

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

**Traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung.
Wie kann Traumapädagogik in der Praxis
gestaltet werden?**

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 22.02.2013

Vorgelegt von: Makrigianni, Eleni

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Dieter Röh

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Gerd Krüger

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Psychotraumatologie	5
2.1	Traumatisierung	5
2.1.1	Traumadefinition.....	6
2.1.2	Verlauf einer Traumatisierung	7
2.1.3	Symptome	12
2.2	Traumafolgestörungen	15
2.2.1	Akute Belastungsreaktion.....	15
2.2.2	Posttraumatische Belastungsstörung	15
2.2.3	Anpassungsstörung.....	16
2.2.4	Weitere Störungsformen.....	17
3	Traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung	17
3.1	Prävalenz.....	18
3.2	Risikofaktoren	19
3.3	Diagnostik	23
3.4	Konsequenzen für die Soziale Arbeit	25
4	Traumapädagogik	26
4.1	Sichere Orte.....	26
4.2	Stabilisierung und Ressourcenorientierung	29
4.3	Selbstbemächtigung	30
4.4	Bindungsorientierung	32
4.5	Arbeit mit dem Trauma.....	34
5	Traumapädagogik und geistige Behinderung	35
5.1	Anwendbarkeit und Grenzen von traumapädagogischen Methoden	35
5.2	Vorschläge zur Gestaltung traumapädagogischen Handelns	38
6	Fazit	42
7	Literaturverzeichnis	45
8	Eidesstattliche Erklärung	47

1 Einleitung

Nahezu jeder Mensch erlebt in seinem Leben ein belastendes Ereignis. Manch einer erlebt den Tod einer nahestehenden Person und verfällt in tiefe Trauer. Andere hingegen haben in ihrer Kindheit körperliche Gewalt erlitten und werden zum Teil selbst gewalttätig. Im alltäglichen Gebrauch hat sich der psychologische Begriff des Traumas, als belastendes Ereignis im Leben, schon lange etabliert. Auch über die möglichen psychischen Folgen eines Traumas besteht ein breiter Konsens: Wer sein Trauma nicht verarbeitet, hat ein Leben lang damit zu kämpfen. Oder: Wenn ich mich ins Auto setze, kommt das Trauma vom Unfall wieder hoch. Ein Trauma kann viel erklären: Verhaltensweisen, Ängste und Gefühle eines Menschen. Betroffene setzen sich immer mehr mit ihrer psychischen Verfassung auseinander, verschaffen sich Wissen über Traumafolgeerkrankungen, tauschen sich aus und nehmen nicht zuletzt therapeutische Hilfe in Anspruch. Dieser Prozess der Traumaverarbeitung setzt bestimmte kognitive Fähigkeiten voraus. Doch was passiert, wenn diese kognitiven Fähigkeiten nicht vorhanden sind? Muss man dann doch mit den Folgen eines Traumas leben?

Menschen mit geistiger Behinderung verfügen über eingeschränkte kognitive Fähigkeiten. Es gelingt ihnen nicht leicht, durch Eigeninitiative und Aneignung von Wissen, selbstständig eine Traumaverarbeitung in Gang zu setzen und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Zudem wird ihnen, aufgrund ihrer geistigen Behinderung, ein bereits vorhandenes auffälliges Verhalten zugeschrieben. Dies gilt auch für die Soziale Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Pädagogische und sozialarbeiterische Fachkräfte können nicht differenzieren, ob ein Verhalten traumatischen Ursprungs ist oder nicht. Im Fachdiskurs ist man sich darüber einig. Es „[...] wird im pädagogischen Alltag bisher nur unzureichend unterschieden, ob extreme Verhaltenssymptome behinderungsbezogen oder Ausdruck erhöhter Stressbewältigung sind.“ (Kühn, 2011: 30) Erst wenn der psychische Leidensdruck von KlientInnen¹ offensichtlich wird, beispielsweise durch extreme Verhaltensveränderungen, wird eine psychische Ursache in Erwägung gezogen.

Durch meine studienbegleitende Tätigkeit in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe, habe ich die Erfahrung gemacht, dass zum Teil sehr wenig bekannt

¹ Aus stilistischen Gründen wird für die gleichzeitige Benennung des weiblichen und männlichen Geschlechts die Schreibweise mit einem großen „I“ verwendet.

ist über traumatische Lebenserfahrungen von Menschen mit geistiger Behinderung. Ist die sprachlich kommunikative Barriere zu groß, ist man als Fachkraft nur durch Aktenkunde und Gespräche mit früheren Bezugspersonen in der Lage zusätzliche Informationen darüber zu erhalten. Fachkräften der Sozialen Arbeit fehlt es zudem oftmals an traumaspezifischem Fachwissen. Die Vermutung liegt daher nahe, dass in der sozialarbeiterischen Praxis der Behindertenhilfe traumatische Ursachen von Verhaltensstörungen nicht erkannt werden. Die Folge daraus kann sein, dass vorhandene pädagogische Methoden in der Behindertenhilfe nicht ausreichen um der Traumaproblematik gerecht zu werden.

Eine relativ neue Fachdisziplin, die sich der Arbeit mit traumatisierten Menschen widmet, ist die Fachdisziplin der Traumapädagogik. Sie bietet methodische Möglichkeiten, welche unterstützend bei der Traumabewältigung traumatisierter Menschen wirken. Bisher gibt es einige Veröffentlichungen über Traumapädagogik, die sich vor allem mit der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der Jugendhilfe beschäftigen. Es ist daher wichtig in dieser Arbeit zu untersuchen, ob Traumapädagogik auch auf die Arbeit mit geistig behinderten Menschen angewandt und wie sie gestaltet werden kann um eine den psychischen Bedürfnissen bei Traumatisierung, angemessene Betreuung zu gewährleisten.

Da sich die Fachdisziplin der Traumapädagogik auf psychotraumatologisches Wissen bezieht, werden im zweiten Kapitel die theoretischen Grundlagen der Psychotraumatologie dargestellt. Dazu gehören die Definition, der Verlauf und die Folgen einer Traumatisierung.

Die Zusammenhänge von geistiger Behinderung und Traumatisierung werden im dritten Kapitel untersucht. Anhand von vorhandenen Forschungsergebnissen, soll die Häufigkeit von Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung, dargelegt werden. Zudem werden mögliche Risikofaktoren, welche eine Traumatisierung bei geistiger Behinderung begünstigen, erörtert. Dies soll Aufschluss darüber geben, ob Menschen mit geistiger Behinderung eine Risikogruppe für traumatische Erfahrungen darstellen. In Anbetracht dessen, wird analysiert, wie sich Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung diagnostizieren lassen und sich auf der Verhaltensebene äußern. Im Weiteren soll es um die daraus resultierenden Konsequenzen für die Soziale Arbeit gehen.

Auf der Grundlage des vierten Kapitels, welches Einblick in die Fachdisziplin der Traumapädagogik gewährt, werden im letzten Kapitel Anwendbarkeit und Grenzen traumapädagogischer Methoden im Hinblick auf geistige Behinderung untersucht. Abschließend soll es darum gehen, mögliche Vorschläge traumapädagogischen Handelns bei Menschen mit geistiger Behinderung herauszuarbeiten.

2 Psychotraumatologie

Was genau ist ein Trauma? Wodurch wird ein Trauma ausgelöst? Welche Folgen hat ein Trauma und wie ist es zu behandeln? Die Fachdisziplin der Psychotraumatologie, befasst sich mit der Beantwortung dieser Fragen. Sie ist auf „[...] die Untersuchung und Behandlung seelischer Verletzungen und ihrer Folgen [...]“ (Fischer/Riedesser, 2009: 20) ausgerichtet.

Ursprünglich befasste sich die Fachdisziplin der Psychotraumatologie mit seelischen Verletzungen, beziehungsweise Traumata, von Kriegs- und Militäropferten. Der Fokus lag bei dieser Opfergruppe darauf, dass sie außergewöhnlichen Gewalteinwirkungen ausgesetzt war und unter schweren Traumafolgen litt. Durch die Forschungsarbeit der amerikanischen Psychotraumatologin Judith Lewis Herman richtete sich jedoch in den 1980er-Jahren der Blick der Psychotraumatologie zunehmend auch auf Gewaltopfer, die traumatische Erfahrungen im täglichen, sozialen Umfeld machen (vgl. Bausum, 2011: 7). Bis heute findet sowohl international als auch national eine wachsende interdisziplinäre Auseinandersetzung aus den Bereichen der Neurobiologie, Stressforschung, Psychotraumatologie, Psychotherapie, Traumatherapie und Pädagogik, zum Thema Trauma statt.

2.1 Traumatisierung

Von einer Traumatisierung spricht man, wenn Menschen traumatische Erfahrungen machen. Die Häufigkeit von erlebten traumatischen Erfahrungen ist in der Bevölkerung sehr hoch. Bei Erwachsenen geben 61% der Männer und 51% der Frauen an, mindestens eine traumatische Erfahrung in ihrem Leben gemacht zu haben (vgl. Hausmann, 2006: 42). Sowohl außergewöhnliche traumatische Erfahrungen im Rahmen von Krieg, Terroranschlägen, Umweltkatastrophen, Auto- und Verkehrsunfällen als auch alltägliche, wie innerfamiliäre und partnerschaftliche Gewalt, Tod einer nahestehenden Person, schwere Erkrankungen und Bedrohungen

der sozialen Existenz, können eine seelische Verletzung verursachen (vgl. Besser, 2011:46).

2.1.1 Traumadefinition

Der Begriff Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung oder Wunde. Ursprünglich ist eine physische Verletzung gemeint. Im Bereich der Psychotraumatologie und Psychologie beschreibt der Begriff eine seelische, beziehungsweise psychische Verletzung.

Die Fachliteratur liefert unterschiedliche Definitionen des Traumabegriffes. Fischer und Riedesser definieren den Begriff Trauma folgendermaßen:

Psychisches Trauma ist „[...] ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer/Riedesser, 2009: 84)

In dieser Definition wird die Bedeutung der Interaktion zwischen Person und Umwelt, während eines traumatischen Geschehens, hervorgehoben. Die Person ist bedrohlichen Situationsfaktoren ausgesetzt. Als Reaktion auf die bedrohliche Situation kommen für die Person sowohl körperliche als auch psychische Bewältigungsmöglichkeiten in Frage. Im Falle einer Traumatisierung reichen diese Reaktionsmöglichkeiten nicht aus, was im Abschnitt 2.1.2 näher erläutert wird. Diese spezielle Situation kann von der Person nicht in gewohnter Weise bewältigt werden. Sie steht ihr hilflos gegenüber und gerät ins Ungleichgewicht mit ihrer Umwelt. Fischer und Riedesser nennen diesen Zustand ein *vitales Diskrepanzerlebnis*, welches gravierende psychische Auswirkungen hat. Das Individuum ist Gefühlen der absoluten Hilflosigkeit und dem Verlust der Eigenkontrolle ausgesetzt. Letzteres beschreiben Fischer und Riedesser mit dem Ausdruck der *schutzlosen Preisgabe* (vgl. ebd.: 89).

Die Definition beschreibt den individuellen Charakter einer möglichen Traumatisierung sehr gut. Sie entwickelt sich nicht starr nach bestimmten festgesetzten Umwelteinwirkungen, sondern hängt spezifisch vom jeweiligen Individuum und seinem Erleben in der Interaktion mit dessen Umwelt ab. Folglich ist es auch möglich, dass ein Individuum eine objektiv bedrohliche Umweltsituation zwar als bedrohlich erlebt, aber durch seine vorhandenen Bewältigungsmechanismen nicht in einen traumatischen Folgezustand gerät. Im Umkehrschluss kann es ebenso

dazu kommen, dass eine objektiv weniger bedrohliche Umweltsituation, aus subjektiver Sicht als bedrohlich empfunden wird und schwere traumatische Folgen nach sich zieht. Eine solche objektiv gesehen weniger bedrohliche Situation kann sich beispielsweise im sozialen Miteinander entwickeln, wie es beispielsweise beim Mobbing der Fall ist. Sie kann situationsabhängig bei der Person Angstgefühle, Gefühle der Demütigung, tiefe Schamgefühle, große Peinlichkeit, tiefe Verunsicherung oder starke Schuldgefühle auslösen (vgl. Besser, 2011:46).

Eine weitere, im internationalen Raum verwendete, Definition von Traumatisierung, ist die des DSM-Klassifikationssystems² der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung³.

Eine Traumatisierung ist die „[...] Konfrontation mit Ereignissen, die Tod, Lebensgefahr oder starke Körperverletzung enthielten oder durch welche die eigene körperliche Unversehrtheit bzw. jene anderer Personen bedroht war. Hinzu kommen Gefühle von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.“ (Hausmann, 2006: 4; zit. n. APA, 1994: 427)

Es zeigt sich, dass die Definitionen von Traumata sehr unterschiedlich ausfallen können. Die Definition des DSM hebt besonders das Kriterium der Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit hervor. Es wird hier nicht genug darauf eingegangen, dass auch die psychische Unversehrtheit unabhängig vom Einwirken körperlicher Bedrohung gefährdet sein kann. Dies ist beispielsweise der Fall wenn Kinder die Trennung ihrer Eltern als traumatisierend erleben. Fischer und Riedesser betonen daher bei ihrer Definition von Trauma das Vorhandensein eines vitalen Diskrepanzerlebnisses. Für die Fachdiskussion ist die Gestaltung der Traumadefinition ein wichtiger Aspekt, da sich aus unterschiedlichen Definitionen auch verschiedene Zielgruppen und Handlungsbedarfe ableiten lassen.

2.1.2 Verlauf einer Traumatisierung

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das Verlaufsmodell einer Traumatisierung nach Fischer und Riedesser und sollen zum Verständnis der innerpsychischen, kognitiven und physiologischen Vorgänge bei traumatisierten Menschen beitragen. Nach Fischer und Riedesser verläuft eine Traumatisierung in drei Phasen, der traumatischen Situation, der traumatischen Reaktion und dem traumatischen Prozess.

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

³ Abgekürzt als APA

Am Anfang einer Traumatisierung steht die *traumatische Situation*. Fischer und Riedesser definieren die traumatische Situation als ein „[...] Zusammenspiel von Innen- und Außenperspektive, von traumatischen Umweltbedingungen und subjektiver Bedeutungszuschreibung, von Erleben und Verhalten [...]“ (Fischer/Riedesser, 2009: 64). Die Definition legt das Gewicht besonders auf die Interaktion zwischen Person und Umwelt und nicht auf das Ereignis an sich. Subjektives Erleben und Verhalten der Person sind genauso an der traumatischen Situation beteiligt wie die traumatisierenden Umweltbedingungen. Bei der Darstellung einer traumatischen Situation reicht es nicht aus das traumatische Geschehen nur zu benennen, da noch vielfältige Situationsfaktoren eine Rolle beim Verlauf der Traumatisierung spielen. Einige dieser Situationsfaktoren sind nach Hausmann die Intensität des Geschehens, die Häufung von aufeinanderfolgenden, traumatischen Situationen oder auch das Verhältnis zwischen Opfer und Täter (vgl. Hausmann, 2006: 44). Das subjektive Erleben der traumatischen Situation hängt auch von personbedingten Faktoren ab. Genannt sei hier zunächst die allgemeine Verfassung, wie die körperliche und psychische Fitness, sowie aktuelle Belastungen der Person (vgl. ebd.: 45). Weitere Faktoren sind persönliche Einstellungen, Erfahrungen, Persönlichkeit und Wissen (vgl. ebd.).

Während der traumatischen Situation ist die Person aufgrund der körperlichen und/oder psychischen Gefährdung angehalten angemessen zu reagieren, was jedoch nicht gelingen kann (vgl. Fischer/Riedesser, 2009: 65). Zunächst erfolgt eine körperliche Stressreaktion seitens der Person. Blutdruck und Puls steigen. Der Körper wird dadurch alarmiert zu reagieren. Eine angemessene Reaktion kann aufgrund des überwältigenden Charakters der traumatischen Situation nicht abgerufen werden. Es kommen die angeborenen Überlebensmuster wie Flucht oder Kampf als Reaktion in Frage, welche jedoch nicht realisierbar sind (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze, 2012: 6). Die Person kann aufgrund der überwältigenden Art der traumatischen Situation weder flüchten noch dagegen ankämpfen. Die Betroffenen fühlen eine ausgeprägte Hilfslosigkeit in Verbindung mit (Todes) –Angst, Kontrollverlust und Entsetzen (vgl. ebd.). Dieser Zustand des Nicht-Handlungsfähig-Seins wird als *Traumatische Zange* bezeichnet. Die Person ist sozusagen eingeklemmt zwischen einer überwältigenden Bedrohung von außen, einer Alarmreaktion des Körpers und dem Gefühl der Hilfslosigkeit, der Angst, des Ausgeliefertseins und der Machtlosigkeit (vgl. Besser, 2011: 46). Diese Gefühle

äußern sich letztendlich durch eine Lähmung und Erstarrung oder eine Panik der Person.

Die Verarbeitung einer Traumatisierung beginnt in der zweiten Verlaufsphase mit der *traumatischen Reaktion* auf die vorangegangene traumatische Situation. Anfänglich kommt es nach einer traumatischen Situation zu einer Überforderung der Person durch die starken emotionalen Reaktionen (vgl. Fischer/Riedesser, 2009: 97). Die Person kann sich auch nach einem längeren Zeitraum in einem panikartigen Zustand befinden, welcher in Erschöpfung mündet (vgl. ebd.). Betroffene Personen gehen nun in die Verleugnungsphase über. Sie versuchen ihre quälenden Erinnerungen zu verdrängen, um sich vor den Angstgefühlen zu schützen. Sie vermeiden zudem jede Situation, die Erinnerungen an das Trauma hervorrufen könnte (vgl. ebd.: 97f.).

Dieses Vermeidungsverhalten gelingt jedoch nicht in jedem Fall. Die Erinnerungen kommen wieder, unabhängig davon, wie sehr sich die Person auf das Vermeiden und Verleugnen fokussiert. Die kognitive Verarbeitung und die Vorgänge im Gedächtnis während und nach der traumatischen Situation sind hierfür die Ursachen. Die Person nimmt viele Aspekte während der traumatischen Situation sehr detailliert und in einer verstärkten und ungewohnten Version wahr (vgl. Hausmann, 2006: 47 ff.). Diese Eindrücke stellen Gefahrreize für die Person dar, werden jedoch nicht im regulären Gedächtnis abgespeichert, sondern als Erinnerungsfragmente im sogenannten *Traumagedächtnis* abgelegt (vgl. ebd.: 48). Das Traumagedächtnis ist für die Person schwer zugänglich, so dass diese Erinnerungsfragmente von dem normalen Gedächtnis abgespalten werden und der Person nicht mehr bewusst sind (vgl. ebd.). Sie kommen zum Vorschein, wenn durch bestimmte äußere Wahrnehmungseinflüsse die traumabezogenen Gefahrreize aus dem Traumagedächtnis aktiviert werden (vgl. ebd.). Eine Erklärung für diese unbewusste Speicherung von traumatischen Erinnerungsinhalten im Traumagedächtnis bietet die Theorie der Vollendungstendenz. Demnach besitzen alle Menschen die “[...]Tendenz zur Wiederaufnahme und Vollendung unterbrochener Handlungen [...]“ (Fischer/Riedesser, 2009: 98). Auf die Persönlichkeit bezogen bedeutet dies, dass Menschen danach streben alle Erfahrungen in ihrem Leben sinngemäß in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren und sie nicht ignorieren können. Da die Person während der traumatischen Situation keine Handlungsmöglichkeiten hat und der Situation ausgeliefert ist, stellt die traumatische Situation eine unterbrochene und

unerledigte Handlung dar. Demnach sind solche unerledigte Handlungen in einem gesonderten Teil des Gedächtnisses abgespeichert, dem Traumagedächtnis. Bei traumaähnlichen Schlüsselreizen auch, *Trigger* genannt, werden die Informationen aus dem Traumagedächtnis bevorzugt abgerufen und dringen in das Bewusstsein ein (vgl. Fischer/Riedesser, 2009: 99). Bei dem Betroffenen führt das zu *Intrusionen*, sogenannten *Flashbacks*. Die Person ist einem ungewollten Wiedererleben des Traumas mit den dazugehörigen Emotionen und körperlichen Reaktionen ausgesetzt (vgl. Hausmann, 2009: 47). Im Anschluss an eine Intrusion folgt wiederum der Versuch der Verleugnung und Vermeidung und es kommt zu einem Abwechseln der beiden Zustände (vgl. Fischer/Riedesser, 2009: 98). Erst wenn ein von der Person kontrolliertes Wiedererleben der traumatischen Situation möglich ist, wird dieser Kreislauf durchbrochen (vgl. Fischer/Riedesser, 2009: 100). Gelingt es der Person nicht diese Art der Verarbeitung zu erreichen, geht die traumatische Reaktion in die nächste Phase des Verlaufsmodells über, dem traumatischen Prozess.

Der *traumatische Prozess* beschreibt die Bewältigungsversuche der Person bezüglich der traumatischen Erfahrung. Nach einer traumatischen Erfahrung versucht die Person das Trauma in ihrem Leben einzuordnen. Dazu werden Hypothesen, Ideen, Eindrücke, Erklärungen und Verhaltensweisen entwickelt, die erklären wie es zur Traumatisierung kommen konnte, wie eine Wiederholung des einer traumatischen Situation zu vermeiden ist oder wie Angstgefühle kontrolliert werden könnten (vgl. Fischer/Riedesser, 2009: 103). Diese Hypothesen bezeichnen Fischer und Riedesser als ‚Schemata‘. Problematisch bei der Entwicklung solcher Schemata zur Traumaverarbeitung ist, dass die Person durch die traumabedingten Erinnerungsverzerrungen im Traumagedächtnis nicht in der Lage ist die richtigen Schlussfolgerungen aus der traumatischen Situation zu ziehen (vgl. ebd.). Fischer und Riedesser beschreiben hier zwei Arten von Schemata zur Abwehr der traumatischen Erfahrung. Mit dem *traumakompensatorischen Schema* wird von der Person eine Theorie entwickelt, welche zur Kompensation der traumatischen Situation dient (vgl. ebd.: 104). Die Art des Versuchs eine traumatische Erfahrung zu kompensieren ist unterschiedlich. Beispielhaft kann eine Person im Falle von körperlicher Gewalt die Theorie entwickeln, dass ihr Verhalten zur traumatischen Situation beigetragen hat. Die Vermeidung dieses Verhaltens in allen erdenklichen Situationen scheint ein Schutz vor der Angst einer Wiederholung der traumatischen Situation zu sein. Weiterhin trägt das *Desillusionierungsschema* dazu bei, dass die

Person zahlreiche, objektiv gesehen, irrationale Überzeugungen im Hinblick auf die traumatische Erfahrung entwickelt (vgl. ebd.: 104). Die Person gelangt somit zu einer negativen und zum Teil irrationalen Sicht auf sich selbst und die Welt (vgl. ebd.). Die erlebte Hilflosigkeit aus der traumatischen Situation wird in das Selbstbild übertragen und kann zu der Annahme führen, man sei ein schwacher Mensch, welcher andere Aufgaben im Leben nicht bewältigen kann oder zu der Schlussfolgerung, dass alle Menschen böartige Absichten hätten.

Im traumatischen Prozess entsteht eine gegenseitige Spannung zwischen dem im Traumagedächtnis abgespeicherten tatsächlichen Bild der traumatischen Situation, z.B. als Kind Gewalt von den Eltern erfahren und den traumakompensatorischen Maßnahmen, z.B. der Ansicht jemanden zu schlagen sei normal, die die Person trifft (vgl. Fischer/Riedesser, 2009: 105). Diese Spannung drückt sich durch die Bildung eines Darstellungs- und Handlungsfeldes aus, welches die Person zu kontrollieren in der Lage ist (vgl. ebd.). Das bedeutet, dass die Person, über ihr Verhalten und einer bestimmten Art zu handeln diese Spannung ausagiert. Beispielsweise indem man selbst zum Täter wird und an anderen Gewalt ausübt. Das Darstellungs- und Handlungsfeld bestätigt einerseits, dass Gewalt normal sei, andererseits dient es auch als Schutz davor wieder selbst Opfer von Gewalt zu werden. Verschiedene traumabedingte Verhaltensweisen und Symptomatiken gehören zu diesem Darstellungs- und Handlungsfeld und werden im Abschnitt 2.1.3 näher erläutert.

Während des traumatischen Prozesses kann es zu kurzfristigen und langfristigen Traumafolgen kommen. Zu den Kurzzeitfolgen gehören die unmittelbare Notfallreaktion, akute psychische Symptome und erste unmittelbare Bewältigungsversuche (vgl. Hausmann, 2006: 45). Die Langzeitfolgen zeichnen sich durch chronische Traumasymptome und Traumafolgestörungen, Entstehung dauerhafter Defizite, aber auch verzögerten Symptombeginn sowie halb- oder unbewusste Wiederholungen der traumatischen Situation aus (vgl. ebd.).

Wie eine Traumatisierung verläuft, hängt nicht zuletzt von Ressourcen zur Bewältigung einer Traumatisierung und der individuellen Verletzlichkeit beziehungsweise der individuellen Vulnerabilität⁴ der Person ab.

⁴ Vulnerabilität ist die individuelle Verletzlichkeit bzw. biologische und psychologische Disposition durch belastende Lebensereignisse traumatisiert zu werden (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 50).

Ressourcen, welche eine positive Wirkung auf die Bewältigung einer Traumatisierung haben, sind

„[...] ein emotional tragfähiges, stabiles und soziales Umfeld, ein konstruktiver persönlicher Bewältigungsstil schwieriger Situationen, eine nicht durch Traumatisierungen vorbelastete Familien- und Lebensgeschichte, positive vorangegangene Lebenserfahrungen und unterstützende Reaktionen der weiteren Umwelt.“ (Schulze/Loch/Gahleitner, 2012: 9; zit.n. Koch, 2001)

Entscheidend für eine gelungene Traumaverarbeitung ist eine lückenlose und zeitlich gut gegliederte Reihenfolge aller traumabezogenen Aspekte (vgl. Hausmann, 2006: 48). Dafür müssten die Erinnerungsfragmente aus dem Traumagedächtnis in das reguläre Gedächtnis transportiert werden (vgl. ebd.) „Nur so können die gemachten Erfahrungen mit den anderen Lebenserfahrungen und Erinnerungen zeitlich (vorher-nachher) und inhaltlich (ähnlich-anders) verknüpft werden.“ (ebd. 48) Hausmann gibt an, dass das Ziel ist das Trauma durch Versprachlichung, in eine sinnvolle Reihenfolge, als eine zu der eigenen Person zugehörige Geschichte, zusammenzubringen (vgl. ebd.). Diese Strukturierung der Geschehnisse und der Fakten trägt dazu bei die abgespaltenen Erinnerungsfragmente besser abrufbar und kontrollierbar zu machen. Dadurch können bei den Betroffenen Flashbacks reduziert werden (vgl. Hausmann, 2006: 48).

2.1.3 Symptome

Traumatisierte Menschen befinden sich oft in einem Zustand der *Übererregung*. Die Person ist einer erhöhten Menge von Stresshormonen ausgesetzt, da sich ihr Körper in ständig erhöhter Wachsamkeit, in Bezug auf Gefahren, befindet (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 24). Zudem sieht sie sich, aus ihrer subjektiven Sicht in einer ständigen Bedrohung und kann nicht mehr harmlose Alltagssituationen von real gefährlichen Situationen unterscheiden (vgl. ebd.). Traumatisierte Menschen weisen dann oft Überängstlichkeit, extreme Stresssensibilität, Unruhe, Konzentrations- und Leistungsschwächen, Orientierungslosigkeit oder auch plötzliche aggressive Impulsdurchbrüche und Überschusshandlungen auf (vgl. ebd.).

Ein weiteres Symptom bei Traumafolgestörungen ist die *Intrusion* beziehungsweise der *Flashback*, „[...] das vollständige oder teilweise Wiedererleben der traumatischen Situation in Form von Bildern, Empfindungen, Gedanken und Alpträumen.“ (Scherwath/Friedrich, 2012: 25) Die Ursache für intrusive Zustände liegt in den Vorgängen des Traumagedächtnisses, welche bereits im Abschnitt 2.1.2. erläutert

wurden. Intrusionen werden durch bestimmte Umweltreize ausgelöst, welche den Gefahrenreizen der traumatischen Situation ähneln. Diese können sich auf alle Wahrnehmungsebenen beziehen, z.B. Gerüche, Bilder, Orte, Bewegungen, bestimmte Worte, Berührungen, Empfindungen, Verhaltensweisen und sogar Jahreszeiten (vgl. ebd.: 26). Die Person zeigt bei einem Flashback zum Teil heftige Begleitsymptome, sie gerät in Panik, fängt an zu schwitzen, ihr Herz schlägt schneller, sie fängt an zu zittern, erleidet Übelkeit, plötzliche Taubheit oder Schwindel (vgl. ebd.: 26f.).

Oft mit dem Flashback verbunden sind auch unerwartete Handlungen, welche mit der traumatischen Situation in Verbindung stehen, sogenannte *Re-Inszenierungen*. In Form von unterdrückten Handlungsimpulsen, die aus der traumatischen Situation stammen und nicht zur Vollendung kommen konnten, kommen diese jetzt zum Vorschein (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 27). Ursächlich ist hier die in der Person verankerte Vollendungstendenz (vgl. 2.1.2.). Eine Re-Inszenierung kann sich auch durch Handlungen und Verhaltensweisen der Person ausdrücken, welche eher der Täterrolle zuzuordnen sind (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 27). Hier äußert sich das traumakompensatorische Schema indem ein Darstellungs- und Handlungsfeld entwickelt wird, in welchem sich die Person Eigenschaften des Täters aneignet⁵ und reinszeniert. Die Person kompensiert die eigene Hilfslosigkeit und erlebte Schwäche durch die Aneignung der Stärke und Macht des Täters.

Eine Verhaltenssymptomatik die als Gegenpol zu den genannten Symptomen dient ist die *Vermeidung*. Die Person versucht hier allen Lebensumständen aus dem Weg zu gehen, welche sie an die traumatische Erfahrung erinnern könnten (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 28). Sie wirkt somit einerseits Übererregung und Flashbacks entgegen, schränkt jedoch andererseits ihr Lebensfeld stark ein (vgl. ebd.). Die Vermeidung kann so weit gehen, dass ganze Lebensfelder vermieden oder sogar ignoriert werden.

Eine häufige Symptomatik bei Traumafolgestörungen ist die *Dissoziation*. Dissoziation bedeutet Abspaltung und dient auch als eine Art Schutzmechanismus gegen aufdrängende Erinnerungen des Traumas. Eine traumatisierte Person

⁵ Siehe 2.1.2

versucht die Erinnerung an das Trauma so weit wie möglich aus dem Gedächtnis wegzuschieben oder gar zu löschen (vgl. Hausmann, 2006: 63).

Hausmann hebt drei dissoziative Symptome hervor: die *Amnesie*, die *Depersonalisation* und die *Derealisation*. Bei der Amnesie werden bestimmte Teile der traumatischen Erfahrung gänzlich aus dem Gedächtnis abgespalten und die Person kann sich an Teile der traumatischen Situation nicht erinnern. Anders verhält es sich bei der Depersonalisation, bei der sich die Person zwar erinnern kann, jedoch die Gefühle und die traumatische Erfahrung als nicht zur eigenen Person gehörend empfindet. Ähnlich funktioniert die Derealisation. Hier wird die traumatische Situation in der Erinnerung modifiziert und erscheint unwirklich und fern. (Vgl. Hausmann, 2006: 63)

Neben der Dissoziation zählt Hausmann auch autoaggressive Symptome auf, wie Selbstverletzungen, Ritzen, Schneiden, Brennen, welche bei traumatisierten Menschen auftreten. Selbstverletzungen dienen den Betroffenen dazu die Gefühle die im Zusammenhang mit dem Trauma stehen, durch einen anderen und kontrollierbaren Schmerz zu überdecken. Das Gefühl des Ausgeliefertseins wird zu reduzieren versucht. (Vgl. Hausmann, 2006: 63)

Scherwath und Friedrich betonen, dass Menschen die traumatische Erfahrungen in der Kindheit gemacht haben, oftmals ein *gestörtes Bindungsverhalten* aufweisen. Im Säuglingsalter und Kindesalter ist der Mensch auf eine *emotional sichere Bindung* zu einer Bezugsperson angewiesen. Die Grundbedürfnisse, wie Hunger und Nähebedürfnis eines Menschen werden in den ersten Lebensjahren durch Bezugspersonen befriedigt. Dadurch entsteht eine Bindung zur Bezugsperson, welche sich als grundlegendes Sicherheitsgefühl für die Bewältigung von anderen wichtigen Entwicklungsaufgaben äußert. Wird dieses grundlegende Sicherheitsgefühl von den Bezugspersonen nicht sichergestellt oder sind sie sogar der Auslöser für eine mangelhafte Bedürfnisbefriedigung, kann eine Traumatisierung entstehen welche sich später durch Bindungsstörungen äußert. Bindungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen können sich dadurch äußern, dass durch Aggression und Provokation versucht wird eine Bindung herzustellen. Auch kann es vorkommen, dass willkürlich versucht wird zu möglichst vielen Personen eine Bindung aufzubauen. Manche Bindungsstörungen zeichnen sich dadurch aus, dass entweder

ein übermäßiges Klammerverhalten oder ein emotionsloses und teilnahmsloses Verhalten in Trennungssituationen auftritt. (Vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 36 ff.)

2.2 Traumafolgestörungen

Jede Traumatisierung, sofern sie einen pathologischen Zustand erreicht, kann sich in verschiedenen Störungsbildern äußern. Im Folgenden werden Traumafolgestörungen vorgestellt, welche nach dem Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation⁶, ICD-10⁷, diagnostiziert werden.

2.2.1 Akute Belastungsreaktion

Die WHO (2008) benennt bei der akuten Belastungsreaktion folgende Erstsymptomatik: Gefühl des Betäubt-Seins und Bewusstseinsengung, eingeschränkte Aufmerksamkeit, Desorientiertheit und die Unfähigkeit Reize zu verarbeiten. Es kann dazu kommen, dass sich die Person aus der Situation zurückzieht oder in einem Zustand der Unruhe und Überaktivität versetzt wird. Darüber hinaus kann es zu vegetativen Zeichen von panischer Angst, Verzweiflung, Wut oder Ärger kommen. Wichtig für die Diagnose der akuten Belastungsreaktion ist vor allem der zeitliche Zusammenhang zwischen dem traumatischen Erlebnis und den ersten Symptomen. Die Symptomatik zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich meist innerhalb von wenigen Stunden zurückbildet, wenn eine Entfernung der Person aus dem traumatisierenden Ort möglich ist. (Vgl. WHO, 2008: 171 ff.)

Nach Hausmann ist die akute Belastungsreaktion eine vorübergehende Störung, die innerhalb von Stunden oder Tagen wieder abklingt. Wie stark ausgeprägt die Störung ist, hängt auch von der individuellen Vulnerabilität und den zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung ab. (Vgl. Hausmann, 2006: 55)

2.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Zu den zentralen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung zählen sich aufdrängende Erinnerungen, wie Intrusionen und Flashbacks, Vermeidungsverhalten, Re-Inszenierung und Übererregung. Die Personen befinden sich in einem Zustand erhöhter Sensitivität und Übererregung, die sich durch Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, verstärktes Aufkommen von Träumen und Albträumen, erhöhte Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Wutausbrüche und

⁶ Im Folgenden abgekürzt mit WHO

⁷ Internationale Klassifikation psychischer Störungen

Konzentrationsschwierigkeiten kennzeichnet. Auch dissoziative Symptome, wie die Amnesie, können auftreten. (Vgl. WHO, 2008: 174f.)

Die posttraumatische Belastungsstörung ist eine verzögerte Reaktion auf eine traumatische Situation, da sie zumeist einige Wochen bis Monate nach dem traumatischen Ereignis auftritt (vgl. Hausmann, 2006: 56).

Hausmann hebt hervor, dass auch das Leiden an einer lebensbedrohlichen Krankheit die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung auslösen könnte. Zahlreiche Studien wurden durchgeführt, in welchen speziell Patienten mit schweren Erkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs oder Organtransplantationsbehandlungen im Kontext mit posttraumatischen Belastungsstörungen untersucht wurden. Eine posttraumatische Belastungsstörung ließ sich bei zehn bis zwanzig Prozent diagnostizieren. Traumata als körperliche Krankheit weisen eine andere Qualität auf. Es gibt keine äußere Bedrohung der Umwelt, sondern die Bedrohung stammt aus dem eigenen Körper des Betroffenen. Die erlebte Hilfslosigkeit und das Gefühl des Ausgeliefertseins existieren oft über einen längeren Zeitraum, in welchem die medizinische Behandlung stattfindet. Vorrangig sind nicht die Erinnerungen an ein vergangenes traumatisches Ereignis, sondern eher eine negative Zukunftserwartung. Meist sind die Patienten mit Befürchtungen wie Nie-Mehr-Gesund-Werden oder der Wiederkehr der Krankheit belastet. (Vgl. Hausmann, 2006: 66ff.)

2.2.3 Anpassungsstörung

Eine Anpassungsstörung kann im Gegensatz zu den vorangegangenen Störungen durch Ereignisse ausgelöst werden, die vor allem subjektiv gesehen als belastend erlebt werden. Oftmals tritt die Anpassungsstörung während eines Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach einem belastenden Lebensereignis auf (vgl. Hausmann, 2006: 61).

„Die Belastung kann das soziale Netz beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder sozialer Werte (wie bei Emigration oder Flucht). Sie kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand).“ (WHO, 2008: 175)

Die Betroffenen werden in einen Zustand des Leidens und der emotionalen Beeinträchtigung, welcher soziale Funktionen und Leistungen behindern kann,

versetzt (vgl. Hausmann, 2006: 61). Die individuelle Vulnerabilität spielt in Bezug auf das Auftreten der Störung eine größere Rolle, als bei den bisher erwähnten Störungsbildern (vgl. ebd.).

Die Symptome bei einer Anpassungsstörung sind sehr unterschiedlich. Sie beginnen mit depressiver Stimmung, Angst, Sorge, dem Gefühl den Anforderungen des Alltags nicht gerecht werden zu können bis hin zu Störungen des Sozialverhaltens (vgl. WHO, 2008: 176f).

2.2.4 Weitere Störungsformen

Neben den erwähnten Traumafolgestörungen können auch andere psychische Störungen und Symptome auftreten, die mit dem Trauma direkt oder indirekt in Verbindung stehen. Hausmann gibt folgende Störungen an: Angststörungen, depressive Störungen, dissoziative Störungen, Selbstverletzungen, Somatisierungs- und Schmerzstörungen, Persönlichkeits- und Borderlinestörungen und Essstörungen (vgl. Hausmann, 2006: 62).

Neben den zahlreichen psychischen Störungen, welche durch Traumatisierungen hervorgerufen werden, können auch körperliche Störungen als Folge auftreten. Menschen, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, haben besonders bei Anspannung und Übererregung körperliche Beschwerden, wie anhaltende Müdigkeit, Kopfschmerzen, Muskelverspannungen, Rückenschmerzen und Schlafstörungen (vgl. Hausmann, 2006: 65).

3 Traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung

Die Zusammenhänge zwischen geistiger Behinderung und Traumatisierung werden in diesem Kapitel untersucht. Es ist ausschlaggebend zunächst den Begriff der geistigen Behinderung zu definieren. Nach der WHO haben Menschen mit geistiger Behinderung

„[...] eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz). Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung.“ (WHO, 2013: o.S.)

Der Grad der geistigen Behinderung richtet sich gemäß der ICD-10 Kriterien der WHO am Intelligenzquotienten einer Person und wird als Intelligenzminderung⁸ diagnostiziert. Die Intelligenzminderung führt bei den Betroffenen zu Entwicklungsschwierigkeiten. Daher beschreibt Mühl (2000) geistige Behinderung als „[...]Beeinträchtigung der allgemeinen seelischen Entwicklung, der Lernfähigkeit, einzelner psychischer Funktionen, vor allem kognitiver, in deren Folge auch sprachliche, soziale, emotionale und motorische Funktionen [...]“ (Mühl, 2000: 48).

3.1 Prävalenz

Empirische Studien über Traumatisierungen bei Menschen mit geistiger Behinderung sind nach wie vor sehr rar. Irblich (2006a) stellt die Ergebnisse einer empirischen Studie zu der Thematik vor. Die Psychiaterin Ruth Ryan (Colorado, USA) hat im Jahre 1994 eine empirische Untersuchung zu Traumafolgestörungen mit 310 erwachsenen Personen, die eine *developmental disability* haben, durchgeführt. Die Bezeichnung *developmental disability* beinhaltet alle Personen, die einen niedrigeren IQ als 75 aufweisen⁹. Die Untersuchung ergab, dass 16,5% der Untersuchten die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM erfüllten. Weiterhin wurden bei den Personen dieser Gruppe die Ursachen der Traumatisierung untersucht. Die Ergebnisse ergaben, dass sexuelle Misshandlung, Gewalterfahrungen, lebensbedrohliche Vernachlässigung und das Beobachten schrecklicher Ereignisse an nahe stehenden Personen, die häufigsten traumatisierenden Ursachen waren. Zum Teil stammen die Informationen der traumatisierenden Erlebnisse in dieser Gruppe von Bekannten oder Familienangehörigen. Jedoch zweifelt Irblich, inwieweit diese Informationen einen umfassenden Einblick in die Biografie des Untersuchten geben können. Bei einer weiteren unveröffentlichten Studie wurden Interviews mit Erzieherinnen aus einem Förderkindergarten für Kinder mit geistiger Behinderung geführt. Zusätzlich wurden die Akten von 30 Kindern mit geistiger Behinderung ausgewertet. Die Untersuchungen ergaben, dass 50% der Kinder im Alter von drei bis sieben Jahren potenziell traumatische Ereignisse durchlebt haben. Die traumatisierenden Ursachen sind in diesem Fall frühkindliche Vernachlässigung, Misshandlung und das Miterleben einer gewaltsamen Situation und stimmen mit den Ergebnissen von

⁸ Es wird hauptsächlich unterschieden zwischen leichter, mittelgradiger, schwerer und schwerster Intelligenzminderung (vgl. WHO, 2008: 273 ff.)

⁹ Nach den Kriterien der WHO wird leichte geistige Behinderung bei einem IQ-Wert von 50-69 diagnostiziert (WHO, 2008: 274).

Psychiaterin Ruth Ryan überein. Hier werden jedoch bei etwa der Hälfte der Kinder auch ernste medizinische Eingriffe als traumatisierender Faktor genannt. Die diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung konnten bei keinem Kind vollständig erfüllt werden. Trotzdem wurden bei vielen Kindern psychosomatische Regulationsstörungen, insbesondere Essstörungen und Verdauungsschwierigkeiten, festgehalten. Irblich schlussfolgert, dass eine Traumatisierung im frühen Kindesalter die spätere körperliche Funktion beeinträchtigt. (Vgl. Irblich, 2006: 126 ff.)

3.2 Risikofaktoren

Menschen mit geistiger Behinderung sind vielfachen Risikofaktoren ausgesetzt, welche eine Traumatisierung begünstigen. Im Folgenden wird unterschieden zwischen *personalen Risikofaktoren*, also behinderungsbedingte Begebenheiten und *umweltbedingten Risikofaktoren*, wie gesellschaftliche Stellung und Lebensumfeld.

Ein erster personaler Risikofaktor ist die *unterdurchschnittliche kognitive Fähigkeit*. Dadurch können Menschen mit geistiger Behinderung wichtige Lern- und Erfahrungsprozesse im sozialen Miteinander nicht machen. Die Fähigkeit zur Abstraktion von Erfahrungen auf neue Situationen ist hier teilweise nicht gegeben (vgl. Kühn, 2011: 30). Im Falle einer geistigen Behinderung bedeutet dies auch „[...] eine Beeinträchtigung der Erlebens- und Handlungsfähigkeit [...]“ (Mühl, 2000: 52).

Weiterhin haben Menschen mit geistiger Behinderung auch eine *verminderte Reizverarbeitungsschwäche*. Das bedeutet, dass Umweltreize oder auch persönliche Reize wie Gefühle und Gedanken schwerer verarbeitet werden können und sich somit nicht in brauchbare Informationen oder hilfreiche Handlungsstrategien umsetzen lassen (vgl. Senckel, 2008: 247). Menschen mit geistiger Behinderung haben somit ein höheres Risiko sich in Situationen wiederzufinden, welche sie als bedrohlich empfinden und dementsprechend nicht bewältigen können (vgl. ebd.). „Solche Situationen können sein unverständliches Kommunikations- und Interaktionsverhalten, bei Änderung der äußeren Lebenssituation [...] oder eine andauernde Überforderung der individuellen Lern- und Leistungsfähigkeit.“ (ebd.) Senckel macht deutlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung einen Mangel an erlernten, individuellen Bewältigungsmöglichkeiten haben und somit besonders für Traumatisierungen gefährdet sind (vgl. Senckel, 2008: 248).

Weiterhin kommt es nach Kühn bei Menschen mit körperlicher als auch geistiger Behinderung zum *erlernten Unterdrücken starker Gefühle und einem eingeschränkten Gefühlsrepertoire*. Menschen mit Behinderung haben oft Schwierigkeiten starke Gefühle auszudrücken. Der Grund hierfür ist, dass viele mit einem Erziehungsstil der Überbehütung aufgewachsen sind. Dieser Erziehungsstil soll vor Enttäuschungen und einem feindlichen sozialen Umfeld schützen. Menschen mit geistiger Behinderung haben nicht gelernt ihre Gefühle auszudrücken, da ihnen die Erziehungspersonen negative Gefühle schön reden und ihnen alle Wünsche von den Augen ablesen. Dies kann dazu führen, dass sie von ihrer Umgebung als eher passive Menschen mit einem schwachen Willen gesehen werden. Die Entwicklung von Selbst-, Körper-, und emotionalem Bewusstsein wird gestört. (Vgl. Kühn, 2011: 30).

Auch eine *mit negativen Gefühlen gekoppelte Selbstwahrnehmung* ist nach Kühn als Risikofaktor zu betrachten. Das Gefühl des Nichtkönnens, welches auf die behinderungsspezifischen Entwicklungsverzögerungen zurückzuführen ist, geht auch oft mit einem Schamgefühl und Traurigkeit einher (vgl. Kühn, 2011:31). Ebenso kommt es häufig vor, dass Menschen mit Behinderung unter Veränderungs- und Versagensängsten leiden (vgl. ebd.: 30).

Alle genannten personalen Risikofaktoren und die behinderungsbedingte Beeinträchtigung führen zwangsläufig zu einer erhöhten *Vulnerabilität* bei Menschen mit geistiger Behinderung. Die folgenden Ausführungen widmen sich den umweltbedingten Risikofaktoren bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Bei Kindern mit körperlicher sowie geistiger Behinderung müssen sehr oft bereits im Säuglingsalter *schwerwiegende medizinische Eingriffe* vorgenommen werden (vgl. Senckel, 2008: 248). Ein längerer Krankenhausaufenthalt ist hierbei nicht selten. Diese Kinder müssen in den ersten Tagen nach der Geburt oft in einen Brutkasten oder müssen eine oder mehrere Operationen über sich ergehen lassen (vgl. ebd.). Diese Ereignisse können schon in diesem frühen Alter traumatisierend wirken, da die Kinder eine abrupte Trennung von der Mutter erleben und eventuelle postoperative Schmerzen verspüren (vgl. ebd.). Senckel folgert, dass bei einer Häufung solcher Erlebnisse bei den Kindern starke Existenz- und Versagensängste ausgelöst werden und die gesamte Persönlichkeitsstruktur prägen (vgl. Senckel, 2008: 248). Dies deckt sich auch mit Hausmanns Aussage, dass Menschen welche eine schwere Krankheit

haben und längere Zeit im Krankenhaus verbleiben, ein erhöhtes Risiko haben eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln.

Senckel führt an, dass Eltern von Kindern und Säuglingen mit geistiger Behinderung sehr oft an ihre emotionalen Grenzen stoßen. Das kann zu einer *schwerwiegenden Vernachlässigung* der Kinder führen. Eltern sind oftmals überfordert mit den besonderen Bedürfnissen und ungewohnten Verhaltensweisen ihrer Kinder und fühlen sich hilflos. Dieses Gefühl der Hilflosigkeit kann sich mit Aggressionen, Genervtsein und Resignation ausdrücken. Das Kind ist dann einer unzureichenden und unangemessenen Versorgung ausgesetzt, was wiederum bei den Kindern Ängste des Verlassenwerdens und Gefühle der Hilflosigkeit auslöst und zu einer Traumatisierung führen kann. (Vgl. Senckel, 2008: 248 f.)

Neben der Vernachlässigung kann es zusätzlich zu einer *körperlichen Misshandlung* von Menschen mit geistiger Behinderung kommen. Bezugspersonen entwickeln in der Betreuung oft aggressive Gefühle, die sich in körperlicher Gewalt entladen können (vgl. Senckel, 2008: 249). Empirische Studien die ein erhöhtes Gewaltvorkommen in diesem Bereich belegen, gibt es jedoch nicht (vgl. Irblich/Blumenschein, 2011:85).

Menschen mit geistiger Behinderung sind eine Risikogruppe für *sexuellen Missbrauch*. Von den Tätern werden sie oft als leichte Opfer angesehen. Das liegt zum einen daran, dass Menschen mit geistiger Behinderung oft nicht ein Bewusstsein über die eigene Intimsphäre besitzen, da sie ganz oder teilweise auf die Hilfe Anderer bei der Körperpflege angewiesen sind. Es entsteht eine praktisch orientierte sowie eine gefühlorientierte Abhängigkeit gegenüber den Tätern, welche oft im Bezugspersonenkreis zu finden sind. Nach Senckel können Menschen mit geistiger Behinderung zum Teil nicht kognitiv die Tat als sexuellen Missbrauch einordnen, jedoch erleben sie sehr wohl emotional die traumatisierende Wirkung. Weiterhin besteht die Gefahr, dass Menschen mit geistiger Behinderung, bedingt durch vorhandene Kommunikationsbarrieren, nicht ernst genommen werden wenn sie versuchen das Geschehene mitzuteilen. Oft werden ihre Äußerungen als sexuelle Fantasien abgetan. Das traumatisierende Geschehen wird somit durch körperliche Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten ausgedrückt. (Vgl. Senckel, 2008: 249)

Auch Kühn geht davon aus, dass Menschen mit Behinderungen Gefahr laufen in einer Umwelt mit mehrfachen Belastungen und potenziell traumatisierenden Faktoren aufzuwachsen (vgl. Kühn, 2011: 35).

Stigmatisierungen sind ebenso umweltbedingte Risikofaktoren. Menschen mit geistiger Behinderung werden oft von gesellschaftlichen Prozessen ausgegrenzt und als nicht leistungsfähig angesehen. Die Vorurteile reichen sogar soweit, dass ihr Verhalten als gefährlich eingestuft wird und deshalb zu Menschen mit geistiger Behinderung auch eine Distanz gewahrt wird. Diese stigmatisierenden Vorgänge können traumatisierend wirken. (Vgl. Senckel, 2008: 249f.)

Obwohl es zu diesem Thema sehr wenige empirische Forschung gibt, gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung in höherem Maß gesellschaftlicher Ausgrenzung und Diskriminierung in Form von struktureller Gewalt ausgesetzt sind als Menschen mit körperlicher Behinderung. (Vgl. Wüllenweber, 2004: 29)

Auch bestimmte *ungünstige Lebensbedingungen* können das Risiko einer Traumatisierung erhöhen. Menschen mit geistiger Behinderung werden im Rahmen der Ambulantisierung auch in Bezug auf das Erlernen von Selbständigkeit überfordert. Oft verfügen sie noch nicht über die notwendigen Ressourcen z.B. soziale Kompetenz, Einfühlungs- und Konfliktfähigkeit, welche einerseits für den Aufbau und Erhalt von Beziehungen und andererseits für ein gelingendes selbständiges Leben notwendig sind. Es kommt vor, dass der Schritt zur Selbständigkeit nicht gelingt und Menschen mit geistiger Behinderung sich der *sozialen Isolation* ausgesetzt sehen. (Vgl. Senckel, 2008: 250 f.)

Ebenso verhält es sich, wenn Menschen mit Behinderung einem Erziehungsstil der *Überbehütung* ausgesetzt sind. Dieser kann genauso eine soziale Isolation zur Folge haben. Eltern versuchen ihre Kinder vor verletzenden Beziehungen zu anderen Kindern oder Bekannten zu schützen, schotten jedoch ihre Kinder damit ab. Zusätzlich erfahren Menschen mit Behinderungen Stigmatisierung und soziale Ablehnung auch durch institutionelle Vorgänge, wie zum Beispiel abgegrenzte Förder- und Bildungseinrichtungen und Werkstätten. (Vgl. Kühn, 2011: 30)

Die dargelegten Risikofaktoren deuten darauf hin, dass Menschen mit geistiger Behinderung einem hohen Risiko ausgesetzt sind in ihrem Leben traumatisiert zu

werden. Erinnert sei hier noch mal an die Entstehung eines Traumas durch das vitale Diskrepanzerlebnis bei geringen Bewältigungsmöglichkeiten und bedrohlichen Situationsfaktoren. Hervorzuheben ist aus diesem Grund auch ein erhöhtes Re-Traumatisierungsrisiko bei Menschen mit geistiger Behinderung. Beim Erleben von Ereignissen, die der traumatischen Situation ähnlich sind, kann es zu einer erneuten Traumatisierung, der Re-Traumatisierung, kommen (Hausmann, 2006: 46). Irblich und Blumenschein sehen dieses Risiko vor allem in der Behindertenhilfe gegeben, durch unübersichtliche Strukturen, unsensiblen Umgang und fehlenden Kriseninterventionskonzepten (vgl. Irblich/Blumenschein, 2011: 91).

3.3 Diagnostik

Diagnostische Kriterien für Traumafolgestörungen, wie in Kapitel 2.2 benannt, sind für Menschen mit geistiger Behinderung unzureichend. Für die Erstellung einer Diagnose werden kognitive Eigenschaften „[...] die Menschen mit geistiger Behinderung zum Zeitpunkt der Traumatisierung bzw. Diagnosestellung oft nicht haben.“ (Irblich/Blumenschein, 2011: 84) Bei der Diagnosestellung von Traumafolgestörungen ist es wichtig, dass der Untersucher sich ein Bild machen kann an welchen Symptomen die Betroffenen leiden. Menschen mit geistiger Behinderung sind aufgrund ihrer Beeinträchtigung im kognitiven Bereich, zum Teil nicht in der Lage über vorhandene Symptome oder eigene Verhaltensweisen, wie zum Beispiel Vermeidungsverhalten oder Albträume und Schlafstörungen, reflektiert Auskunft zu geben. Darüber hinaus wird in der Fachdiskussion vermutet, dass Menschen mit geistiger Behinderung andere Traumasymptome aufweisen als Menschen ohne geistige Behinderung. Daher erwähnt Irblich, dass bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung ein verändertes Störungsbild bei Traumafolgestörungen auftritt, verglichen mit den Klassifikationssystemen des ICD-10 und des DSM-IV (vgl. Irblich, 2006a: 123). Durch die Annahme, dass das Störungsbild bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung ähnlich dem von Traumafolgestörungen bei Kleinkindern ist, nimmt er Bezug auf eine entwickelte Modifikation des DSM-IV zur Klassifikation von posttraumatischer Belastungsstörung bei Kleinkindern und Säuglingen (vgl. ebd.). In dieser Modifikation werden zusätzliche Kriterien in die Diagnostik miteinbezogen, die nicht zwangsläufig über kognitive und verbale Weise mitgeteilt werden, wie zum Beispiel neu auftretende

Ängste, ängstliche Aufmerksamkeit, Schlafwandeln und neu auftretende Aggressionen (vgl. ebd.: 123 f.).

Hinsichtlich des Problems der unterschiedlichen Symptomatik kann es hilfreich sein den im Abschnitt 2.1.2 traumatischen Prozess zu betrachten. Es wird beschrieben, dass die traumatisierte Person ein Darstellungs- und Handlungsfeld, welches sich durch Traumasymptome und traumaspezifische Verhaltensweisen ausdrückt, zur Kompensation der traumatischen Situation aufbaut. Hierfür stellt die Person auch Schlussfolgerungen und Hypothesen aufgrund der traumatischen Situation auf. Diese Art der Kompensation erfordert kognitive Fähigkeiten, wie die Fähigkeit aus Erlebtem Schlussfolgerungen zu ziehen und auf andere Situationen und Lebensbereiche anzuwenden. Es ist fraglich inwiefern dies bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung im Hinblick auf die kognitive Einschränkung möglich ist. Insofern ist ein unterschiedliches Darstellungs- und Handlungsfeld bei Menschen mit geistiger Behinderung durchaus vorstellbar.

Bezüglich der unzureichenden diagnostischen Kriterien für Menschen mit geistiger Behinderung betont Irblich (2006b), es sei wichtig auf das Auftreten einzelner Traumasymptome zu achten, auch wenn sie nicht das Vollbild einer einzelnen Traumafolgestörung ergeben. Diese können unter anderem traumabedingtes Vermeidungsverhalten oder Schlafstörungen sein. Diese Symptome werden im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung zum Teil als trotziges und verweigerndes Verhalten gedeutet. Es folgen darauf nicht adäquate, pädagogisch strenge Maßnahmen, welche wiederum eine Abwehrhaltung bei den Betroffenen auslöst und zu einer Verstärkung der Symptomatik führt. (Vgl. Irblich, 2006b: 118)

Durch die Anwendung von psychotraumatologischem Wissen kann es nach Irblich (2006a) gelingen bestimmte Verhaltensweisen bei Menschen mit geistiger Behinderung als Traumasymptome zu erkennen. Es gilt hier auf Zusammenhänge zwischen dem erlebten bedrohlichen Geschehen und den gegenwärtig vorhandenen Auffälligkeiten zu achten. Betroffene erleben das traumatische Geschehen oft wieder oder sie vermeiden jegliche Art von Erinnerung an das Ereignis. Eine anhaltende Stressreaktion kann sich durch Übererregung und Schlafstörungen ausdrücken. Psychosomatische Beeinträchtigungen, bizarre wiederkehrende Handlungen und Bindungsstörungen können auf frühere traumatische Erlebnisse deuten. (Vgl. Irblich, 2006a: 121)

Irblich und Blumenschein geben folgende Merkmale des Verhaltens von Menschen mit geistiger Behinderung an, welche auf eine frühere Traumatisierung hinweisen könnten:

1. Ein Verhalten tritt während oder kurz nach einem belastenden Ereignis auf.
2. Es sind traumabezogene Auslöser erkennbar.
3. Das Verhalten äußert sich durch Angst, Panik oder Wut.
4. Das Verhalten führt zu einer raschen Eskalation der Situation.
5. Das Verhalten zeichnet sich aus durch wiederholtes Auftreten und charakteristischem Verlauf.
6. Die Person ist wie weggetreten, sie befindet sich in einem dissoziativen Zustand.
7. Das Verhalten wirkt wie ein Fremdkörper im Vergleich zum übrigen Verhalten der Person.

(Vgl. Irblich/Blumenschein 2011: 87)

3.4 Konsequenzen für die Soziale Arbeit

SozialarbeiterInnen arbeiten in der Behindertenhilfe nahezu täglich mit geistig behinderten Menschen zusammen. Gerade in der psychosozialen alltäglichen Begegnung zwischen SozialarbeiterInnen und KlientInnen können traumabedingte Symptome und Verhaltensweisen auftreten und einschränkend auf die individuelle Lebensführung und den Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen wirken. Jedoch wird bisher wenig psychotraumatologisches Wissen als Erklärung für bestimmte Verhaltensweisen angewandt. Zum einen wurde in der Vergangenheit während der Ausbildung zum/zur SozialarbeiterInn nicht ausreichend vertiefendes, psychotraumatologisches Wissen vermittelt, zum anderen wird der fachgerechte Umgang mit traumatisierten Menschen eher der Disziplin der Psychotherapie zugeordnet (vgl. Schulze, 2012: 115). Die Gefahr besteht, dass Traumatisierungen bei Menschen mit geistiger Behinderung unentdeckt bleiben. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema Trauma und dem Umgang damit in der sozialarbeiterischen Praxis scheint unausweichlich, zumal Menschen mit geistiger Behinderung über wenige Traumaverarbeitungsmöglichkeiten verfügen und umso mehr Risikofaktoren ausgesetzt sind.

4 Traumapädagogik

Traumapädagogik hat sich in den letzten Jahren als eigenständige Fachdisziplin in vielen pädagogischen und sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern entwickelt und etabliert (vgl. Bausum u.a., 2011: 7). Sie beinhaltet für die pädagogische Arbeit mit traumatisierten Menschen unterschiedliche Konzepte und Methoden, welche durch die Integration von Forschungsergebnissen aus der Psychotraumatologie entwickelt wurden. Die Fachdisziplin der Traumapädagogik bietet eine Grundlage zu einem neuen Verständnis von traumatisierten Menschen und deren Verhaltensweisen.

„Die Traumapädagogik als pädagogische Methode orientiert sich an den Erkenntnissen der Psychotraumatologie und der Traumatherapie und transferiert diese in das pädagogische Feld, soweit fachlich möglich. Sie ist insbesondere im Prozess der Traumabewältigung bei Kindern und Jugendlichen notwendig, denen ein entsprechendes stützendes und sicheres soziales Umfeld bislang gefehlt hat.“ (Kühn/Vogt, 2009: o.S.)

Vordergründig spricht die Traumapädagogik die pädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen an. Jedoch weitet sich ihr Blick auch zunehmend anderen Arbeitsfeldern, wie zum Beispiel der Behindertenhilfe.

Zentrales Ziel bei der Entwicklung von traumapädagogischen Konzepten, ist die Stabilisierung und Förderung von traumatisierten Menschen durch das Schaffen sogenannter *sicherer Orte* in pädagogischen Arbeitsfeldern (vgl. Bausum u.a., 2011: 8). Mit sicheren Orten ist ein geschützter Handlungsraum gemeint, der traumatisierten Menschen kontinuierliche Beziehungen bietet durch welche sie wieder Vertrauen in sich selbst und ihre Umwelt entwickeln können (vgl. Weiß, 2011a: 17). Traumapädagogik sieht sich als wichtiger Teil des Traumaverarbeitungsprozesses. Durch traumapädagogisches Handeln von Fachkräften können traumatisierte Menschen auch im Alltag unabhängig von Traumatherapie begleitet werden.

4.1 Sichere Orte

Für Kühn beginnt traumapädagogisches Handeln mit dem Herstellen *sicherer Orte* für traumatisierte Menschen. Traumatisierte Menschen erleben oft ihre Umwelt als unsicher und unverlässlich. Die Wahrnehmung des inneren Sicherheitsgefühls wird somit zerstört. Um diesen *inneren, sicheren Ort* wieder zu erlangen bedarf es der Herstellung eines *äußeren, sicheren Ortes*, also verlässliche, einschätzbare und zunehmend zu bewältigende Lebensraum- und Alltagsbedingungen. Für die traumatisierten Menschen ist es wichtig zu erfahren, dass es sich lohnt wieder

Vertrauen in die Umwelt zu fassen. Dies stellt jedoch einen langwierigen Prozess dar. (Vgl. Kühn, 2011: 33 f)

Scherwath und Friedrich benennen konkrete Bedingungen für die Herstellung eines sicheren Ortes in der pädagogischen Praxis. Eine erste Bedingung ist zunächst die *persönliche und institutionelle Sicherheit* der MitarbeiterInnen. Durch atmosphärische Bedingungen, wie beispielsweise Wertschätzung, offene Kommunikation, strukturelle Arbeitsbedingungen, angemessene Dienstpläne und eine stabile Leitungspräsenz, kann das Sicherheitsgefühl der MitarbeiterInnen gestärkt werden. Somit sind sie in der Lage auch ihren KlientInnen das Gefühl der Sicherheit zu vermitteln. (Vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 71)

Nach Scherwath und Friedrich muss in einem sicheren Ort *strukturelle Klarheit* herrschen. Das heißt, alle Alltags- und Strukturabläufe und Regeln von Betreuungseinrichtungen müssen den KlientInnen in einer transparenten Form übermittelt werden. Daher ist es wichtig sicherheitsgebende Elemente wie Verbindlichkeit, Einhaltung von Absprachen, klare Zeitstrukturen und Erreichbarkeit, in die Arbeit einzubauen. (Vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 71ff.)

Wie bereits im dritten Kapitel erläutert befinden sich traumatisierte Menschen aufgrund von physiologischen Veränderungen oft in einem Zustand der Übererregung. Sie sind sehr stresssensibel, denn viele alltagsbedingte Eindrücke und Erlebnisse können für sie einen sogenannten Trigger darstellen und eine starke und überwältigende emotionale Reaktion auslösen.

Daher plädieren Scherwath und Friedrich für eine gezielte *Stressreduzierung* beim traumapädagogischen Handeln. Die pädagogischen Fachkräfte sollen gemeinsam mit den KlientInnen auf die Suche nach Triggern im Alltag gehen, die eine Stressreaktion hervorrufen. Die KlientInnen geraten oft in Situationen, in denen sie sich ohnmächtig und ausgeliefert fühlen. Solche Situationen lösen das aus der Traumadefinition von Fischer und Riedesser bekannte vitale Diskrepanzerlebnis zwischen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten aus. Die Anforderungen an die KlientInnen dürfen nicht die individuellen Fähigkeiten übersteigen. Die Hilfeplanung bei traumatisierten Menschen muss sich daran orientieren keine Frustrations- und Überforderungsgefühle auszulösen. (Vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 73f.)

Auch die Bedingung der *Gewaltfreiheit* im sicheren Ort muss gewährleistet sein (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 74.). Erinnerungen an das Trauma, intrusive Zustände und Re-Inszenierungen können jederzeit durch verbale, körperliche, aber auch visuelle Gewaltformen ausgelöst werden. Die PädagogInnen sollen Gewalt- und Konfliktsituationen, welche als Trigger fungieren, verorten und gemeinsam mit den KlientInnen Handlungsalternativen zum Umgang mit einer gewaltbesetzten Situation erarbeiten (vgl. ebd.: 74f.).

Scherwath und Friedrich betrachten die Verurteilung von gewaltbesetztem Verhalten und einer Verschärfung der Regeln als Konsequenz als nutzlos. Das Thema Gewalt sollte nicht tabuisiert werden, sondern offen mit allen Beteiligten besprochen werden. Bei der Gruppenarbeit mit traumatisierten Menschen ist es sinnvoll gemeinsam über die individuelle Bedeutung von Gewalt zu sprechen und Regeln für ein friedvolles Miteinander zu entwickeln. (Vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 75ff.)

Ebenso wichtig für das Gefühl der Sicherheit in einem Ort ist auch die räumliche Atmosphäre. Die Räume, in denen man mit traumatisierten Menschen arbeitet, sollten freundlich und strukturiert gestaltet sein. Somit kann Geborgenheit und Sicherheit vermittelt werden. Scherwath und Friedrich nennen diese *heile Räume*. Es kann helfen die KlientInnen an der Gestaltung der Räume zu beteiligen, so dass diese sich mehr mit einem Raum identifizieren, ihn selbst pflegen und sich in diesem sicher fühlen können. (Vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 74)

Eine weitere räumliche Bedingung, der Raum für Privatsphäre, spielt besonders für Wohneinrichtungen, in denen traumatisierte Menschen leben, eine bedeutsame Rolle. Die Grenzen der Privatsphäre sind oft verwischt. Es kann dazu kommen, dass jemand ohne Erlaubnis den privaten Raum betritt oder private Gegenstände entwendet. Dies kann bei den KlientInnen ein Gefühl des Ausgeliefert-Seins auslösen. Seitens der PädagogInnen muss gewährleistet sein, dass die KlientInnen eine Möglichkeit haben sich zurückzuziehen und ihren privaten Raum abzugrenzen (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 75). Es kann hilfreich sein Regeln für das Betreten eines Zimmers aufzustellen, z.B. durch Anklopfen oder Türschilder und Aufbewahrungsorte für private Gegenstände zur Verfügung zu stellen (vgl. ebd.).

4.2 Stabilisierung und Ressourcenorientierung

Wie auch bei traumatherapeutischen Maßnahmen, spielen die Stabilisierung und Ressourcenorientierung im traumpädagogischen Feld eine wichtige Rolle. Bevor traumatisierte Menschen mit dem Bewältigungsprozess beginnen können, ist es wichtig einen stabilen Handlungsraum zu schaffen, in welchem sie sich sicher fühlen können (vgl. Scherwath/Friedrich S.93). Diese Stabilität kann unter anderem durch die Erarbeitung von personalen und sozialen Ressourcen der KlientInnen erreicht werden (vgl. ebd.). Zu den personalen Ressourcen gehören nach Scherwath und Friedrich Fähigkeiten, Fertigkeiten, Kenntnisse, Interessen, Gedanken und Erfahrungen einer Person (vgl. ebd.). Die sozialen Ressourcen beinhalten unterstützende Faktoren der Umwelt, wie soziale Netzwerke, ökonomische Sicherheit und Status. Neben ersichtlichen Ressourcen der KlientInnen erwähnen Scherwath und Friedrich auch die Beachtung von *versteckten Ressourcen* (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 100 f.). Beispielsweise kann sich eine Person durch Verweigerung oder Vermeidung gegen neu erarbeitete, pädagogische Maßnahmen wehren. Im Sinne der versteckten Ressourcen kann dies als die Fähigkeit eigene Grenzen zu erkennen gedeutet werden, anstatt als Faulheit oder Aufmüpfigkeit. Zudem verfügt jede Person über *stärkende Ressourcen*, welche die Eigenschaft haben die Person in eine positive Stimmung zu versetzen (vgl. ebd.: 102ff.). Beispiele dafür können sein, die Lieblingsserie oder Lieblingslied anzuschauen oder anzuhören, den Lieblingspullover anzuziehen, Blumen im Zimmer aufzustellen oder an der frischen Luft spazieren zu gehen.

Traumpädagogisches Handeln im Alltag ist stark an den Ressourcen der KlientInnen orientiert. Scherwath und Friedrich beschreiben methodische Techniken zum ressourcenorientiertem Vorgehen. Eine vorgeschlagene Technik ist das *ressourcenorientierte Interview*. Es bietet die Möglichkeit gemeinsam mit den KlientInnen Ressourcen aus den verschiedenen Lebensbereichen zu entdecken (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 99). Dabei können auch neben der verbalen Kommunikation zwischen Fachkraft und KlientInnen Mittel der Visualisierung eingesetzt werden. Ein Mittel zur Visualisierung stellt hier beispielsweise *Ressourcenhand* dar. Die KlientInnen malen den Abdruck ihrer Hand auf ein Blattpapier. Ausgehend davon werden die einzelnen Ressourcen eingetragen (vgl. ebd.: 100). Dieses Vorgehen vermittelt der Person auf einer symbolischen Art ihre

persönliche Handlungsfähigkeit, die aus den eigenen Ressourcen geschöpft werden kann (vgl. ebd.).

4.3 Selbstbemächtigung

Für Wilma Weiß (2011b) bildet die Methode der *Selbstbemächtigung* die Grundlage für traumapädagogisches Handeln. „Selbstbemächtigung als Kernstück der Traumapädagogik bedeutet, dass die traumatisierten Menschen mit Unterstützung der Betreuer Stück für Stück das Gefühl für sich selbst wiederfinden, sich, ihre Gefühle und Empfindungen wahrnehmen lernen.“ (Weiß, 2011b: 164)

Dabei nehmen die PädagogInnen eine ressourcenorientierte und eine, den KlientInnen, würdigende Haltung ein (vgl. Weiß, 2011b: 163). Die Methode soll traumatisierten Menschen dabei helfen sich selbst zu bemächtigen und eine selbstverantwortliche und selbstbestimmende Rolle in ihrem Leben einzunehmen (vgl. Weiß, 2011a: 17). Menschen die eine traumatische Erfahrung gemacht haben, weisen eine gestörte Beziehung zu sich selbst auf. Sie sind den verschiedenen traumabezogenen Symptomen ausgeliefert, fühlen sich schwach und hilflos. Nicht selten verlieren sie die Kontrolle und das Verständnis über ihre Gefühlslage und Körperwahrnehmung, können sich an biographische Lebensinhalte nicht erinnern, haben ihnen nicht erklärliche, aggressive und autoaggressive Impulse und sind nicht in der Lage eine vertrauensvolle Beziehung zu ihrer Umwelt zu entwickeln (vgl. Weiß, 2011b: 163f.). Weiß geht davon aus, dass durch traumapädagogisches Handeln im Sinne der Selbstbemächtigung „[...]eine Korrektur der traumatischen Erfahrung [...]“ (Weiß, 2011c: 121) erreicht werden kann.

Weiß (2011b) legt dar, dass eine Unterstützung zur Selbstbemächtigung aus mehreren methodischen Teilen besteht. Der erste Teil ist die Förderung des *Selbstverstehens*. Hier gilt es den traumatisierten Menschen nahezubringen, welche körperlichen und mentalen Reaktionen im Zusammenhang mit dem Trauma stehen können, z.B. mit Hilfe von Bildern und einer dazugehörigen Geschichte. Die Dissoziation ist als normale Reaktion auf eine Stressbelastung darzustellen. Wichtig ist es ebenso den Menschen Erklärungsmodelle für verschiedene Verhaltensweisen zu geben. Weiß bietet beispielhaft folgendes Erklärungsmodell: „ *Alle Menschen tun das. Wenn sie früher hungern mussten, bunkern sie Essen, wenn sie viel geschlagen wurden, schlagen sie vielleicht mal vorsorglich vorher, so sorgen sie für sich* “ (Weiß,

2011b: 167). Traumatisierte Menschen haben oft einen falschen Eindruck der Realität, beispielsweise sind sie der Meinung, dass sie die einzigen sind, die früher Gewalt erlebt haben. Die PädagogInnen sind dazu angehalten ihren KlientInnen Möglichkeiten zu Realitätserkennung anzubieten. Dies alles soll dazu beitragen sich selbst zu verstehen und von Schuld- und Schamgefühlen, Gefühlen von Isolation, Hilfslosigkeit, Verwirrtheit und Versagensängsten zu befreien. (Vgl. Weiß, 2011b: 165 ff.)

Der zweite Teil widmet sich der Unterstützung der *Selbstakzeptanz* nach Weiß (2011b). Die Selbstakzeptanz hängt mit dem Selbstwertgefühl zusammen. Hier geht es um das emotionale Akzeptieren der eigenen Verhaltensweisen. Oft schämen sich traumatisierte Menschen ihrer traumabedingten Verhaltensweisen. Die PädagogInnen können nun versuchen allgemeingültige Gründe für solche Handlungsweisen anzugeben oder direkt den individuellen Grund mit dem Betreuten zusammen zu ergründen. Weiß schlägt hierfür vor, die Frage stellen: Du tust das weil? Die Betreuten sollen ihren individuellen Grund für die Handlungsweise herausfinden, was eine Entlastung und die Selbstakzeptanz, in dem Fall das Akzeptieren der Verhaltensweisen, fördert. Im Nachhinein kann gemeinsam überlegt werden, ob es auch andere Handlungsalternativen gibt die, die KlientInnen sich in einer solchen Situation aneignen können. Diese Erfahrung wird zu neuen selbstbezogenen Kognitionen und Überlegungen führen, die wiederum den Boden bilden für Veränderungen des Selbstbildes. Zudem kommt es oft vor, dass das Gefühl hilfsbedürftig zu sein und Hilfe annehmen zu müssen den Selbstwert traumatisierter Menschen bedroht. Die PädagogInnen sollen in der Hinsicht kein Mitleid, sondern Mitgefühl ausstrahlen. Die Menschen dürfen nicht als Opfer gesehen werden, sondern als Menschen, die Erstaunliches geleistet haben. Zudem ist es auch wichtig, dass traumatisierte Menschen lernen ihre Selbstzuwendung zu steigern. PädagogInnen können traumatisierten Menschen dabei unterstützen eine fürsorgliche, liebevolle Beziehung zu sich selbst zu entwickeln. Dies kann zum Beispiel im Rahmen einer Tagesreflexion stattfinden, in der besprochen wird was den KlientInnen gut getan hat und worin sie gut gewesen sind. (Vgl. Weiß, 2011b: 168 ff.)

Als nächstes schlägt Weiß (2011) als traumapädagogische Maßnahmen die *Sensibilisierung des Körperempfindens und der Gefühle* und die *Förderung der Selbstregulation* vor. Bei der Sensibilisierung des Körperempfindens geht es darum

mehr über die traumabedingten Emotionen zu lernen. Mit Hilfe von methodischen Übungen können traumabedingte Emotionen, wie Sich-Wie-Gelähmt-Fühlen, Neben-Sich-Stehen und Wie-Weggetreten-Sein, gesammelt werden. Die KlientInnen können versuchen diese Gefühle in ihrem Körper zu verorten und zu beschreiben. Sie gelangen dadurch zu einem besseren Verständnis ihrer Körperfunktionen und Emotionen. Eine einfachere Erklärung von traumabedingten Verhaltensweisen ist dann möglich. Durch die Förderung der Selbstregulation sollen traumatisierte Menschen lernen die Reize zu identifizieren, welche bei ihnen eine Übererregung auslösen. Dabei soll analysiert werden zu welchen Momenten im Alltag der Stresspegel steigt, und wie sich das auf den Körper und die Emotionen auswirkt. Weiß gibt an, dass es traumatisierten Menschen schwer fällt sich neutralen oder angenehmen Reizen zuzuwenden und sie sich somit der Möglichkeit berauben entspannende und heilende Erfahrungen zu machen. Auch das deutet auf eine Fehlfunktion der Selbstregulation hin. Mit Hilfe der PädagogInnen kann das Aushalten einer Situation geübt werden. (Vgl. Weiß 2011b: 170 ff.)

Die Methode zur Förderung der Selbstwirksamkeit soll dazu beitragen, dass traumatisierte Menschen das negative Selbst- und Weltbild zum Positiven verändern können und aus dem Ohnmachtsgefühl befreit werden (vgl. Weiß, 2011c: 133). Dazu ist auf größtmögliche Transparenz bei der Gestaltung von Handlungsprozessen zu achten, beispielsweise das Vermeiden von Willkür und die Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen (vgl. ebd.: 134). Zur Selbstwirksamkeit gehört ebenso die Förderung zur größtmöglichen Partizipation im Sinne von Meinungsäußerung und Mitbestimmung der KlientInnen (vgl. ebd.: 134f.). Zur Selbstwirksamkeit gehören weiterhin auch die Möglichkeit erfüllende Aktivitäten verrichten zu können sowie die Chance auf Bildung und soziale Teilhabe (vgl. ebd.: 136ff.).

4.4 Bindungsorientierung

Traumapädagogik ist bindungsorientiert. Traumatisierte Menschen weisen oftmals Bindungsstörungen auf (vgl. Kapitel 2.1.3). Fachkräfte können dazu beitragen, dass ihre KlientInnen eine emotional sichere Bindung entwickeln. Die Entwicklung einer stabilen Persönlichkeit und die Bewältigung von neuen Entwicklungsprozessen können ohne eine emotional sichere Bindung stark eingeschränkt sein (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 81). Die Entwicklung einer bindungsorientierten

Beziehung zwischen Fachkraft und KlientInnen ist daher Aufgabe im traumapädagogischen Handeln.

Scherwath und Friedrich plädieren daher zur *feinfühligem Interaktion* mit traumatisierten Menschen. „Die Voraussetzung für Feinfühligkeit ist, die Signale des Anderen als ‚Selbstoffenbarung‘ (Schultz v. Thun 1985, 26) wahrzunehmen und darin enthaltene Bedürfnisse, Empfindungen, Nöte oder positive Absichten erkennen zu können.“ (Scherwath/Friedrich, 2012: 84) Feinfühligkeit kann dazu beitragen das traumabedingtes Verhalten von KlientInnen besser zu verstehen. Traumatisierte Menschen entwickeln Verhaltensweisen aufgrund von Bindungsstörungen, welche von sozialarbeiterischen Fachkräften teilweise als befremdlich, unangenehm oder auch feindselig, manipulativ und aufmüpfig empfunden werden. Zur Feinfühligkeit gehört es gerade bei diesen Verhaltensweisen die versteckte Botschaft der KlientInnen zu entdecken. Zum Beispiel kann übermäßiges Klammerverhalten und Nicht-Los-Lassen-Können als Ausdruck von tiefsitzenden Ängsten und Verlust von sicheren Bindungsgefügen gedeutet werden (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 84). Neben dem Deuten von versteckten Botschaften ist es auch notwendig, dass eine feinfühlig Reaktion seitens der Fachkraft folgt (vgl. ebd.). Zu der feinfühlig Reaktion gehören eine ruhige, liebevolle Art der Kommunikation, ein regelmäßiger und abgestimmter Blickkontakt und eine zugewandte Körperhaltung (vgl. ebd.: 85; zit. n. Brisch, 2009).

Ebenso bedeutend für das bindungsorientierte Arbeiten ist nach Scherwath und Friedrich die Aufrechterhaltung von *Präsenz* seitens der Fachkräfte. Traumatisierten Menschen soll durch die Aufrechterhaltung von innerer und äußerer Präsenz das Gefühl der Sicherheit vermittelt werden. Äußere Präsenz beinhaltet, den KlientInnen die Erreichbarkeit und Anwesenheit von Bezugspersonen, hier den sozialarbeiterischen Fachkräften, zu versichern (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 86). Dazu gehört den KlientInnen die Zuständigkeiten innerhalb des Fachpersonals nahezubringen und ihnen mögliche Anlaufstellen, im Falle der Abwesenheit der Bezugsperson, anzubieten. Die innere Präsenz bedeutet den KlientInnen in der gemeinsamen Zeit „[...] ein hohes Maß an Aufmerksamkeit, Achtsamkeit und Zuwendung [...]“ (ebd.) anzubieten.

Das feinfühlig Arbeiten beinhaltet gemäß Scherwath und Friedrich auch die Fähigkeit emotionale Abläufe und innere Intentionen ihrer KlientInnen zu

versprachlichen (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 87). Bei den KlientInnen löst diese *mitfühlende Resonanz* nach Gefühl der Sicherheit, des Angenommen-Werdens und des Verstanden-Werdens aus. Die reine sprachliche Resonanz kann nach Scherwath und Friedrich vor allem in stressgeladenen oder emotionsüberflutenden Situationen durch das Angebot der körperlichen Nähe, der Zuwendung und des Trostspendens erweitert werden (vgl. ebd.: 89). Körperliche Nähe kann natürlich nur angeboten werden, sofern die KlientInnen dies in positiver Art annehmen können. Denn es ist durchaus möglich, z.B. bei sexuell missbrauchten KlientInnen, dass in Stresssituationen eine Berührung zum Trigger werden kann (vgl. ebd.: 90).

4.5 Arbeit mit dem Trauma

Bisher wurden die traumapädagogischen Methoden betrachtet, welche sich hauptsächlich auf die Stabilisierung und die Ressourcenorientierung beziehen. Wie verhält es sich jedoch mit der eigentlichen Traumarbeit im Sinne von Traumabearbeitung, wie es auch in traumatherapeutischen Verfahren üblich ist? Die Arbeit mit traumatischen Inhalten ist ein wichtiger Teil der Traumaverarbeitung. Traumapädagogik grenzt sich hier jedoch von traumatherapeutischen Verfahren ab und sieht ihren Anteil in der „[...] pädagogischen Unterstützung eines Selbstbefreiungsprozesses von durch das Trauma hervorgerufenen dysfunktionalen Einstellungen, Überzeugungen und Handlungsweisen.“ (Weiß, 2009a: o.S.)

Beispielsweise wird im Rahmen der Methode Selbstbemächtigung durch die Unterstützung des Selbstverstehens und der Selbstakzeptanz ein Beitrag zur Traumarbeit geleistet. Unterstützend dazu kann die Enttabuisierung von Traumathemen zu einer Entlastung von Scham- und Schuldgefühlen bei den Betroffenen führen (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 122). Enttabuisierung bedeutet durchaus auch das Trauma zum Thema eines Gesprächs zu machen und es in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext zu setzen, beispielsweise indem man verdeutlicht, dass Gewalt in vielen Familien vorkommt und auch andere Menschen darunter leiden (vgl. ebd.: 122f.). Dysfunktionale Einstellungen und Überzeugungen, dass man selbst schuld an dem traumatischen Geschehen ist oder der einzige Mensch ist, der Traumatisches erleben muss, können somit durch Enttabuisierung verändert werden.

Zudem plädiert Weiß dafür, dass traumapädagogische Interventionen „[...] die Möglichkeit das Geschehene in die eigene Lebensgeschichte einzuordnen [...]“ (Weiß, 2009a: o.S.) bieten können. Für Scherwath und Friedrich bildet die

traumasensible Biografiearbeit eine solche traumapädagogische Intervention. Bei der traumasensiblen Biografiearbeit erarbeiten sich traumatisierte Menschen eine Rekonstruktion ihrer Biografie und gelangen somit auch zu einem neu konstruierten Selbstbild (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 124). Dabei geht es darum sich an vergangene Lebensabschnitte zu erinnern sowie um die Auseinandersetzung bestimmter Situationen und das Entdecken früherer oder gar nicht bewusster Bewältigungsstrategien, die als Ressourcen genutzt werden können (vgl. ebd.: 124f.).

5 Traumapädagogik und geistige Behinderung

Was macht das traumapädagogische Arbeiten mit geistig behinderten Menschen so speziell? Es gilt die These, dass traumapädagogische Methoden wie sie bei Kindern und Jugendlichen bereits angewandt werden, bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht uneingeschränkt umsetzbar sind.

5.1 Anwendbarkeit und Grenzen von traumapädagogischen Methoden

Zunächst gilt es die Aspekte von geistiger Behinderung zu benennen, welche die Anwendung von traumapädagogischen Methoden in der Praxis erschweren könnten.

Die Beeinträchtigung von kognitiven Funktionen ist als erschwerend zu betrachten, denn sie bringt auch eine Einschränkung in der Wahrnehmungsfähigkeit mit sich. Eine Einschränkung in der Wahrnehmungsfähigkeit bedeutet „[...] die reduzierte Fähigkeit, sinnlich gegebene Informationen in ihrem Bedeutungsgehalt zu entschlüsseln.“ (Mühl, 2000: 50) Es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass Menschen mit geistiger Behinderung Informationen, die durch soziale Interaktion entstehen, und Umweltreize ohne weiteres sinngemäß einordnen können. Genauso verhält es sich mit der Einschränkung im sprachlichen und kommunikativen Bereich. Menschen mit geistiger Behinderung weisen auf diesem Gebiet Schwierigkeiten auf. Neben dem verzögerten Spracherwerb gestaltet sich das Zuordnen von Bedeutungen einzelner Wörter und das Verstehen grammatikalischer Regeln als schwierig (vgl. Mühl, 2000: 50). Auch die Fähigkeit des Lernens ist eingeschränkt. Mühl fasst folgende Problematiken des Lernprozesses die bei geistiger Behinderung auftreten könnten, zusammen:

- Mangelnde Umstellungsfähigkeit

- Situationsverhaftetheit
- Verlangsamungen und Abweichungen der Entwicklung
- Misserfolgserwartung
- Außengerichtetheit der Motivation
- Mangelnde Merkfähigkeit und Organisation von Lernmaterial
- Mangelnde sprachliche Steuerung und Begriffsbildung
- Aufmerksamkeitsdefizite
- Transferinsuffizienz
- Mangelnde Nachahmung und Kreativität

(vgl. Mühl, 2000: 52; zit. n. Wendeler, 1976; Meyer, 1977; Rauh, 1979)

Menschen mit geistiger Behinderung auch können kein umfassendes Selbstwertgefühl entwickeln. Senckel führt dies auf eine gestörte frühkindliche Ich- und Beziehungsentwicklung zurück (vgl. Senckel, 2010: 253f.). Des Weiteren geht Mühl von einer Beeinträchtigung der sozialen Kompetenz bei Menschen mit geistiger Behinderung aus. Soziale Kompetenz wird hier beschrieben als die Fähigkeit, Ressourcen, welche aus der sozialen Interaktion mit der Umwelt bezogen werden können, in die eigene Persönlichkeit zu integrieren und „zum Zwecke der Weiterentwicklung zu nutzen [...]“ (Mühl, 2000: 51).

Traumapädagogik erfordert zum Teil auch ein hohes Maß an kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten, aber auch eine uneingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit und eine gute Vorstellungskraft. Bereits Irblich und Blumenschein erwähnen, dass viele Interventionen zur Traumabearbeitung nur bei Menschen mit leichter Intelligenzminderung anzuwenden sind (vgl. Irblich/Blumenschein, 2011: 88). Im Folgenden sollen traumapädagogische Methoden, bei welchen sich die Anwendbarkeit auf die Arbeit mit geistig behinderten Menschen als schwierig gestalten könnte, erörtert.

Im Rahmen von Selbstbemächtigung werden die mentalen und körperlichen Folgen von Traumatisierung den KlientInnen erklärt. Durch das Selbstverstehen der eigenen Problematik kann schon eine Linderung der Symptome eintreten. Es ist fraglich in wie fern Menschen mit geistiger Behinderung den traumatischen Prozess nachvollziehen können und in wieweit ein Bewusstsein über eigene Traumasymptome herrschen kann. Vor allem bei schwerer geistiger Behinderung ist

eine solche Herangehensweise eher problematisch, da sie sowohl eine hohe Lernfähigkeit als auch die Fähigkeit des abstrakten Denkens erfordert. Im Rahmen der Förderung der Selbstakzeptanz werden auch Methoden vorgeschlagen die über sprachliche Kommunikation umzusetzen sind wie das gemeinsame Erforschen von Gründen für traumabedingte Verhaltensweisen durch die Fragestellung: Du tust das weil? Dies ist bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht immer anwendbar. Es fällt auf, dass die Methoden sehr stark an die individuellen Fähigkeiten der KlientInnen angelehnt sind. Dies macht eine individuelle Abstimmung notwendig.

Die Triggersuche im Alltag im Rahmen der Gestaltung des sicheren Ortes stellt bei Menschen mit geistiger Behinderung eine besondere Herausforderung dar. Die vorgeschlagenen, traumapädagogischen Maßnahmen setzen teilweise eine Beteiligung der KlientInnen voraus. Sowohl eine Beeinträchtigung der Wahrnehmungsfähigkeit als auch eine sprachliche Beeinträchtigung können hier die Reflexion und Diskussion der eigenen Gefühle in Triggersituationen und die daraus resultierenden Handlungen erschweren. Problematisch kann es daher sein, wenn die Deutung von Triggersituationen nur auf die Interpretationen der MitarbeiterInnen beruht. Die Gefahr ist groß, dass hier falsche Deutungen gemacht werden könnten.

Bei den ressourcenorientierten, traumapädagogischen Methoden, wie das Ressourceninterview oder die visualisierte Version durch die Ressourcenhand und die Entdeckung neuer Ressourcen werden ebenfalls hohe kognitive Fähigkeiten gefordert. Die Selbsterkenntnis und Neuentdeckung von eigenen Ressourcen dürfte sich bei Menschen mit geistiger Behinderung als schwierig erweisen. Zum einen sind sie teilweise nicht in der Lage durch die sprachliche Einschränkung bereits erkannte, eigene Ressourcen mitzuteilen, zum anderen ist eine Visualisierung, wie die Ressourcenhand, durch Einschränkungen in der Wahrnehmung nicht ohne weiteres anwendbar.

Traumasesensible Biografiearbeit kann sich bei Menschen mit geistiger Behinderung ebenso schwierig gestalten. Haben sie eine starke kognitive Einschränkung und demnach auch eine schwache Gedächtnisleistung, wird es nur teilweise möglich sein eine Rekonstruktion der Lebensgeschichte in Form von einer Geschichte oder Märchens zu erarbeiten.

5.2 Vorschläge zur Gestaltung traumapädagogischen Handelns

Es soll nun betrachtet werden, wie traumapädagogisches Handeln anhand der Methoden aus dem vierten Kapitel und unter Berücksichtigung der einschränkenden Aspekte von geistiger Behinderung gestaltet werden könnte. Hierbei handelt es sich um Vorschläge traumapädagogischen Handelns, die der weiteren Diskussion durch die Fachöffentlichkeit und Legitimation von Forschungsergebnissen bedürfen.

Bei der Herstellung sicherer Orte legen traumapädagogische Methoden Wert auf sicherheitsgebende Elemente, wie Verbindlichkeit, Einhaltung von Absprachen, klare Zeitstrukturen und Erreichbarkeit und Zuständigkeiten von Fachkräften. Im pädagogischen Alltag ist der Dienstplan sowohl für KlientInnen als auch für MitarbeiterInnen ein strukturgebendes Objekt. Daher ist es im Rahmen des Sicherheitsaspektes auch für Menschen mit geistiger Behinderung wichtig den Dienstplan transparent zu gestalten. Um Willkürlichkeit und Unsicherheitsgefühle zu vermeiden ist es für die KlientInnen von Bedeutung zu wissen mit welchem/welcher MitarbeiterIn sie arbeiten oder den Tag gestalten. Dabei genügt es manchmal nicht nur zu sagen, dass MitarbeiterIn XY morgen Frühdienst hat. Durch die kognitive Einschränkung und bei schlechter Gedächtnisleistung kann so eine Information in Vergessenheit geraten. Daher kann es hilfreich sein eine Brücke zu bauen zwischen Informationsübermittlung und Einsetzen der mittgeteilten Information. Dafür können beispielweise Bilder der MitarbeiterInnen zur Hilfe genommen werden: Wenn MitarbeiterIn A geht, wird Bild A abgehängt, dafür kommt MitarbeiterIn B und Bild B wird an dessen Stelle aufgehängt.

Auch die Verdeutlichung von Zeitstrukturen bei pädagogischen Gesprächen oder Aktionen kann sich bei Menschen mit geistiger Behinderung als schwierig gestalten. Aufgrund kognitiver Einschränkungen gelingt es ihnen nicht ein umfassendes Zeitgefühl zu entwickeln. Daher ist es wichtig ihnen eine Orientierung anzubieten, an die sie sich halten können. Das Ende eines Gespräches soll transparent gestaltet sein und nicht abrupt abgebrochen werden. Dies kann mit Hilfe einer Eieruhr oder Sanduhr, die das Ende ankündigt erreicht werden.

Ebenso wichtig für das Sicherheitsgefühl besonders zu Beginn der Betreuung ist die Verdeutlichung des Bezugssystems, also die Frage welcher/welche MitarbeiterIn für wen verantwortlich ist? An wen können sich KlientInnen bei Problemen wenden?

Wenn Menschen mit geistiger Behinderung aus traumatisierenden Lebensbereichen neu in eine Einrichtung kommen, sollte ihnen veranschaulicht und erklärt werden, welche MitarbeiterInnen die Betreuung übernehmen. Gelingt das nicht über die sprachliche Kommunikation, können andere Handlungen und Veranschaulichungen die besondere Stellung der BezugsbetreuerInnen zum Ausdruck bringen, beispielsweise wenn die BezugsbetreuerInnen den Erstkontakt zu den KlientInnen übernehmen, die KlientInnen in der Einrichtung vorstellen, die Räumlichkeiten erklären und sich an der Zimmergestaltung beteiligen. Auch die kreative Gestaltung des Bezugs ist möglich, indem man ein Foto des/der Bezugsbetreibers/Bezugsbetreuerin und des/der KlientIn durch ein Band miteinander befestigt und dem/der KlientIn überreicht oder gemeinsam an der Wand aufhängt. Dies soll bedeuten: Ich bin immer in deiner Nähe und Sorge mich um dich; Wir sind miteinander verbunden. Zudem können auf diese Art weitere Verbindungen zu vorhandenen oder neuen Bindungspersonen dargestellt werden. So kann auf kreative Art ein Beziehungsnetz gestaltet werden.

Im Sinne der strukturellen Klarheit ist es dementsprechend bedeutend den KlientInnen zu verdeutlichen, welcher/welche MitarbeiterIn eine Vertretungsfunktion bei längerer Abwesenheit von BezugsbetreuerInnen einnimmt. Auch hier kann das Beziehungsnetz genutzt werden, indem ein Foto vom vertretenden Bezugsbetreuer an das Beziehungsnetz befestigt wird. Dies ist wichtig um zu verhindern, dass die KlientInnen Unsicherheitsgefühle entwickeln. Daher ist auch hier größtmögliche Transparenz angebracht.

Ein sicherer Ort soll stressfrei gestaltet werden. Scherwath und Friedrich betonen: „Zumutungen und Anforderungen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen sind nur dann sinnvoll, wenn sie mit hoher Wahrscheinlichkeit erfolgreich bewältigt werden können.“ (Scherwath/ Friedrich, 2012: 73) Eine geringe Frustrationstoleranz macht es Menschen mit geistiger Behinderung schwer, stressgeladene Situationen zu bewältigen. Es kann vermutet werden, dass solche Situationen das Gefühl des Ausgeliefertseins, wie es in der traumatischen Situation erlebt wurde, hervorrufen und als Trigger fungieren könnten (vgl. ebd.). Durch die teilweise eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung ist es ihnen nicht immer möglich Überforderungs- und Stressgefühle zu signalisieren. Um Überforderung und Frustrationsgefühle bei Alltagsanforderungen zu vermeiden,

könnte es hilfreich sein eine Alltagsreflexion der KlientInnen durchzuführen. Damit ist gemeint, den Tages- und Wochenablauf der KlientInnen im Rahmen einer Teamsitzung zu analysieren. Dabei kann reflektiert werden, ob Aktivitäten und Alltagsanforderungen eventuell zu stark komprimiert stattfinden, oder ob es zu viele Leerräume gibt wo gar keine Aktivitäten stattfinden. Um zu untersuchen ob ein Zusammenhang mit aufkommenden Stressreaktionen der KlientInnen besteht, könnte das Dokumentieren der Befindlichkeit der KlientInnen im Hinblick auf Stress- und Traumasymptome hilfreich sein.

Ein sicherer Ort beinhaltet auch die Möglichkeit für Privatsphäre. Zusätzlich zu den von Friedrich und Scherwath bereits erwähnten Möglichkeiten zur Gestaltung von Privatsphäre (z.B. Anklopfen, Türschilder usw.), könnte es sich als hilfreich erweisen, Menschen mit geistiger Behinderung dabei zu unterstützen ihre Zeit für Privatsphäre zu gestalten. Menschen mit geistiger Behinderung haben oft ein vermindertes Selbstwertgefühl und es fällt ihnen schwer Eigeninitiative und einen eigenen Willen auszudrücken (vgl. Senckel, 2010: 255). Daher gilt es Angebote und Ideen anzubieten, wie sie Zeit mit sich selbst gestalten könnten. Wenn das über die verbale Kommunikation schwer zu vermitteln sein sollte, kann hier mit Illustrationen, z.B. ein Bild von Jemandem der Mittagsschlaf hält oder Symbolen, z.B. die Badeperlen symbolisieren ein entspannendes Bad zu nehmen, gearbeitet werden, ganz nach dem Motto: Das ist deine Zeit! Was machst du gerne?

Bei der Gestaltung der eigenen Räumlichkeiten, z.B. in Wohneinrichtungen, gilt es den KlientInnen mit ihren Wünschen und Vorstellungen mit einzubeziehen. Dafür können Farbkarten oder Zimmerillustrationen genutzt werden, die den KlientInnen zu einer besseren Vorstellung des Resultats verhelfen. Auch ein gemeinsamer Besuch eines Möbelhauses ist vorstellbar. Somit kann eine größtmögliche Partizipation der KlientInnen erreicht werden.

Die Haltung der MitarbeiterInnen bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben durch die KlientInnen kann sicherheitsgebend wirken. Um das Gefühl der Hilflosigkeit und Frustration bei Überforderung zu vermeiden, ist eine Kontinuität der Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung von Anforderungen bedeutend. Erinnert sei hier an die bindungsorientierte Haltung der äußeren und inneren Präsenz. Menschen mit geistiger Behinderung haben Probleme den Grund für den Abbruch einer Handlung zu verstehen, beispielsweise wenn das Telefon klingelt und der/die MitarbeiterIn

aufgrund dessen die Situation verlässt. Lässt sich diese Situation nicht vermeiden, kann beispielsweise das Überreichen einer Pausenkarte, welche den Abbruch der Aktion ankündigt und den KlientInnen die Möglichkeit gibt sich einer anderen Tätigkeit zu widmen, hilfreich sein.

Ebenso ist es notwendig den KlientInnen zu mehr Selbstwirksamkeit zu verhelfen. Den KlientInnen soll vermittelt werden auf ihre eigenen Grenzen zu achten und bei Überforderung auch mal Nein sagen zu können. Hierfür kann beispielsweise eine Heute-Nicht-Jokerkarte eingesetzt werden. Wenn MitarbeiterInnen während einer Aktivität Stresssymptome bei den KlientInnen feststellen, kann die Heute-Nicht-Jokerkarte angeboten werden. Entscheidet sich der/die KlientIn für die Karte kann die Aktivität nach Absprache auf einen anderen Zeitpunkt gelegt werden. Um Willkürlichkeit zu vermeiden, sollte für den Einsatz der Karte ein spezieller Zeitraum festgesetzt werden, in dem die Karte nur jeweils einmal eingesetzt werden kann. Zum einen fördert diese Maßnahme die Willensstärke, zum anderen wird hier ein spezieller Raum für Verweigerung gewährt, was für viele pädagogische Interventionen entschärfend wirken kann.

Um den Menschen mit geistiger Behinderung ihre Ressourcen besser zu verdeutlichen, ist es denkbar ein Ressourcenalbum herzustellen. Die MitarbeiterInnen gehen mit Hilfe einer Fotokamera auf die Suche nach den Ressourcen ihrer KlientInnen und fotografieren Situationen in denen ihre Ressourcen zu erkennen sind. Beispielsweise werden die KlientInnen auf ihrer Arbeitsstelle fotografiert oder beim Erledigen von Haushaltstätigkeiten. Mit den Fotografien können KlientInnen und BetreuerInnen dann gemeinsam ein Ressourcenalbum erstellen, welches bei Bedarf betrachtet werden kann. Je nach Art der Behinderung und Wahrnehmungseinschränkung kann diese Art der Ressourcendarstellung auch mit Hilfe anderer Hilfsmittel gestaltet werden. Ist ein Mensch über den auditiven Weg besser zu erreichen, kann ein Tonband aufgenommen werden, in welchem verschiedene Ressourcen benannt werden. Dazu können auch verschiedene Personen, wie Familie und Freunde interviewt und aufgenommen werden. Zur Erinnerung kann das Band im Nachhinein abgespielt werden. Die eigenen Ressourcen sind somit jederzeit abrufbar.

Um eine sichere Bindung herzustellen, sollte auch die Möglichkeit auf Nähe gewährleistet werden, sofern das die KlientInnen wünschen. Kleine Rituale, welche

in den Alltag eingebaut werden, können schon dazu beitragen, beispielsweise indem man sich vor Dienstschluss für die KlientInnen noch etwas Zeit zum Verabschieden nimmt, wenn erwünscht auch mit einer Umarmung. Die bedingungslose Erhaltung von Sicherheit, Nähe und Geborgenheit könnte auch traumabedingtes Klammerverhalten reduzieren. Durch den Einsatz von Nähe kann auch eine Stressregulation bei den KlientInnen erreicht werden, beispielsweise in dem man die Hand auf die Schulter der KlientInnen legt und in einer beruhigenden Art sagt: „Ich bin da!“ (vgl. Scherwath/Friedrich, 2012: 89f.).

Im Rahmen der Selbstbemächtigung und im Umgang mit traumabedingten Verhaltensweisen ist besonders zu beachten, dass solch ein Verhalten nicht bestraft oder abgelehnt wird, sondern Handlungsalternativen angeboten werden, die individuell gestaltet werden können. Beispielsweise kann es bei Wutanfällen helfen Batakas (Anti- Aggression-Schläger) zu benutzen oder sich zu bewegen (vgl. Weiß, 2011: 126f.). Die MitarbeiterInnen können auch Alternativhandlungen vorschlagen, welchen die KlientInnen gerne nachgehen.

Das gleiche sicherheitsgebende Gefühl sollte auch bei größeren Lebensaufgaben, wie dem Übergang in eine neue Wohnform oder der Wechsel der Arbeitsstelle gewährleistet werden. Irblich und Blumenschein betrachten es für notwendig und als Schutz vor Re-Traumatisierung KlientInnen auf ein bevorstehendes, potenziell belastendes Ereignis, wie ein längerer Krankenhausaufenthalt, vorzubereiten (vgl. Irblich/Blumenschein, 2011: 88 f.). Daher kann davon ausgegangen werden, dass Traumapädagogik auch präventiv gegen Traumatisierung eingesetzt werden kann.

6 Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurde zunächst die Traumatisierung in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung untersucht. Ziel war es auf dieser Grundlage zu analysieren ob Traumapädagogik auch bei traumatisierten Menschen mit geistiger Behinderung angewandt werden kann und methodische Vorschläge für die Gestaltung traumapädagogischen Handelns in der Praxis zu entwickeln.

Zu diesem Zweck wurden im zweiten Kapitel psychotraumatologische Grundlagen erörtert. Aufgrund der Traumadefinition ergab sich, dass ein psychisches Trauma entstehen kann, sofern ein großes Ungleichgewicht besteht zwischen bedrohlichen

Lebensereignissen und individuellen Möglichkeiten zur Bewältigung. Weiterhin wurde festgestellt, dass auch objektiv nicht bedrohliche Lebensereignisse sehr wohl ein Trauma auslösen können. Zu begründen ist dies dadurch, dass jeder Mensch über unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten verfügt und ein bedrohliches Ereignis auf unterschiedliche Art erlebt.

Um ein umfassendes Bild über Traumatisierung bei Menschen mit geistiger Behinderung herzustellen wurden im dritten Kapitel Prävalenz, Risikofaktoren und Diagnostik betrachtet. Dabei ergab sich, dass obwohl es sehr wenige Forschungsergebnisse zu Traumatisierung bei Menschen mit geistiger Behinderung gibt, von einer erhöhten Häufigkeit ausgegangen werden kann. Weiterhin wurde gezeigt, dass Menschen mit geistiger Behinderung zudem vielfachen Risikofaktoren, welche eine Traumatisierung auslösen können, ausgesetzt sind und als Risikogruppe bezeichnet werden können. Die genannten Risikofaktoren sind einerseits auf die behinderungsbedingte Beeinträchtigung, andererseits auf die Reaktion der Umwelt auf die behinderungsbedingte Beeinträchtigung zurückzuführen. Die Auseinandersetzung mit den diagnostischen Kriterien für Traumafolgestörungen bei geistiger Behinderung ergab, dass Menschen mit geistiger Behinderung zum Teil andere Traumasymptome aufweisen als Menschen ohne geistige Behinderung. Hierfür sind jedoch noch keine wissenschaftlich, fundierten diagnostischen Kriterien entwickelt worden. Dies stellt für Menschen mit geistiger Behinderung eine Problematik dar, da mögliche Traumafolgestörungen nicht offiziell diagnostiziert werden können und somit auch keine entsprechende Hilfe gewährt werden kann. Eine genaue diagnostische Klassifizierung kann zudem auch bei der Unterscheidung von behinderungsbedingten Verhaltensstörungen von Traumafolgestörungen hilfreich sein und ist daher anstrebenswert. Es stellte sich heraus, dass die Problematik besonders Fachkräfte der Sozialen Arbeit in ihrer alltäglichen Arbeit mit geistig behinderten Menschen betrifft.

Auf Grundlage des vierten Kapitels, in welchem die Methoden der Traumapädagogik erläutert wurden, wurde im fünften Kapitel die Anwendbarkeit der Methoden bei Menschen mit geistiger Behinderung analysiert. Die Analyse ergab, dass die Umsetzung teilweise von den kognitiven Fähigkeiten der KlientInnen abhängig ist. Im Falle von geistiger Behinderung und je nach Schweregrad der Behinderung sind diese jedoch nicht uneingeschränkt vorhanden. Besonders Methoden, welche darauf

basieren das eigene Trauma als psychische Störung mit entsprechenden Folgen zu verstehen, stellen sich bei steigendem Behinderungsgrad als problematisch dar. Daher schließt sich eine ganzheitliche Übertragung der Methoden aus.

Trotz alledem ließen sich auf dieser Grundlage, Vorschläge traumapädagogischen Handelns bei Menschen mit geistiger Behinderung, unter Berücksichtigung der einschränkenden Aspekte, ableiten. Sowohl das Herstellen sicherer Orte, als auch ein stabilisierendes, ressourcenorientiertes und bindungsorientiertes Vorgehen sind bei der Arbeit mit traumatisierten geistig behinderten Menschen durchaus anzuwenden. Genauso verhält es sich mit der Unterstützung zur Selbstwirksamkeit und Partizipation. Desweiteren wurde festgestellt, dass traumapädagogisches Handeln bei traumatisierten Menschen mit geistiger Behinderung, auch einen präventiven Aspekt in Bezug auf Re-Traumatisierung hat. Als erschwerend bei der Gestaltung traumapädagogischen Handelns ergab sich die Tatsache, dass die jeweilige Methode individuell und auf die jeweilige Person abgestimmt werden muss.

Schlussfolgernd lässt sich behaupten, dass sich traumapädagogisches Handeln bei Menschen mit geistiger Behinderung, wenn auch mit Einschränkungen, gestalten lässt. Indem Fähigkeiten und Ressourcen der Betroffenen gefördert und ausgebaut werden, sowie auf bedrohliche Situationsfaktoren vorbereitet wird, kann das vitale Diskrepanzerlebnis verringert werden. Deswegen ist es für den Fachdiskurs der Traumapädagogik und Sozialen Arbeit wichtig, sich weiterhin dem Thema Trauma und geistige Behinderung zuzuwenden. Traumapädagogik kann somit für die Fachkräfte die Möglichkeit bieten, zur Traumabewältigung von traumatisierten Menschen mit geistiger Behinderung beizutragen.

7 Literaturverzeichnis

- Bausum, Jacob [u. a.] 2011: Einleitung. In: dies. (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 2., ergänzte und korrigierte Auflage 2011, Weinheim; München: Juventa Verlag, 7-11
- Besser, Lutz Ulrich 2011: Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. In: Bausum, Jacob [u. a.] (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim; München: Juventa Verlag, 39-54
- Fischer, Gottfried / Riedesser, Peter 2009: Lehrbuch der Psychotraumatologie, München: Ernst Reinhardt Verlag (UTB; 8165)
- Hausmann, Clemens 2006: Einführung in die Psychotraumatologie, Wien: Facultas Universitätsverlag
- Irblich, Dieter 2006a: Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Klauß, Theo (Hg.): Geistige Behinderung- Psychologische Perspektiven, Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 121- 137
- Irblich, Dieter 2006b: Posttraumatische Belastungsstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung. Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 45. Jg., 1/06, 112-123
- Irblich, Dieter/ Blumenschein, Astrid 2011: Traumatisierung geistig behinderter Menschen und pädagogische Handlungsmöglichkeiten. In: Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. 5. Jg., 1/11, 74-93
- Kühn, Martin 2011: „Macht Eure Welt endlich zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob [u. a.] (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 2., ergänzte und korrigierte Auflage 2011, Weinheim; München: Juventa Verlag, 25-37
- Kühn, Martin/ Vogt, Volker 2009: Definition „Traumapädagogik“. Online unter: http://www.traumapaedagogik.de/index.php?option=com_content&view=article&id=71:definition-qtraumapaedagogikq&catid=30:sonstiges&Itemid=53 (Zugriff: 03.02.13)
- Mühl, Heinz 2000: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. 4., überarbeitete Auflage, Stuttgart; Köln; Berlin: Kohlhammer
- Scherwath, Corinna / Friedrich, Sibylle 2012: Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung, München: Ernst Reinhardt Verlag
- Schulze, Heidrun 2012: Alltag als Kerndimension Sozialer Arbeit mit traumatisierten Menschen. In: Schulze, Heidrun/ Loch, Ulrike/ Gahleitner, Silke Birgitta (Hg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 115-150

Schulze, Heidrun / Loch, Ulrike / Gahleitner, Silke Birgitta 2012: Psychosoziale Traumatologie- Eine Annäherung. In: dies. (Hg.): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie, Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 6-53

Senckel, Barbara 2008: Wunden, die die Zeit nicht heilt. Trauma und geistige Behinderung. In: Geistige Behinderung. Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 47. Jg., 3/08, 246-256

Senckel, Barbara 2010: Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Neunte, durchgesehene Auflage, München: Verlag C.H. Beck

Weiß, Wilma 2009: "Was hilft?" - Pädagogische Möglichkeiten zur Korrektur traumatischer Erfahrungen nutzen. Online unter: http://www.traumapaedagogik.de/index.php?option=com_content&view=article&id=89:qwas-hilftq-paedagogische-moeglichkeiten-zur-korrektur-traumatischer-erfahrungen-nutzen&catid=25:kinder-und-jugendhilfe&Itemid=53 (Zugriff: 05.02.13)

Weiß, Wilma 2011a: „Wer macht die Jana wieder ganz?“. Über Inhalte von Traumabearbeitung und Traumaarbeit. In: Bausum, Jacob [u. a.] (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 2., ergänzte und korrigierte Auflage 2011, Weinheim; München: Juventa Verlag 15-24

Weiß, Wilma 2011b: Selbstbemächtigung – Ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob [u. a.] (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 2., ergänzte und korrigierte Auflage 2011, Weinheim; München: Juventa Verlag, 163-176

Weiß, Wilma 2011c: Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 6., überarbeitete Auflage 2011, Weinheim; Basel: Beltz Juventa

Weltgesundheitsorganisation 2008: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 4., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10, Bern: Hans Huber Verlag

Weltgesundheitsorganisation 2013: Definition des Begriffs „geistige Behinderung“. Online unter: <http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability> (Zugriff am: 05.02.13)

Wüllenweber, Ernst 2004: Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung und soziale Abwertung, Stuttgart: Kohlhammer

8 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quelle und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift