werden.“ (Zumbeck, S. 127) Offenbar bestanden Wohlverhalten abnötigende Ambitionen, Teil eines „Updates“ der international angelegten Farley-Studie zu werden, was in der Tat 2003 erfolgte. Angesichts der Befragung einer äußerst geringen Zahl „professioneller Prostituierten“ (n = 11) stand Zumbeck ein derart verallgemeinerndes Urteil in keiner Weise zu.

Skrupellosigkeit zeichnet die Farley-Studie aus. Sie rechnete das aus Kriegserfahrungen resultierende psychische Leid mit dem in der Prostitution erfahrenen Leid gegeneinander auf, um daraus den Schluss ziehen zu können, dass Prostitution – gemessen an der PTSD-Belastung – schlimmere Folgen zeitige als die Erfahrung von Tod und Elend in modernen Kriegen.

Farleys Vorgehen steht in der Tradition bestimmter Strömungen in der amerikanischen Frauenbewegung. Aus der Erkenntnis, dass psychische Symptome von Vergewaltigungsopfern und Kriegsveteranen Ähnlichkeiten aufweisen, wurde seinerzeit geschlussfolgert, Frauen seien in höherem Maße als Männer als Opfer anzusehen:

„Erst die Frauenbewegung der siebziger Jahre förderte die Erkenntnis zutage, dass nicht Männer im Krieg, sondern Frauen im zivilen Leben am stärksten von posttraumatischen Störungen betroffen sind.“¹⁰⁰

Von der Ähnlichkeit posttraumatischer Störungen im zivilen und militärischen Leben war es nur ein kleiner Schritt, die PTSD-Belastung durch Krieg und Prostitution miteinander zu vergleichen. Dieser Vergleich findet sich in allen drei Versionen der Farley-Studie:

FARLEY I:

*„Our 130 interviewees' overall **mean PCL score** of 54.9 (an index of PTSD severity) may be compared to means of several other samples on the same measure: 50.6 for 123 PTSD treatment seeking **Vietnam veterans** (Weathers et.al., 1993); 34,8 for 1006 Persian Gulf war veterans (Weathers et.al., 1993).“¹⁰¹*

FARLEY II:

*„**Average PTSD severities** across the five countries were slightly higher than treatment-seeking **US Vietnam veterans** (Weather et.al., 1993)“¹⁰² „**The prevalence of PTSD** among prostituted women from 5 countries was 67% (Farley, Baral, Kiremire & Sezgin, 1998), which is in the same range as that of combat veterans (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993).“¹⁰³*

Die Prävalenz von PTSD bei den von Weathers et. al. befragten Vietnam-Veteranen lag bei 54%.¹⁰⁴

FARLEY III:

*„The **severity of PTSD symptoms** of participants in this study were in the same range as treatment-seeking **combat veterans**, battered women seeking shelter, rape survivors, and refugees from state-organized torture...“¹⁰⁵*

Jenseits der grundsätzlichen Problematik einer auf mathematische Kennziffern gestützten Vergleichbarkeit von psychischem Leid in Krieg und Prostitution lassen sich gegenüber den Aussagen von Farley et.al. – verbleibt man einstweilen in ihrer Logik – konkrete Einwände erheben.

¹⁰⁰ vgl. Judith HERMAN, Die Narben der Gewalt (2006), S. 45 u S. 49: „Burgess und Holmström wiesen auch darauf hin, dass Vergewaltigungsopfer Symptome zeigten, die man bereits an Kriegsveteranen beobachtet hatte.“ Kriego-Prostitutions-Vergleiche wie der von Farley sind nur verständlich vor dem Hintergrund eines durch und durch militarisierten Gesellschaftssystems, in dem sich die Relevanz einer gesellschaftspolitischen Problematik offenbar nur daran zu bemessen scheint, inwieweit es Problemen des Militärs den Rang ablaufen und unter Beweis stellen kann, einen möglichst hohen Opferstatus für sich zu reklamieren.

¹⁰¹ Farley I, S. 45

¹⁰² Farley II, S. 12

¹⁰³ Farley III, S. 37

¹⁰⁴ https://www.researchgate.net/publication/291448760_The_PSTD_Checklist_PCL_Reliability_validity_and_diagnostic_utility

¹⁰⁵ Farley III, S. 56

Zum einen sei daran erinnert, dass es sich bei den von Farley et al. zum Zwecke dieses Vergleichs herangezogenen ‚PCL-Werte‘, die die Schwere der posttraumatischen Belastung messen sollen, vielfach um Schätzwerte handelt, die die Verfasserinnen der Studie höchst eigenmächtig in die Fragebögen immer dann eintrugen, wenn die Befragten dazu nicht ausreichende Angaben machten. Der ohnehin schon fragwürdige Charakter der von Farley et. al. verwendeten „Selbstbewertungs-Fragebögen“ verwandelte sich damit unter der Hand in einen Fremdbewertungs-Fragebogen, deren Ergebnisse die Untersucher, nicht die Untersuchten bestimmten.

Der Referenzrahmen für die Messung von PTSD-Werten war bei Weathers et. al. das ‚DSM III-R‘, während acht Teilstudien in FARLEY III (2003) PTSD-Werte auf der Grundlage von ‚DSM IV‘ gemessen hatten. Beide Referenzrahmen ergeben bei Messungen unterschiedliche PTSD-Werte, sodass ein direkter Vergleich der Stichproben-Ergebnisse von Weathers und Farley seriös gar nicht möglich ist. Über diese Problematik verlieren Farley et.al. selbstverständlich kein Wort.

Laut Farley et.al. handelte es sich bei den zum Vergleich herangezogenen Kriegsveteranen-Stichproben um „*treatment-seeking combat veterans*“, die von Weathers et.al. befragt wurden. Diese Angabe lässt vermuten, dass ausschließlich Personen mit einer entsprechend hohen PTSD-Belastung in die zitierte Kriegsveteranen-Stichprobe einbezogen wurden. Sollten also die PTSD-Werte der in der Farley-Studie befragten Prostituierten die entsprechenden Werte der „*combat veterans*“ übertreffen, so wäre dies ein Indiz für die Gefährlichkeit von Prostitution und würde die Schlussfolgerung ihrer moralischen Verwerflichkeit nahe legen.

Doch Farleys Angaben zu den Stichproben von Weathers et. al. entsprachen nicht den Tatsachen. Denn Weathers et.al. haben keineswegs nur „*treatment-seeking combat veterans*“, sondern auch Vietnam-Veteranen befragt, die das Nationale PTSD-Center „*either for clinical services or research participation*“ aufsuchten. Sie haben Golfkriegsveteranen befragt, von denen die eine Hälfte in einem Veteranen-Zentrum lediglich diverse Dienstleistungen in Anspruch nahm („*primarily psychotherapy or benefits counseling*“), während die andere Hälfte ohne besonderen Anlass jeweils in ihren Kasernen aufgesucht und befragt wurden.¹⁰⁶

Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass die Befragung ausschließlich solcher Kriegsveteranen, die wegen akuter Traumatisierung eine Beratung aufsuchen, mit Sicherheit höhere PTSD-Werte ergeben hätte, als die Befragung jener Kriegsveteranen, die Weathers et.al. in ihrer Stichprobe berücksichtigt haben. Ob die PTSD-Werte der von Farley et.al. befragten Prostituierten deren Werte übertroffen hätten, ist somit nicht belegt und darf mit Fug und Recht angezweifelt werden.

Nicht zuletzt ist auch der Umstand zu bedenken, dass nahezu die Hälfte der in der Farley-Studie Befragten drogenabhängige Straßenprostituierte waren, was im Vergleich mit anderen Stichproben von vornherein die Gewähr für hohe PTSD-Betroffenheit bot. Vor diesem Hintergrund wirft der Vergleich der Farley-Stichprobe mit der von Weathers et.al. eine Reihe von Problemen auf:

- Geht man davon aus, dass eine militärische Supermacht wie die USA ihre strategisch und geopolitisch bedeutsamen Kriege nicht mit Truppen durchführen ließ, die zur Hälfte aus Langzeit-Drogenabhängigen bestanden, so wäre mit Blick die unterschiedliche Zusammensetzung beider Stichproben in Bezug auf Drogenabhängigkeit der von Farley vorgenommene Vergleich mit der Stichprobe von Weathers et.al. methodisch unzulässig und ihr Schluss auf eine größere Gefährlichkeit von Prostitution schlicht falsch.

¹⁰⁶ Weathers et.al. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility, siehe: https://www.researchgate.net/publication/291448760_The_PSTD_Checklist_PCL_Reliability_validity_and_diagnostic_utility

- Unterstellt man jedoch eine hohe Drogenabhängigkeit amerikanischer GIs im Vietnam- bzw. Golfkrieg, so ist fraglich, ob die von Farley präsentierten nahezu gleich hohen PTSD-Belastungen in beiden Stichproben erlauben, Prostitutionstätigkeit eine gleiche oder höhere Gefährlichkeit als einem Krieg zuzuschreiben. Da zwischen 10 bis 15 Prozent der 2,4 Millionen US-Soldaten, die in Vietnam dienten, heroinsüchtig waren und zudem ein hoher Marihuana-Konsum im Vietnamkrieg bestand und da auch im Irak-Krieg die „neurochemische Verstärkung“ der Kampfkraft der Truppen an der Tagesordnung war¹⁰⁷, ließe sich die Ähnlichkeit der PTSD-Werte bei Farley und Weathers auch ganz anders interpretieren: Diese Werte messen nicht psychisches Leid in Krieg und Prostitution als solcher, sondern sind ein Maß für hohe Drogenabhängigkeit in Krieg und Straßenprostitution.

Die Frage lässt sich heute freilich kaum klären, da Weathers et.al. keine Angaben über den Anteil der drogenabhängigen Kriegsveteranen in ihrer Stichprobe gemacht haben.

Der entscheidende Einwand gegen den von Farley beanspruchten Vergleich Krieg/Prostitution ist aber die unterschiedliche Zusammensetzung der verglichenen Stichproben nach Geschlecht. Von den von Weathers befragten 123 Vietnam-Veteranen waren alle männlichen Geschlechts, von den 1006 Golfkriegsveteranen waren 88 % männlichen, 12 % weiblichen Geschlechts.¹⁰⁸ Die Befragten der Farley-Studie (782 von 854) waren hingegen zu 92 % weiblichen Geschlechts. Kann man derartige Stichproben zur PTSD-Betroffenheit miteinander vergleichen?

Farley hätte seinerzeit sehr wohl wissen können, dass PTSD nicht zufallsverteilt ist, sondern dass dabei geschlechtsspezifische Unterschiede zu berücksichtigen sind. Bereits seit 1991 war durch Forschungen insbesondere von Naomi Breslau et. al. erwiesen¹⁰⁹, dass ein PTSD-Vergleich mit völlig entgegengesetzter Geschlechterzusammensetzung methodisch unzulässig ist.

¹⁰⁷ „Von den 2,4 Millionen US-Soldaten, die in Vietnam dienten, waren nach Angaben von Forschern zwischen 10 bis 15 Prozent heroinsüchtig.“ <https://www.welt.de/politik/article1125983/Amerikas-Kaempfer-kehren-als-Junkies-zurueck.html>, (2007). „46 Prozent aller in Vietnam stationierten US-Soldaten, so ermittelte US-Militärarzt Norris Duncan Stanton, haben bereits ein oder mehrmals Marihuana geraucht.“ (<http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-43788072.html>). „Verschiedene Studien schätzen den Anteil der Heroinkonsumenten im Jahr 1971 auf elf bis 28,5 Prozent aller in Vietnam stationierten Soldaten. Und die Zahl derer, die gelegentlich Marihuana rauchen, schwankt zwischen der Hälfte und zwei Dritteln der Soldaten.“ (<https://www.geo.de/magazine/geo-epoche/13801-rtkl-der-wahnsinn-des-krieges-das-seltsame-leben-der-gis-indochina>); „Erst durch den Vietnamkrieg erfuhr die bis dato unwissende Öffentlichkeit, dass Drogen und Krieg meist gemeinsam daherkommen. Durch eine damals noch völlig unkontrollierte (nicht „eingebettete“) Berichterstattung erfuhren die verutzten Amerikaner, wie man sich z. B. durch eine Pumpgun einen ordentlich „Shot“ zieht oder dass ein Gemisch aus LSD und Kokain für den Kampfeinsatz als optimal galt. Nach der Ekstase des Kampfes wurde dann häufig Cannabis oder Opium zum „wieder runterkommen“ geraucht – viele dieser Drogenkonsumgewohnheiten nahmen die im Durchschnitt 19jährigen Soldaten mit nach Hause, und so wusste bald jeder von den berauschten Trips der US-Soldaten im Dschungel von Vietnam. In späteren Kriegen bzw. „militärischen Interventionen“ gab es kein solches Chaos und auch keine ausufernden Exzesse innerhalb der Truppe mehr – die amerikanische Armee hatte ihre Lehren aus Vietnam gezogen. Daher erhielten und erhalten die US-amerikanischen Kampftruppen und Piloten in Afghanistan auch keine Halluzinogene oder Cannabinoide mehr, sondern ausschließlich synthetische Aufputschmittel, die „Go Pills“ oder auch ganz unverholten „Speed“ genannt werden.“ (<https://www.thcene.com/2012/08/soldaten-auf-droge/>) Hans Christian DANY schrieb in „Speed. Eine Gesellschaft auf Droge“, „dass während der Operation Wüstensturm im Irak jeder zweite Soldat mit ‚go pills‘ versorgt worden sei. In Kampfsituationen hätten sogar bis zu 90 % der Soldaten die Sanitäter um neurochemische Verstärkung gebeten.“

¹⁰⁸ ebenda

¹⁰⁹ vgl. BRESLAU, N., DAVIS, G. C. et.al. (1991), Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch. Gen Psychiatry 48 (3); Breslau N et.al. (1997) Sex differences in posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry 54 (11)

In einer Reihe von Studien fanden Breslau et.al. heraus, dass erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Herausbildung von PTSD-Symptomen bestehen. Obwohl Frauen im Vergleich zu Männern generell weniger traumatischen Situationen ausgesetzt sind, sei bei ihnen jedoch die Wahrscheinlichkeit für eine posttraumatische Belastungsstörung generell höher.¹¹⁰ Die signifikant höhere Verletzlichkeit („significantly greater vulnerability“) bei Frauen, eine PTSD zu entwickeln, hänge mit einer spezifisch sensibleren Reaktionsweise auf eine spezielle Kategorie traumatischer Ereignisse zusammen, die Breslau als „übergriffige Gewalt“ („assaultive violence“) bezeichnete. Diese Kategorie von Ereignissen gehe stets mit den höchsten PTSD-Raten einher.

Frauen erleben zwar insgesamt weniger „übergriffige Gewalt“ als Männer, aber sie erleben einen bestimmten Typ dieser „übergriffigen Gewalt“ häufiger als Männer, nämlich Vergewaltigung und sexuelle Übergriffe. Gleichwohl sei dieser Tatbestand jedoch für das Phänomen der höheren PTSD-Betroffenheit von Frauen nicht ausschlaggebend, da Frauen auch bei allen sonstigen Formen „übergriffiger Gewalt“ eine höhere PTSD-Rate aufweisen als Männer. Auch hinsichtlich des PTSD-Symptom-Profiles unterscheiden sich Frauen von Männern. So weisen sie eine größere Zahl unterschiedlicher Symptome von PTSD auf als Männer. Bestimmte Symptome träten bei ihnen zudem häufiger und intensiver auf. Hinzu kommt, dass die Dauer der psychischen Störung bei Frauen etwa viermal länger sei als bei Männern.

Bezogen auf die Lifetime-Prävalenz haben Frauen generell eine doppelt so hohe PTSD-Betroffenheit als Männer. Zusammenfassend stellten Breslau et.al. fest:

*„Women’s risk of PTSD following exposure to trauma was **approximately 2-fold higher than that of men**, a finding consistent with previous reports. The sex difference cannot be explained by differences in the type or number of traumas experienced by men and women and suggests a greater vulnerability to the PTSD effects of trauma in women... Our analysis also revealed a sex difference in the chronicity of PTSD, with a considerably longer duration in women than men, independent of the type of trauma that gave rise to PTSD.“¹¹¹*

Daraus ergibt sich ein unabweisbarer Schluss: Der Vergleich Prostitution/Krieg misst nicht das unterschiedliche Risiko für die Herausbildung posttraumatischer Belastungsstörungen in beiden Konstellationen, wie Farley suggeriert, sondern die unterschiedliche Verletzlichkeit von Frauen und Männern in Bezug auf PTSD.

Die Aussage, dass Prostitution gefährlicher sei als Krieg, lässt sich aus derartigen Vergleichen ganz und gar nicht ableiten. Genau das aber legt die Farley-Studie fälschlicherweise nahe. Der in der Farley-Studie vorgenommene Vergleich der PTSD-Belastung bei Prostitution/Krieg erweist sich damit als finstlicher Versuch einer Delegitimierung von Prostitution. Mittels methodisch unzulässiger Verfahren soll abolitionistischen Vorbehalten gegenüber Prostitution der Schein empirischer Bestätigung verliehen werden.

8. Problematische Gleichsetzung von Opfern sexueller Gewalt mit überlebenden Insassen von Konzentrationslagern

Der Vergleich der PTSD-Belastung in Prostitution und Krieg war nicht der einzige Methode, mit der Farley et. al. versuchen, Verhältnisse in der Prostitution zu dämonisieren und zu

¹¹⁰ „Females were somewhat less likely to be exposed to adverse traumatic events but were more likely to develop PTSD if exposed“ (Davis, Breslau, (1998) Are women at greater Risk for PTSD than men?. Psychiatric Times 15/1998

¹¹¹ BRESLAU, N.; KESSLER, R. et.al., 1998, S. 632; Siehe auch: „The higher prevalence of PTSD in women is a function of the sex difference in the conditional probability of PTSD. Women are approximately twice as likely as men to succumb to PTSD following traumatic events. Even when cases with rape are excluded or when type is controlled women have a higher rate of PTSD following traumatic experiences than do men. There is evidence to suggest that women’s greater PTSD risk may not be a generalized vulnerability but, rather, a specific vulnerability to the PTSD-including effects of assaultive violence.“ (BRESLAU, 2002, S. 926

dramatisieren. Für Farley erschien das PTSD-Konzept als die geeignete Grundlage, die es rechtfertigt, Überlebende der nationalsozialistischen Konzentrationslager mit „Überlebenden“ des sexuellen Missbrauchs gleichzusetzen.¹¹² Zu den Opfern sexuellen Missbrauchs zählt selbstredend die Mehrheit der Prostituierten. Die „totalitäre Kontrolle“, denen Prostituierte unterworfen seien, resultiere in „complexer PTSD“.¹¹³

Die Gleichsetzung von Prostituierten mit Insassen von Konzentrationslagern hat zur Folge, dass im Umkehrschluss Prostitutionskunden mit Nazis auf eine Stufe gestellt werden können:

„Those in prostitution, like slaves and concentration camp prisoners, may lose their identities as individuals, becoming primarily what masters, Nazis or customers want them to be.“¹¹⁴

Was auf den ersten Blick wie eine Gegnerschaft zum Nationalsozialismus anmutet, ist in Wirklichkeit eine Verharmlosung des Nazi-Terrors insbesondere gegenüber Juden.

Hierbei übernimmt Farley die Sichtweise von Judith L. Herman, die in ihrer berechtigten Kritik an häuslicher Gewalt nicht davor zurückschreckte, von „kleinen, versteckten Konzentrationslagern“¹¹⁵ zu sprechen, wenn es darum ging, häusliche Gewalt in Familien anzuprangern. Der Verweis auf eine hier wie dort ausgeübte „totalitäre Kontrolle“ galt bereits als hinreichendes Argument, alles über einen Kamm zu scheren. Vor lauter Gemeinsamkeiten zwischen Vergewaltigungsopfern, misshandelten Frauen, Kriegsveteranen und „Überlebenden der riesigen Konzentrationslager“, werden unterschiedliche historische Kontexte ausgeblendet, bleiben Unterschiede hinsichtlich Ausmaß und Grausamkeit von Gewalt gnadenlos auf der Strecke.

So kann es nicht verwundern, dass schließlich auch Bordelle als „Institutionen organisierter sexueller Ausbeutung“ mit „Konzentrations- und Zwangsarbeitslagern“ auf eine Stufe gestellt werden.¹¹⁶ Diese von Farley et. al. übernommene Sichtweise bildet in ihrer internationalen Vergleichsstudie von 2003 das Framing, um die beabsichtigte dramatisierende Wirkung hoher PTSD-Belastung in und durch Prostitution effektiv zu unterstreichen.

Die Sichtweise und die Methoden von Herman und Farley blieben hierzulande nicht ungehört. Sowohl der Vergleich der PTSD-Belastung von Prostituierten mit denen von Vietnam-Veteranen als auch die Vorstellung von gleichsam faschistischen Verhältnissen in der Prostitution fanden auch in Deutschland dankbare Abnehmer.

„Prostituierte haben ähnliche Traumata wie Vietnam-Veteranen“, behauptete EMMA-Herausgeberin Alice Schwarzer mit Bezug auf Judith Herman.¹¹⁷ Wenn sie 2008 anlässlich der Verleihung des Frankfurter Börne-Preises an sie von einer geradezu „evidenten Parallelität zwischen der Judenfrage und der Frauenfrage“ sprach, so orientierte sich Schwarzers Vorgehen am unhistorischen und relativierenden Vorgehen von Herman und Farley.

Schon 1985 glaubte Schwarzer zu wissen, „dass auch ich selbst zu einer minderen Rasse gehöre: zu der der Frauen.“¹¹⁸ Schließlich hätten auch die Frauen ein Genozid vorzuweisen:

¹¹² FARLEY II, S. 4

¹¹³ FARLEY III, S. 58

¹¹⁴ ebenda

¹¹⁵ HERMAN, S. 11

¹¹⁶ HERMAN, S. 107

¹¹⁷ vgl. <https://www.aliceschwarzer.de/artikel/im-interview-weltwoche-niedrigkeit-buendelt-meinen-zorn-264746>, 21.12.2006

¹¹⁸ SCHWARZER, Alice, Mit Leidenschaft, 1985, S. 135

die Millionen ermordeter ‚Hexen‘. Gegner ihres Konzepts von Frauenemanzipation bezeichnete Schwarzer – mit dem Jargon der Nazis kokettierend – vielfach als Vertreter einer „Herrenrasse“. Schwarzer schloss sich in ihrer Zeitschrift EMMA der These Judith Hermans an „den kleinen versteckten Konzentrationslager(n), errichtet von Tyrannen, die über ihre Familie herrschen“. ¹¹⁹ So genannte „Lustmörder“ bezeichnete Schwarzer mehrfach als „SS des Patriachats“, was zweifellos die SS verharmlost. Immer wieder drängen sich Schwarzer „Parallelen zu 1933“ auf: „Auch damals waren (zunächst) die Juden im Visier - und die Frauen“. ¹²⁰ „Den Gaskammern der Nazis gingen selbstverständlich die Propagandafeldzüge der Nazis voraus, die jüdische Menschen wie Untermenschen gezeigt haben. Und wir Frauen werden heute gezeigt wie Untermenschen.“ ¹²¹ Goebbels imitierend fragte Schwarzer in ihrer PorNo-Kampagne: „Wollt ihr die totale Objektfrau?“ ¹²²

Ziel derartiger Parallelisierungen war es, möglichst effektiv zu erreichen, dass Frauen als Diskriminierte anerkannt werden. Deshalb war es für Schwarzer wichtig, Frauen „mit anerkannt Diskriminierten, mit Schwarzen oder gar Juden (zu) vergleichen“. ¹²³ Solche „realistischen Parallelen“, so Schwarzer, seien nötig „weil oft erst das die Ungeheuerlichkeit der Frauen- ‚Normalität‘ klarmacht.“ ¹²⁴

Wer aber Frauenverachtung und gesellschaftliche Benachteiligung von Frauen in demokratisch verfassten Gesellschaften mit der Verfolgung der Juden unter Hitler auf eine Stufe stellt, muss sich den Vorwurf gefallen lassen, Nazi-Verbrechen zu verharmlosen und zu banalisieren.

9. Kritische Debatten um Trauma und PTSD

Die drei Versionen der hier besprochenen Farley-Studie stammen aus den Jahren 1998 bis 2003. Sie ermittelt nach eigenem Dafürhalten Trauma und posttraumatische Belastungsstörungen in der Prostitution. Den theoretischen Referenzrahmen dafür bildete das amerikanische ‚DSM‘ – je nach Lesart in der Version ‚DSM III R‘ oder ‚DSM IV‘.

Nun hat sich die Sichtweise auf dieses methodische Instrumentarium in den vergangenen 20 Jahren geändert. Eine naive Bezugnahme auf Ergebnisse der „Farley-Studie“, die den Fortgang der Diskussionen um das ‚DSM‘ ausblendet, scheint heute weniger denn je möglich. Dies sei im Folgenden ausschließlich am Beispiel der Debatten um das Verhältnis von Trauma und posttraumatischen Belastungsstörungen demonstriert.

Die theoretischen Grundannahmen des PTSD-Konzepts im Rahmen des DSM waren von Anbeginn umstritten und Gegenstand heftiger Kontroversen. So bestand von Anfang an ein Unbehagen darüber, ob mit dem Ursprungskonzept des ‚DSM III‘ von 1980 das Wesen einer posttraumatischen Belastungsstörung überhaupt hinreichend zu erfassen sei.

(1) Wandel und Ausweitung des Trauma-Konzepts auf Basis des ‚DSM‘

Die von Anbeginn bestehenden Zweifel kamen zum Ausdruck in ständigen Revisionen und Fortentwicklungen des Konzepts von PTSD ausgehend von ‚DSM III‘ (1980) über ‚DSM III R‘

¹¹⁹ vgl. EMMA, Jan/Febr. 2004, S. 88

¹²⁰ vgl. EMMA, März/April 2002

¹²¹ EMMA-Sonderband PorNO, 1988, S. 49

¹²² PorNO, 1994, S. 85

¹²³ SCHWARZER, Mit Leidenschaft, 1985, S. 200

¹²⁴ ebenda

(1987), das ‚DSM IV‘ (1994), das ‚DSM IV TR‘ (1997) bis hin zum momentan geltenden Konzept ‚DSM 5‘ (2013). Zentraler Punkt dieser Revisionen war das im „Kriterium A“ fixierte Verständnis von Trauma sowie die daraus resultierende Bestimmung des Verhältnisses von Trauma und posttraumatischer Belastungsstörung.

TABELLE 12: Entwicklung des ‚DSM‘ hinsichtlich der Trauma-Konzeption

Nr.	Variante DSM	Jahr	Trauma-Definition („Kriterium A“)
01	DSM-I	1952	-
02	DSM-II	1968	-
03	DSM-III	1980	Existence of a recognizable stressor that would evoke significant symptoms of distress in almost everyone .
04	DSM-III R (Revision)	1987	The person has experienced an event that is outside the range of usual human experience and that would be markedly distressing to almost anyone , e. g., serious threat to one's life or physical integrity; serious threat or harm to one's children, spouse, or other close relatives and friends ; sudden destruction of one's home or community; or seeing another person who has been or is being, seriously injured or killed as the result of an accident or physical violence.
05	DSM-IV	1994	The person has been exposed to a traumatic event in which both of the following have been present: (1) the person experienced, witnessed, or was confronted with an event or events that involved actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of self or others (2) the person's response involved intense fear, helplessness, or horror . Note: In children, this may be expressed instead by disorganized or agitated behavior.
06	DSM-IV TR (Textrevision)	2000	The person has been exposed to a traumatic event in which both of the following have been present: The person has experienced, witnessed, or been confronted with an event or events that involve actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of oneself or others. The person's response involved intense fear, helplessness, or horror . Note: in children, it may be expressed instead by disorganized or agitated behavior.
07	DSM-5	2013	The person was exposed to: death, threatened death, actual or threatened serious injury, or actual or threatened sexual violence, in the following way(s): (1) Direct exposure, (2) Witnessing the trauma, (3) Learning that a relative or close friend was exposed to a trauma. Indirect exposure to aversive details of the trauma, usually in the course of professional duties (e.g., first responders, medics)

Im Rahmen von ‚DSM III‘ (1980) waren an ein PTSD auslösendes Trauma hohe Anforderungen gestellt. Nur schwer belastende äußere Ereignisse im Zusammenhang mit Krieg und Katastrophen, die man persönlich erlebt haben musste, galten als „traumatische Ereignisse“. Sie sollten jenseits gewöhnlicher menschlicher Erfahrung liegen und bei jedem, der mit solchen Ereignissen konfrontiert ist, entsprechende Symptome einer PTSD hervorrufen.

Dieses Trauma-Konzept änderte sich jedoch mit ‚DSM III R‘ (1987). Im Unterschied zu 1980 stand nicht länger die äußerliche Existenz („existence“) eines Traumas, sondern lediglich dessen subjektive Erfahrung („experience“) im Mittelpunkt. Als traumatisierend galt neben der Erfahrung einer „Bedrohung“ des eigenen Lebens bzw. der körperlichen Integrität nun u. a. auch das Erleben der Tatsache, dass andere nahestehende Personen durch einen Unfall oder körperliche Gewalt ernsthaft verletzt wurden oder zu Tode kamen. Auch diese „indirekte“ persönliche Betroffenheit galt nunmehr bereits als Trauma auslösendes Ereignis.

Das Trauma-Konzept im ‚DSM-IV‘ setzte diese Tendenz fort. Ein traumatisierendes Ereignis musste nicht mehr jenseits gewöhnlicher menschlicher Erfahrung angesiedelt sein. Und das Ereignis für sich genommen erschien nicht mehr als alleiniger Grund für eine posttraumatische Belastungsstörung. Dem Ereignis zur Seite trat nun die persönliche Reaktion der Betroffenen in Form von Angst, Hilflosigkeit und Schrecken. Diese Reaktionsformen galten fortan als notwendige Voraussetzung dafür, von einer PTSD sprechen zu können. Eine Wechselwirkung innerer und äußerer Gründe wurde damit als konstitutiv für eine posttraumatische Belastung erachtet. Nicht nur die eigene Betroffenheit, auch die bloße Zeugenschaft bzw. eine unspezifische „Konfrontation“ mit belastenden Ereignissen, die eine „Bedrohung“ anderer nahestehender Personen beinhalten, reichte aus, um selbst von einer posttraumatischen Belastungsstörung betroffen zu sein.

Die Ausweitung des Trauma-Konzepts („Kriterium A“) kennzeichnet auch das aktuell geltende ‚DSM 5‘. Zwar wurde die in ‚DSM IV‘ erstmals erfolgte Aufnahme der persönlichen Reaktion in Form von Angst, Hilflosigkeit und Schrecken als notwendige Voraussetzung für das Vorliegen eines Traumas wieder zurückgenommen. Doch gilt – wie dem erläuternden Text des DSM zu entnehmen ist – nun auch das Erleiden oder eine bloß angedrohte sexuelle Gewalt als traumatisierendes Ereignis. Es kann unmittelbar persönlich erfahren, als Zeuge miterlebt oder durch Bekanntwerden entsprechender Ereignissen eintreten, etwa wenn man davon erfährt, dass nahe Familienmitgliedern bzw. Freunde von sexueller Gewalt bzw. deren Androhung betroffen waren.¹²⁵

Die ständige Ausweitung der dem PTSD-Konzept zugrundeliegenden Vorstellung des „traumatischen Ereignisses“ gilt jedoch keineswegs als Beleg einer diagnostischen Stärke dieses Konzepts, sondern eher als Indiz ihr zugrunde liegender Mängel. So verwundert es kaum, dass die mittlerweile fast 40-jährige Geschichte des PTSD-Konzepts im Kontext des ‚DSM‘ stets von wissenschaftlicher Kritik begleitet war.

Ausgangspunkt dieser Kritik war die inzwischen empirisch bestätigte Erkenntnis, dass eine traumatische Erfahrung nicht notwendig eine PTSD zur Folge hat und umgekehrt Symptome von PTSD auch dann nachweisbar sind, wenn keine Betroffenheit oder Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis vorliegen.

Schon der Übergang von ‚DSM III R‘ (1987) zu ‚DSM IV‘ (1994) basierte auf der Einsicht „dass die Mehrheit der Überlebenden nach der Konfrontation („exposure“) mit einem traumatischen

¹²⁵ Sexuelle Gewalt reicht hierbei von einer Vergewaltigung bis hin zu sexuell motiviertem Menschenhandel. Im Falle von Kindern (bis 18 Jahre) galt nunmehr auch eine „entwicklungsmäßig unangemessene sexuelle Erfahrung“, selbst wenn sie nicht mit körperlicher Gewalt verbunden ist, als potenziell traumatisierendes Ereignis, das eine posttraumatische Belastungsstörung zur Folge haben kann. Eine wiederholt beruflich veranlasste Konfrontation mit Ereignissen wie z. B. Kindesmissbrauch wird ebenso als potenziell traumatisierender Vorgang eingestuft.

Ereignis keine PTSD entwickeln“.¹²⁶ So ergab bereits die 1988 publizierte *National Vietnam Veterans Readjustment Study*, dass 30,9 % der Vietnamveteranen zwar eine voll entwickelte PTSD hatten, aber nur 15 % von ihnen überhaupt in einer Kampfeinheit gedient hatten, mithin ein traumatisches Ereignis nicht unbedingt persönlich erlebt haben mussten.¹²⁷

Diese Zusammenhänge wurden in epidemiologischen Studien bestätigt. Breslau et.al. fanden 1998 heraus, dass das Vorliegen von PTSD-Symptomen nur in sehr geringem Maße mit der Existenz eines vorgängigen Traumas korrespondierte und dass viele Menschen im Gefolge eines traumatischen Ereignisses keinesfalls PTSD-Symptome entwickeln.¹²⁸ Andere Studien ergaben, dass PTSD nicht die einzige psychische Folge traumatischer Erfahrungen ist.¹²⁹ Eine Studie unter College-Studenten zeigte, dass Studenten ohne eine traumatische Erfahrung in hohem Maße die Kriterien von PTSD-Betroffenheit erfüllten.¹³⁰ Eine Untersuchung von Bodkin et.al. ergab, dass innerhalb einer Gruppe von Patienten, die sich der pharmakologischen Behandlung einer Depression unterzogen, diejenigen mit und diejenigen ohne Trauma-Erfahrung identische Raten von PTSD-Belastung aufwiesen.¹³¹

Wilson/Barglow zogen daraus 2009 den Schluss, dass hier ein „fundamentales Problem“ vorliegen könnte:

„PTSD symptoms may not be linked to trauma.“¹³²

Dohrenwend verwies 2010 darauf, dass mittlerweile mindestens 12 Studien vorlägen, die nachweisen würden, dass Stressfaktoren, die nicht dem Kriterium A der PTSD-Definition entsprächen, oft mit PTSD-Symptomen korrelieren oder aber gar das volle PTSD-Bild ergaben.¹³³ Richard J. McNally et.al. verwiesen auf weitere Studien aus Holland und Australien, deren Ergebnisse in dieselbe Richtung wiesen, und zogen daraus den Schluss:

„Taken together, these studies seemingly impugn the DSM assumption that only Criterion A events possess the capacity to produce PTSD.“¹³⁴

Derartige Untersuchungen hatten zur Folge, dass die Grundannahme des ‚DSM‘, nämlich die kausale Beziehung zwischen Trauma und posttraumatischer Belastungsstörung, mehr und mehr in Frage gestellt wurde.¹³⁵ Für eine in Erwägung zu ziehende Entkoppelung von Trauma

¹²⁶ ECHTERLING et. al., Controversies in the evolving diagnosis of PTSD, in Counseling Today, Febr. 2016, <https://ct.counseling.org/2016/02/controversies-in-the-evolving-diagnosis-of-ptsd/>, S. 4

¹²⁷ McNALLY, R. J. (2007), Can we solve the mysteries of the National Vietnam Veterans Readjustment Study?, in: Journal of Anxiety Disorders 21/2007, S. 192 ff.

¹²⁸ BRESLAU, N. et.al. (1998), Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. In: American Journal of Psychiatry, 55, S. 626 ff.

¹²⁹ SHALEV, A.Y. et.al. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. In: American Journal of Psychiatry, 155, S. 630 ff.

¹³⁰ GOLD, S. D. et.al. (2005). Is life Stress more traumatic than traumatic stress? In: Journal of Anxiety Disorders 19/2005, S. 687 ff.

¹³¹ BODKIN et.al. (2007). Is PTSD caused by traumatic stress? In: Journal of Anxiety Disorders 21/2007, S. 176 ff.

¹³² WILSON, D., BARGLOW, P. (2009). PTSD has unreliable diagnostic criteria. In: Psychiatric Times, 7/2009

¹³³ Dohrenwend, B. (2010). Toward a typology of high-risk major stressful events and situations in posttraumatic stress disorder and related psychopathology. In: Psychological Injury and Law, 3/2010, S. 89 ff.

¹³⁴ McNally, R; Robinaugh, D. (2011). Risk factors and posttraumatic stress disorder: Are they especially predictive following exposure to less severe stressors? In: Depression and Anxiety 28/ 2011, S. 1091 ff., zit. nach: https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/8916390/risk_factors_and_ptsd.pdf?sequence=1&origin=publication_detail

¹³⁵ Gesellschaftlicher Hintergrund der zunehmenden Kritik am PTSD-Konzept war nicht zuletzt die hohe Kostenbelastung für den amerikanischen Haushalt infolge der Anerkennung posttraumatischer

und PTSD gibt es im Prinzip zwei Optionen: den Verzicht auf die Annahme einer monokausalen Beziehung zwischen Trauma und posttraumatischer Belastungsstörung, oder aber der radikalere Verzicht auf die Annahme jeder kausalen Beziehung.

Das ‚DSM‘ entschied sich für die erstere Variante. Alles andere hätte nicht nur die komplette Infragestellung der psychischen Erkrankung PTSD – eine post-traumatische Belastung setzt notwendigerweise ein vorgängiges Trauma voraus –, sondern darüber hinaus die Infragestellung des ganzen Systems darauf basierender medizinischer Einrichtungen und Versorgungsleistungen in den USA zur Folge gehabt.

Die Abkehr von der Vorstellung einer Monokausalität zwischen Trauma und PTSD, die die ursprüngliche ‚DSM‘-Version von 1980 auszeichnete, bedeutete, dass das „traumatische Ereignis“ nicht mehr als alleinige Ursache für die Auslösung von PTSD gilt. Dies sei schon immer eine Simplifizierung der tatsächlich wirkenden Zusammenhänge gewesen, heißt es vielfach. Nunmehr wollte man der Interaktion objektiver und subjektiver Ursachen besser Rechnung tragen. Vor allem die subjektive Verarbeitungskapazität sei ausschlaggebend dafür, ob äußere Ereignisse eine traumatisierende Qualität hätten oder nicht.

Die nach wie vor beibehaltene Annahme, dass ein Trauma der posttraumatischen Belastungsstörung zugrunde liegen müsse, wurde nun ergänzt um die Beachtung zusätzlicher individueller „Risikofaktoren“, die man fortan für die Herausbildung posttraumatischer Belastungsstörungen für letztlich entscheidend hielt.

(2) Die Rolle spezifischer Risikofaktoren für die Herausbildung von PTSD

Als eine der ersten Studien über spezifische „Risikofaktoren“ von PTSD gilt die bereits 1984 erschienene Studie von Foy et. al. über 43 Vietnamveteranen.¹³⁶ Andere Studien folgten. Im Jahr 2000 konnten Halligan/Yehuda¹³⁷ davon berichten, dass mittlerweile eine Vielzahl spezifischer Risikofaktoren für PTSD identifiziert sei. Sie gruppieren diese wie folgt:

- (1) Risikofaktoren der Umgebung (z.B. chronischer Stress im Vorfeld eines Traumas, familiäre Instabilität);
- (2) demographische Risikofaktoren (z.B. Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, ethnische Zugehörigkeit);
- (3) Peritraumatische Dissoziation;
- (4) Kognitive Risikofaktoren (z.B. niedriger Intelligenzquotient);
- (5) Biologische Risikofaktoren (z.B. hohe Herzfrequenz, niedriger Cortisol-Level etc.);
- (6) Familiäre oder genetische Risikofaktoren (familiär bedingte Vererbbarkeit einer Prädisposition für PTSD).

Mit zunehmender Berücksichtigung spezifischer „Risiko-Faktoren“ jenseits objektiv traumatischer Ereignisse trat mehr und mehr die „individuelle Vulnerabilität“ als Prädisposition

Belastungsstörungen. Wilson/Barglow (2009) nannten Kosten in Höhe von 4 Milliarden US-\$ jährlich für die PTSD-Behandlung von rund 200.000 Veteranen durch die Veterans Administration (VA). Echterling (2016, S. 5) verwies unter Bezugnahme auf die New York Times darauf, dass sich die Inzidenz von PTSD bei dem vorhandenen militärischen Personal im Zeitraum von 2005 bis 2010 mehr als verdoppelt habe. Als „ernstes Problem“ käme jedoch hinzu, dass nach Schätzungen des National Sexual Violence Resource Center mittlerweile auch im Bereich der Zivilgesellschaft die Hälfte der „Überlebenden“ sexueller Übergriffe von PTSD betroffen seien.

¹³⁶ Foy et.al. (1984). Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Analysis of premilitary, military, and combat exposure influences. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, S. 79 ff.

¹³⁷ Halligan, S., Yehuda, R. (2000). Risk factors for PTSD. In: PTSD-Research Quarterly, 3/2000, zit. nach:

<https://www.ptsd.va.gov/professional/newsletters/research-quarterly/V11N3.pdf>

für PTSD in den Mittelpunkt des Interesses. So war im Vorfeld der Ausarbeitung der PTSD-Definition im ‚DSM 5‘ (2013) von einer „lebendigen Debatte“ die Rede hinsichtlich einer „Re-Definition“ von PTSD:

*„Research on stress reactions has corroborated the relevance of the individual’s vulnerability“.*¹³⁸

Ein Trauma, so die Autoren/innen, sei eine notwendige, aber keinesfalls mehr hinreichende Bedingung für die Herausbildung einer posttraumatischen Belastungsstörung. Schließlich gäbe es in der Allgemeinbevölkerung 3,5 % bis 4,5 % Menschen mit PTSD, ohne dass sie persönlich irgendein traumatisches Ereignis erlebt hätten. Es gäbe mittlerweile anerkannte so genannte „low-magnitude events“ wie etwa eine Scheidung vom Ehepartner, ernsthafte Erkrankungen oder finanzielle Probleme, die eine posttraumatische Stressreaktion hervorrufen können.¹³⁹

Solche Argumentationen verdeutlichen, dass die Berücksichtigung individueller „Risiko-Faktoren“ jenseits objektiv traumatischer Ereignisse mit dem Trend einer inflationären Ausweitung des Konzepts von Trauma und PTSD in Einklang stand. So kamen PTSD-Konstellationen in den Blick, die aus der Perspektive des ursprünglichen ‚DSM III‘ noch als gänzlich undenkbar erschienen.¹⁴⁰

Eine Schlussfolgerung in diesem Zusammenhang lautet, dass diejenigen Personen, die bereits bei weniger schweren Traumata eine PTSD entwickeln, in höherem Maße persönliche Risikofaktoren haben müssen, während umgekehrt Personen, die bei schweren Traumata nicht oder seltener eine PTSD entwickeln, geringeren Risikofaktoren ausgesetzt sein müssen.

Doch auch nach der Neu-Festlegung des PTSD auslösenden Traumas im Kontext von ‚DSM 5‘ hält die Kritik an, wonach die Rolle der individuellen Erfahrung und des sozialen Kontexts bei der Herausbildung von PTSD im ‚DSM‘ unterschätzt und nicht angemessen berücksichtigt werden.¹⁴¹

(3) Symptome und Symptom-Profil bei PTSD

Die anhaltende Kritik am Verständnis von PTSD im Rahmen des ‚DSM‘ zielt nicht nur auf die Konzeption des Verhältnisses von Trauma und PTSD, sondern auch auf die Identifizierung von Symptomen bzw. das notwendige Symptom-Profil einer PTSD einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Die Ausweitung des Trauma-Konzepts – weg vom ausschließlichen Bezug auf Krieg und Katastrophen, Einbeziehung unterschiedlichster Ereignisse und Erfahrungen des zivilen Lebens – sowie die zunehmende Betonung unterschiedlicher individueller Risikofaktoren für das

¹³⁸ Dell’Osso, L; Carmassi, C., PTSD 30 years after DSM-III: current controversies and future challenges, in: Giornale Italiano di Psicopatologia 17/2011, S. 1 ff. zit. Nach: <http://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/07/00editoriale1.pdf>

¹³⁹ ebenda

¹⁴⁰ „Indeed, researchers have reported that 4% of Americans living far from the sites of the terrorist attacks of September 11, 2001 developed presumptive PTSD, apparently by viewing television coverage of the violence. Being physically present at the scenes of the attacks would always have qualified as exposure to a catastrophic stressor, but merely watching the events unfold on television would not, according to the original DSM-III concept of trauma.“ (McNally, R; Robinaugh, D. (2011). S. 1091)

¹⁴¹ vgl. TEKIN, S; MOSKO, M., Hyponarrativity and Context-Specific Limitations of the DSM-5, 2015, siehe: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=102AA8AE94010E6AC8142A81E53A2309?doi=10.1.1.84.3.5974&rep=rep1&type=pdf>

Entstehen von PTSD fanden ihren Niederschlag in den Änderungen von Anzahl und Profil möglicher Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Die Erörterung des Verhältnisses von Trauma und posttraumatischer Belastungsstörung wurde begleitet von einer Kritik an der Auswahl der Symptome sowie an ihrer Gruppierung zu Symptom-Clustern („Kriterien“), die laut DSM einer PTSD zugrunde liegen und sie letztlich ausmachen sollen.

Das ‚DSM III‘ benannte ursprünglich zwölf mögliche Symptome für PTSD, die drei unterschiedlichen Symptomgruppen zugeordnet wurden. Ein Vollbild von PTSD lag dann vor, wenn eine Person vier von zwölf möglichen Symptomen aufwies. Allerdings war die Struktur der für eine PTSD-Diagnose erforderlichen Symptome nicht beliebig. Stets war ein bestimmtes Symptom-Profil erforderlich, um von einer PTSD sprechen zu können. So mussten auf Grundlage des DSM III (1980) eines von drei Symptomen der Symptomgruppe B („Intrusion“), eines von drei Symptomen der Symptomgruppe C („Vermeidung“) sowie zwei von sechs Symptomen der Symptomgruppe D („Übererregung“) vorliegen, um eine PTSD diagnostizieren zu können.

Allerdings änderte sich die für eine PTSD-Diagnose erforderliche Zahl und Konstellation der Symptome mit jeder Neuauflage des DSM. Im ‚DSM III‘ (1980) erfolgte die Diagnose einer PTSD nur unter der Bedingung, dass mindestens vier von zwölf möglichen Symptomen, die 3 Symptom-Clustern zugeordnet waren, in einer bestimmten Kombination vorlagen. Im ‚DSM 5‘ erfolgte 33 Jahre später die Diagnose PTSD dann, wenn mindestens sechs von zwanzig möglichen Symptomen – nunmehr vier Symptom-Clustern zugeordnet – in einer bestimmten Anordnung auftreten.

Die Veränderungen der Anzahl, der jeweils erforderlichen Gruppierung von PTSD-Symptomen sowie des jeweils notwendigen Minimums von Symptomen für eine PTSD-Diagnose hoben ins Bewusstsein, dass mehr als nur empirisch beobachtbare Sachverhalte im Spiel sind, wenn es um eine PTSD-Diagnose innerhalb des ‚DSM‘-Referenzrahmens geht.

Diese Veränderungen riefen Argwohn hervor gegenüber einem nur vordergründig empirischen Konzept. Tatsächlich scheint es sich bei PTSD im Rahmen des ‚DSM‘ um ein auf theoretischen Vorannahmen basierendes „diagnostisches Konstrukt“ zu handeln, das eine auf „a-priori-Regeln“ gegründete „nicht-deskriptive Klassifikation“ beinhaltet.¹⁴²

So kritisierten Galatzer-Levy/Bryant, dass im Fall von PTSD im ‚DSM‘ ein nicht offen gelegtes „mathematisches Modell psychischer Erkrankungen“ zugrunde läge. Die Entscheidungen zur Ausweitung der Zahl möglicher PTSD-Symptome bzw. zur Neugruppierung der Symptomcluster hätte in Verbindung mit dem für PTSD erforderlichen Symptom-Profil zu einer Verachtfachung der Zahl PTSD begründender Symptom-Kombinationen geführt. Hätten auf Grundlage von ‚DSM IV‘ noch 80 verschiedene Symptom-Kombinationen zur Diagnose von PTSD geführt, so waren es vor dem Hintergrund der geänderten Vorgaben des ‚DSM 5‘ bereits 636 verschiedene Symptom-Kombinationen. Galatzer-Levy / Bryant konstatierten mit Verweis darauf eine der Diagnose PTSD immanente „Heterogenität“ und eine „amorphe Natur von PTSD“, die bislang ignoriert worden sei und deren Folgen bislang unklar seien.¹⁴³

Wissenschaftlich umstritten ist auch die Anzahl der PTSD-Symptom-Cluster („Kriterien“) sowie die jeweilige Zahl ihnen zugeordneter Symptome. Das ‚DSM‘-Modell zu PTSD biete laut

¹⁴² GALATZER-LEVY, I.; BRYANT, R., 2013, S. 652, 660

¹⁴³ GALATZER-LEVY, I.; BRYANT, R., 2013, S., S. 657

Galatzer-Levy/Bryant keine Möglichkeit von Aussagen darüber, welches Niveau der psychischen Störung bzw. des Wohlbefindens eines Individuums in Abhängigkeit von den jeweiligen Symptomen vorliege. Das PTSD-Konzept im Kontext des DSM eigne sich nur dazu, Menschen „künstlich“ zwei Gruppen zuzuordnen, einer „normalen“ und einer im Unterschied dazu „pathologisch“ reagierenden Bevölkerungsgruppe.¹⁴⁴

Deutlich wurde im Zuge solcher Debatten, dass es sich bei einer PTSD-Diagnose im Kontext von ‚DSM‘ mitnichten um eine rein deskriptive, theoretisch voraussetzungslose Auflistung empirisch vorfindlicher und zweifelsfrei beobachtbarer Symptome handelt, sondern stattdessen um ein voraussetzungsvolles „diagnostisches Konstrukt“, dass auf spezifischen theoretischen Grundannahmen basiert, was eine politische Instrumentalisierung nicht ausschließt.

Vor diesem Hintergrund wird auch die Unzufriedenheit mit der vermeintlich auf „Konsens“ basierenden Liste PTSD-relevanter Symptome verständlich. Spätestens seit 2008 wird vermehrt auf die Intransparenz der Entscheidungen der Autoren des ‚DSM‘ verwiesen¹⁴⁵, die allesamt Mitglieder der American Psychiatric Association (APA) sind. Hierbei handelt es sich um ein Entscheidungsgremium bestehend aus 160 Personen, deren Legitimation allein auf der Funktion im Rahmen der Gremien dieser Vereinigung beruht und die offenbar enge Kontakte zur Pharmaindustrie unterhalten.¹⁴⁶

Vor diesem Hintergrund ist die seit Langem bestehende Kritik am PTSD-Symptom-Profil zu sehen. Moniert wird, dass PTSD einerseits eine gegenüber anderen psychischen Erkrankungen eigenständige, abgrenzbare Störung sein soll, ihre Existenz aber gleichwohl einer Reihe sehr unspezifischer Symptome verdanke, die es mit anderen psychischen Störungen teile. So wurde immer wieder die Forderung laut, „unspezifische Symptome“ aus dem Kreis der PTSD begründenden Symptome auszuschließen.¹⁴⁷ Die Einbeziehung allgemeiner Stress-Symptome als Vorbedingung für das Vorliegen einer PTSD wird dagegen kritisch als eine unzulässige Pathologisierung von normalen Reaktionen auf Stress gedeutet.¹⁴⁸

¹⁴⁴ GALATZER-LEVY, I.; BRYANT, R., 2013, S. 658

¹⁴⁵ “In addition to the controversies regarding the definition and criteria of PTSD, criticisms have continued to emerge regarding the transparency, representation and integrity of the *DSM* revision process. Critics have cited the secrecy of the *DSM-5* development process and the apparent lingering presence of pharmaceutical company influence on *DSM* task force members as factors affecting the process.” (ECHTERLING et. al., 2016, S. 5)

¹⁴⁶ „So stellte sich 2008 heraus, dass mehr als die Hälfte der Autoren zusätzliche Einkünfte von der Pharmaindustrie erhielten, z. B. Vergütungen für Vorträge oder Wirksamkeitsstudien. Dies könnte die Objektivität der Wissenschaftler bei der Definition psychiatrischer Erkrankungen getrübt haben. Aus diesem Grund wurden die Autoren des 2013 erschienenen DSM-5 dazu verpflichtet, zusätzliche Einkünfte von Seiten der Pharmaindustrie offenzulegen. Diese durften während der Erstellung des neuen DSM-5 nicht mehr als 10.000 US-Dollar pro Jahr betragen.“ (zit. nach: https://de.wikipedia.org/wiki/Diagnostic_and_Statistical_Manual_of_Mental_Disorders)

¹⁴⁷ Siehe z. B. DELL’OSSO (2011), S. 2: “In the forthcoming fifth edition of the DSM, also PTSD symptom criteria are being redefined. One of the major issues endorsed is related to the substantial overlap of the symptoms encoded in the criteria B-D with those of other disorders such as major depression, specific phobia and dissociative disorders. The elimination of non-distinctive symptoms of PTSD has been proposed so that irritability, insomnia, difficulty concentrating, and markedly diminished interest would be eliminated from the criteria. On the other hand, research studies showed that traumatic events can elicit a myriad of emotions other than fear, such as anger, guilt or shame, disgust, sadness, and numbing, that have been related to the onset of PTSD symptoms. This leads to debate which current or new PTSD symptoms may best identify the syndrome.”

¹⁴⁸ GALATZER-LEVY, I.; BRYANT, R. 2013. “636,120 ways to have posttraumatic Stress Disorder. In: Perspectives on Psychological Science”, S. 652. zit. nach: <http://psychink.com/ticlearn/wp-content/uploads/2013/11/636K-Ways-to-PTSD.pdf>

10. Schlussbemerkung: Folgen der Debatten um DSM und PTSD für die heutige Bewertung der Farley-Studie

Die hier nur in aller Kürze und nur exemplarisch angedeuteten Debatten um das Verständnis von PTSD im Kontext des ‚DSM‘ sind nicht unerheblich für die heutige Bewertung der 1998 publizierten „Farley-Studie“. Eine Bezugnahme auf die Farley-Studie gut 20 Jahre nach deren ersten Veröffentlichung wird ihrem Gegenstand nicht gerecht, wenn sie die zwischenzeitlich erfolgten methodischen Debatten und veränderten Wahrnehmungen von PTSD-Diagnosen im Rahmen des ‚DSM‘ krampfhaft ignoriert und so tut, als seien die Ergebnisse dieser Studie taufersch und zeitlos.

Eine seit mehr als zwei Jahrzehnten andauernde Debatte zum Verhältnis von Trauma und PTSD im Kontext von DSM hat bislang zumindest zwei gesicherte Erkenntnisse gebracht, die eine Veränderung gegenüber der in den 80er und 90er Jahren dominierenden Sichtweise darstellen: (1) eine äußere Ursache („traumatic event“) generiert nicht allein und für sich genommen PTSD-Symptome; (2) die zu äußeren „traumatischen Ereignissen“ hinzutretenden individuellen „Risikofaktoren“ spielen eine ausschlaggebende Rolle bei der Entwicklung von PTSD-Symptomen.

Die stärkere Hinwendung zur Beachtung des Verhältnisses von objektiven, gesellschaftlichen Ereignissen und subjektiver Verarbeitungsfähigkeit auf Seiten der davon betroffenen Individuen, hat geradezu eine Umkehrung der ursprünglichen Sichtweise zur Folge:

“That is, a background-foreground inversion may occur whereby the importance of the stressor recedes into the causal background as the vulnerability factors move into the causal foreground for people who meet PTSD criteria after experiencing a low-magnitude stressor.”¹⁴⁹

Mit dem Verzicht einer Fixierung auf äußere „traumatische Ereignisse“ geht allemal ein Verzicht auf die Monokausalität bei der Ableitung von PTSD einher. Einiges spricht jedoch dafür, dass diese Entwicklung lediglich ein Zwischenschritt sein wird hin zu einem Verzicht nicht nur auf die Annahme monokausaler, sondern jeglicher kausaler Zusammenhänge zwischen einem äußeren „traumatischem Ereignis“ und einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Schon in den Debatten um das DSM 5 (2013) wurden Forderungen laut, auf die Annahme eines äußeren „traumatischen Ereignisses“ als notwendige Vorbedingung für das Vorliegen von PTSD gänzlich zu verzichten.¹⁵⁰ Die Aufgabe des Konzepts eines vorgängigen „traumatischen Ereignisses“ hätte jedoch konsequenterweise auch den Verzicht der Anerkennung einer daraus abgeleiteten, eigenständigen post-traumatischen Erkrankung PTSD zur Folge, was freilich in Anbetracht der mittlerweile in den USA bestehenden „Trauma-Industrie“ mit den daran gekoppelten Arbeitsplätzen und Versorgungsleistungen nur wenig Aussicht auf Erfolg haben konnte.

Eines scheint sicher: Die Ergebnisse der dargestellten Debatten können nicht ignoriert werden, wenn es aus heutiger Sicht um eine Bewertung der „Farley-Studie“ geht. Diese ging von der seinerzeit dominierenden Sichtweise aus, dass ausschließlich äußere „traumatische Ereignisse“

¹⁴⁹ McNALLY (2011), S. 6

¹⁵⁰ “Thus, the debate around whether an event can be defined as traumatic has risen controversies, even leading to the suggestion to eliminate the stressor criteria, relying only on the symptomatological aspects of the disorder, as it happens for other mental illnesses.” (Dell’Osso et.al. (2011), S. 1); “During development of the *DSM-5*, some scholars suggested that the event should be removed entirely as a diagnostic criterion for PTSD, resembling a return to Freud’s conception of dysfunction being attributed solely to the individual.” (McNally et.al (2011), S. 4)

für die Entstehung von PTSD-Symptomen ursächlich sind. Dabei ging die Farley-Studie ausgesprochen selektiv vor.

Waren es anfangs Erfahrungen von „Gewalt“ sowohl vor als auch während der Zeit der Prostitution, die den hohen PTSD-Werten bei den befragten Personen zugrunde lagen, so waren es nachfolgend vorrangig „Erfahrungen“ von Gewalt nach Aufnahme der Prostitutionstätigkeit, ohne dabei zwischen Gewalt innerhalb und außerhalb der Prostitution zu unterscheiden. Letztlich vertrat die Farley-Studie die Position, dass nicht spezifische Gewalterfahrungen innerhalb der Prostitution, sondern „Prostitution als solche“ die eigentliche Gewalterfahrung sei, die den hohen PTSD-Werten als äußere Ursache zugrunde lag.

Alle diese Deutungen basieren auf einem monokausalen Verständnis von äußeren „traumatischen Ereignissen“, die PTSD auslösen. Diese simplifizierende Form der Deutung kann nach heutigem Stand der Dinge keinen wissenschaftlichen Erklärungswert mehr beanspruchen. Die Einsicht, dass PTSD-Symptome auch ohne zuvor erfahrene „traumatische Ereignisse“ diagnostiziert werden können und – umgekehrt – nicht alle traumatischen Ereignisse sich in PTSD niederschlagen müssen, lässt Farleys durchgängigen Rückschluss von hohen PTSD-Symptomen auf eine traumatisierende Qualität von Prostitution grundsätzlich fragwürdig erscheinen.

Individuelle Risikofaktoren konnte oder wollte Farley – im Unterschied zu ihrer Mitautorin Zumbeck – partout nicht wahrnehmen. Das dürfte in ihrem Fall neben dem allgemeinen Stand der damaligen wissenschaftlichen Debatte um Trauma und PTSD mindestens zwei weitere Gründe gehabt haben:

- (1) Die Berücksichtigung individueller Risikofaktoren stand einer politischen Instrumentalisierung ihrer Studie im Wege. Damit hätte sich keine abolitionistisch motivierte Anklage gegen „Prostitution als solche“ fabrizieren lassen. Farleys konsequente Ausblendung individueller Risikofaktoren bei PTSD im Kontext prostitutiver Tätigkeit ist wissenschaftlich unbefriedigend, aber allemal funktional im Hinblick auf prostitutionspolitischen Abolitionisten-Radau.
- (2) Eine Berücksichtigung individueller Risikofaktoren hätte zwangsläufig das Augenmerk auf die Tatsache lenken müssen, dass der überwiegende Teil der in der Farley-Studie befragten Personen drogenabhängige Straßenprostituierte waren.

Genau dieses Faktum aber musste Farley ausblenden, wenn sie an ihrer These von der kausalen Verursachung von PTSD durch ‚Prostitution an sich‘ festhalten wollte.

Literatur:

- Bodkin, J. A. et.al.** 2007. Is PTSD caused by traumatic stress? In: Journal of Anxiety Disorders 21/2007
- Breslau, Naomi N., Davis G. C. et.al.** 1991. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. In: Archives Of General Psychiatry 48 (3)
- Breslau, Naomi et.al.** 1997. Sex differences in posttraumatic stress disorder. In: Archives Of General Psychiatry 54 (11)
- Breslau, Naomi; Kessler, R. et.al.** 1998. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the community. In: Archives Of General Psychiatry 55/1998
- Breslau, Naomi.** 2002. Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Other Psychiatric Disorders. In: Can J Psychiatry Vol 47 / Nr.10
- Brückner, Margrit; Oppenheimer, Christa.** 2006. Lebenssituation Prostitution, Königstein
- Chilcoat, H., Breslau, Naomi.** 1998. Posttraumatic Stress Disorder and drug disorders: testing causal pathways, in: Arch Gen. Psychiatry Vol. 55 / 1998
- Chudakov, Bella; Ilan, Keren; Belmaker, R.H.; Cwikel, Julie.** 2002. The motivation and mental health of sex workers, in: Journal of Sex & Marital Therapy, Vol. 28 (4), 2002
- Cwikel, Julie, Ilan, K., Chudakov, Bella.** 2003. Women brothel workers and occupational health risks, in: Journal Epidemiology Community Health
- Cottler, L.B. et.al.** 1992. Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. American Journal of Psychiatry 149/1992
- Dany, Hans-Christian.** 2007. Speed. Eine Gesellschaft auf Droge, Hamburg
- Dell'Osso, L; Carmassi, C.** 2011. PTSD 30 years after DSM-III: current controversies and future challenges. In: Giornale Italiano di Psicopatologia, 17/2011
- Dohrenwend, B.** 2010. Toward a typology of high-risk major stressful events and situations in posttraumatic stress disorder and related psychopathology. In: Psychological Injury and Law, 3/2010
- Dreßling, Hans.** 2016. Kriterien bei der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). In: Hessisches Ärzteblatt 5 / 2016
- Echterling et.al.** 2016. Controversies in the evolving diagnosis of PTSD. In: Counseling Today, Febr. 2016
- Farley, Melissa; Barkan, H. März 1998.** Prostitution, Violence and Posttraumatic Stress Disorder. In: Women & Health, 27(3)/1998 (**FARLEY I**)
- Farley, Melissa; Kiremire, Merab; Baral, Isin; Sezgin, Ufuk. Nov. 1998.** Prostitution in Five Countries: Violence and Post-Traumatic Stress Disorder, in: Feminism & Psychology. 8 (4). (**FARLEY II**)
- Farley, Melissa; Cotton, Ann; Lynne, Jacqueline; Zumbeck, Sybille; Spiwak, Frida; Reyes, Maria E.; Alvarez, Dinorah; Sezgin, Ufuk.** 2003. Prostitution and Trafficking in Nine Countries: An Update on Violence and Posttraumatic Stress Disorder. In: Farley, Melissa, ed. (2004). Prostitution, trafficking and traumatic stress. Binghamton, New York (**FARLEY III**)
- Foy et.al.** 1984. Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Analysis of premilitary, military, and combat exposure influences. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1984.
- Galatzer-Levy, I.; Bryant, R.** 2013. 636.120 ways to have posttraumatic Stress Disorder. In: Perspectives on Psychological Science, 2013
- Gold, S. D. et.al.** 2005. Is life Stress more traumatic than traumatic stress? In: Journal of Anxiety Disorders 19/2005
- Halligan, S., Yehuda, R.** 2000. Risk factors for PTSD. In: PTSD-Research Quarterly, 3/2000
- Herman, Judith Lewis.** 2006, Die Narben der Gewalt, Paderborn
- Maes, Michael et. al.** 1998. Epidemiologic and phenomenological aspects of post-traumatic stress disorder: DSM-III-R diagnosis and diagnostic criteria not validated. In: Psychiatry Research 81 / 1998

- McNally**, R. J. 2007. Can we solve the mysteries of the National Vietnam Veterans Readjustment Study? In: Journal of Anxiety Disorders 21/2007
- McNally**, R; Robinaugh, D. 2011. Risk factors and posttraumatic stress disorder: Are they especially predictive following exposure to less severe stressors? In: Depression and Anxiety 28/2011
- Roxburgh**, Amanda, Degenhardt, Louisa, Copeland, Jan. 2006. Posttraumatic stress disorder among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia. Zit. nach: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481550/>
- Sass**, Katharina (Hrsg.). 2017. Mythos Sexarbeit. Köln
- Schwarzer**, Alice. 1986. Mit Leidenschaft. Hamburg
- Schwarzer**, Alice. 2006. Niedrigkeit bündelt meinen Zorn (Interview in der ‚Weltwoche‘). Zit. nach: <https://www.aliceschwarzer.de/artikel/im-interview-weltwoche-niedrigkeit-buendelt-meinen-zorn-264746>
- Shalev**, A.Y. et.al. 1998. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. In: American Journal of Psychiatry, 155 (5)1998
- Territo**, L. / Kirkham, G. 2010. International Sex Trafficking of Women and Children. New York
- Weathers**, Frank et.al. 1993. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, Validity, and Diagnostic Utility. In: https://www.researchgate.net/publication/291448760_The_PTSD_Checklist_PCL_Reliability_validity_and_diagnostic_utility/download
- Wilson**, D., Barglow, P. 2009. PTSD has unreliable diagnostic criteria. In: Psychiatric Times, 7/2009
- Zumbeck**, Sybille. 2001. Die Prävalenz traumatischer Erfahrungen, Posttraumatischer Belastungsstörung und Dissoziation bei Prostituierten. Hamburg