

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

# Trauma und Traumafolgestörungen bei intellektuell beeinträchtigten erwachsenen Menschen

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 30.08.2019

Vorgelegt von: Nele Dauskardt

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Gunter Groen

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>I Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>II Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Der intellektuell beeinträchtigte Mensch.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Begriffsdefinition Intellektuelle Beeinträchtigung .....</b>	<b>8</b>
2.1.1 Prävalenz in Deutschland.....	10
2.1.2 Ätiologie.....	10
2.1.3 Komorbidität .....	11
<b>2.2 Lebenswelt und Sozialraum .....</b>	<b>11</b>
2.2.1 Leben in Betreuungskontexten.....	11
2.2.2 Isolation, Status, Stigmatisierung .....	12
2.2.3 Besondere soziale Netzwerke .....	13
<b>2.3 Rahmenbedingungen der pädagogischen Arbeit .....</b>	<b>13</b>
<b>3 Der beeinträchtigte Mensch mit psychischen Problemen.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Prävalenz, Ätiologie, Komorbidität.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Psychiatrisch- psychologischer Behandlungsapparat .....</b>	<b>15</b>
3.2.1 Besonderheiten: Verhaltensauffälligkeiten und Rituale.....	15
3.2.2 Grenzen der „normalen“ Psychotherapie .....	17
3.2.2.1 Diagnostische Probleme.....	17
3.2.2.2 Probleme in der Behandlung .....	17
<b>3.3 Das entwicklungsdynamische Modell nach Anton Došen .....</b>	<b>18</b>
3.3.1 Vorbemerkungen .....	19
3.3.1.1 Biologischer Hintergrund .....	20
3.3.1.2 Emotionale und Soziale Entwicklung.....	21
3.3.2 Die Phasen der emotionalen Entwicklung.....	21
3.3.2.1 Adaptionsphase (0-6 Monate) .....	22
3.3.2.2 Sozialisationsphase (6-18 Monate) .....	24
3.3.2.3 Individuationsphase (18-36 Monate) .....	25
3.3.2.4 Identifikationsphase (3-7 Jahre) .....	26
3.3.2.5 Realitätsbewusstseinsphase (7-12 Jahre).....	27
3.3.3 Zusammenhang: Emotionale Entwicklung und psychiatrische Störung.....	27
3.3.3.1 Bindungsschwierigkeiten .....	28
3.3.3.2 Diskrepanz zwischen kognitiver und emotionaler Entwicklung .....	29
3.3.3.3 Bedürfnisse, Motivation, Verhalten.....	29

<b>3.4 Fazit für die pädagogische Praxis .....</b>	<b>30</b>
3.4.1 Pädagogischer Kontext .....	30
3.4.2 Multidisziplinäre Zusammenarbeit in Diagnose und Behandlung.....	30
<b>4 Das psychische Trauma und die Entstehung einer Traumafolgestörung am Beispiel der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Kontext intellektueller Beeinträchtigung.....</b>	<b>31</b>
<b>4.1 Definition des Krankheitsbildes PTBS .....</b>	<b>32</b>
4.1.1 Definition von Trauma als auslösendem Ereignis .....	32
4.1.2 Definition PTBS .....	35
4.1.3 Symptome der PTBS.....	35
4.1.4 Komplexe PTBS .....	36
4.1.5 Prävalenz von PTBS .....	36
4.1.5.1 Erhöhtes Risiko für potentiell traumatisierende Erfahrungen .....	38
4.1.5.2 Diskrepanz zwischen objektiver Bedrohung und subjektiver Wahrnehmung.....	39
4.1.5.3 Erhöhtes Risiko von Traumatisierung.....	39
4.1.5.4 Exkurs ältere Menschen.....	41
4.1.6 Komorbidität von PTBS .....	42
4.1.7 Diagnostik der PTBS .....	42
<b>4.2 Entstehung der PTBS .....</b>	<b>43</b>
4.2.1 Die Verarbeitung von Stress .....	44
4.2.1.1 Die normale Stressphysiologie.....	44
4.2.1.2 Stressverarbeitung bei Trauma nach Ullrich Sachsse.....	47
4.2.2 Einflussfaktor Intellektuelle Beeinträchtigung.....	49
4.2.3 Chronische PTBS.....	50
<b>4.3 Krankheitsentwicklung der PTBS.....</b>	<b>51</b>
4.3.1 Primäre Traumafolgesymptome der PTBS .....	51
4.3.2 Sekundäre traumakompensatorische Symptome .....	53
4.3.3 Traumafolgesymptome bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung .....	54
<b>4.4 Behandlung der PTBS .....</b>	<b>55</b>
4.4.1 Besonderheiten in der Diagnose .....	56
4.4.2 Allgemeine Aspekte der Behandlung .....	57
4.4.2.1 Das natürliche Verarbeitungssystem traumatischer Erfahrungen .....	57
4.4.2.2 Ziele der Behandlung .....	58
4.4.2.3 Voraussetzungen der traumatherapeutischen Behandlung .....	58
4.4.3 Psychologische Traumabehandlung .....	59

<b>5 Der traumatisierte Mensch mit intellektueller Beeinträchtigung im pädagogischen Handlungskontext.....</b>	<b>60</b>
<b>5.1 (Trauma)pädagogische Haltung .....</b>	<b>60</b>
<b>5.2 Hilfen bei Traumatisierung: Stabilisierung und Sicherheit.....</b>	<b>61</b>
5.2.1 Äußere Sicherheit.....	62
5.2.2 Stabilisierung und innere Sicherheit.....	63
<b>5.3 Pädagogische Triade .....</b>	<b>64</b>
<b>5.4 Prävention.....</b>	<b>65</b>
<b>6 Ausblick.....</b>	<b>67</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>69</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>77</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>87</b>

# I Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die Phasen der emotionalen- und Persönlichkeitsentwicklung .....	22
Tabelle 2: Schweregrade von intellektueller Beeinträchtigung und Psychosoziale Entwicklung .....	28
Tabelle 3: „Die pädagogische Triade“ nach Kühn (2015, 41).....	64

## II Abkürzungsverzeichnis

BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DV	Distress-Vocalisation
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GdB	Grad der Behinderung
HPA- Achse	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
IB	Intellektuelle Beeinträchtigung
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IQ	Intelligenzquotient
PAG	Periaquäduktales Grau: (für Schmerzunterdrückung verantwortlicher Gehirnkomplex)
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Post traumatic stress disorder
SEO	Schaal voor emotionale Ontwikkeling (dt. sozio-emotionale Entwicklung)
SSW	Schwangerschaftswoche
ZNS	Zentrales Nervensystem

# 1 Einleitung

Die Prävalenz von Trauma und Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung signifikant erhöht (vgl. Rießbeck 2013, 207). Dennoch findet diese Thematik in Forschung, Literatur, institutionellen Konzeptionen sowie in der professionellen Ausbildung bisher nur vereinzelt Beachtung. Dieser Umstand schlägt sich auch in der professionellen pädagogischen Arbeit mit betroffenen Menschen nieder und bedingt die Lebensrealität dieser Menschen enorm. Aus den Erfahrungen der Traumapädagogik im Bereich der stationären Kinder- und Jugendhilfe leitet sich dagegen ein hoher Mehrwert dieser Pädagogik für die betroffenen Kinder und Jugendlichen ab. Die Motivation der vorliegenden Thesis entspringt der Annahme, dass aus Wissen und dem tiefgreifenden Verstehen eines Sachverhaltes Handlungskompetenz erwächst. Erklärtes Ziel ist daher die Ergründung der Zusammenhänge und Auswirkungen von Trauma und Traumafolgen bei intellektuell beeinträchtigten erwachsenen Menschen sowie die Eruierung von pädagogischen Handlungsmöglichkeiten im Kontext des kontinuierlichen professionellen Kontaktes zu diesen Menschen wie er in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit gegeben ist um betroffenen Menschen adäquat begegnen zu können.

Anton Došens Forderung nach einer ganzheitlichen Betrachtungsweise des Individuums, seiner Umwelt und der beteiligten Prozesse für Diagnostik und Behandlung (vgl. Došen 2018, 115) als einzige Möglichkeit, den komplexen Problemen begegnen zu können, findet dabei in der Gliederung dieser Thesis Beachtung. Während Kapitel 2 den intellektuell beeinträchtigten Menschen in seiner Lebensrealität präsentiert, stellt Kapitel 3 diesen Menschen in den Kontext von psychischer Gesundheit und Krankheit. Hier findet außerdem die emotionale- und Persönlichkeitsentwicklung Beachtung. Kapitel 4 erörtert den Themenkomplex Trauma und Traumafolgestörungen im Kontext der Bezugsgruppe. Schwerpunkte bilden hier die erhöhte Prävalenz innerhalb der Bezugsgruppe sowie Entstehung und Krankheitsentwicklung der Posttraumatischen Belastungsstörung als Beispiel einer Traumafolgestörung. In Kapitel 5 folgen daraufhin pädagogische Möglichkeiten und Aufträge für den professionellen Kontakt. Einen Ausblick formuliert Kapitel 6.

Die vorliegende Thesis richtet sich vorwiegend an Pädagog\*innen. Viele Ansätze sind dabei auch für andere professionelle Kontakte der Bezugsgruppe anwendbar.

Am Ende dieser Einleitung sei darauf hingewiesen dass die professionelle Auseinandersetzung mit der Thematik Trauma und Traumafolgen nie losgelöst von der eigenen Geschichte geschieht. Die Erinnerung „an mögliche eigene traumatische Erfahrungen“ (Glasenapp 2015, 23) sowie an sie geknüpften Gefühle ist zu erwarten.

## 2 Der intellektuell beeinträchtigte Mensch

Dieses Kapitel bietet einen groben Überblick über das Phänomen der intellektuellen Beeinträchtigung sowie die Besonderheiten in der Lebenswelt der betroffenen Menschen. Nach einer Begriffsdefinition von intellektueller Beeinträchtigung sowie deren Prävalenz, Ätiologie und Komorbidität werden Lebenswelt und Sozialraum der betroffenen Personen und darüber hinaus die sie umgebenden pädagogischen Rahmenbedingungen vorgestellt.

### 2.1 Begriffsdefinition Intellektuelle Beeinträchtigung

Angesichts der terminologischen Mannigfaltigkeit in der Beschreibung der Personengruppe soll an dieser Stelle eine knappe Begriffsdefinition Übersicht verschaffen. Während die Betroffenen den Begriff ‚Menschen mit Lernschwierigkeiten‘ bevorzugen (vgl. Dörner et al. 2017, 99), gebraucht das Sozialgesetzbuch (SGB) in seinem Bezugsrahmen der Rehabilitation und Teilhabe (vgl. § 2 Absatz 1 SGB IX) den Begriff der geistigen Behinderung, und zwar in Unterscheidung „der seelischen und körperlichen Behinderung“ (Dörner et al. 2017, 99). Nach SGB IX sind Menschen behindert, wenn sie

„körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist“ (SGB IX § 2 Abs. 1 Satz 1).

Der GdB (Grad der Behinderung) errechnet sich dabei anhand der Auswirkung aller vorhandenen körperlichen, geistigen und seelischen Störungen (vgl. Muschalla/Linden 2011, 927) und wird neben Zusatzkennzeichen wie H (Hilflos), B (Begleitperson) im Schwerbehindertenausweis angegeben.



Im medizinischen Bezugssystem wird der durch das ICD-10-System<sup>1</sup> der WHO geprägte Begriff der Intelligenzminderung verwendet (vgl. Dörner et al. 2017, 99). Die ICD-10 listet die Intelligenzminderung als Intelligenzstörung unterschiedlichen Ausmaßes innerhalb der Psychischen- und Verhaltensstörungen mit den Kennziffern F70-F79 (ICD-10). Das DSM-5<sup>2</sup> als amerikanisches Pendant zur ICD bezeichnet ihr Äquivalent als Intellektuelle Beeinträchtigung/ Intellektuelle Entwicklungsstörung<sup>3</sup> (vgl. Döpfner et al. 2018, 43). Dieser Begriff ist medizinisch richtungsweisend. Die vorläufige Fassung der voraussichtlich 2022 in Kraft tretenden ICD-11<sup>4</sup> gebraucht die Bezeichnung „Disorders of intellectual development“<sup>5</sup> (ICD-11 6A00.0-4 und Z). Beide Klassifikationssysteme unterscheiden in „leichtgradige (IQ 50– 69), mittelgradige (IQ 35–49), schwergradige (IQ 20–34) und schwerstgradige intellektuelle Beeinträchtigung (IQ < 20)“ (Mayer/ Lutz 2017, 251). Bestimmt wird eine intellektuelle Beeinträchtigung nach Došen (2018, 21) durch folgende drei Kriterien: „1. Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen, 2. Beeinträchtigung im adaptiven Funktionsniveau (kognitiv, sozial, praktisch), 3. Entstehung vor dem 18. Lebensjahr“. Dabei ist eine intellektuelle Beeinträchtigung stets als Entwicklungsstörung, nicht als Krankheit zu verstehen (vgl. Došen 2018, 24). Kennzeichen für Lernbehinderung ist in der ICD-10 (Kennziffer F81.9) ein IQ-Wert von 70–84. Innerhalb dieser Arbeit wird aufgrund ihrer pädagogisch- psychologischen Ausrichtung mit Ausnahme des gesetzgebenden Kontextes der Begriff der Intellektuellen Beeinträchtigung (IB) verwendet.

Orientiert an Piagets Theorie zur „kontinuierlichen Entwicklung mentaler Fähigkeiten bei Kindern“ (Došen 2018, 22) geschieht die Einordnung intellektuell beeinträchtigter Kinder und Erwachsener innerhalb der zugehörigen kognitiven Entwicklungsphasen: Bis 2 Jahre sensomotorisch, 2 bis 4 Jahre präoperational, 4 bis 7 Jahre prälogisch und 7 bis 12 Jahre konkrete Operation, logisch (vgl. Došen 2018, 23). Im Bereich der Intelligenztestung ist jedoch zu beachten, dass IQ-Tests insbesondere in unteren Bereichen der Intelligenz „nur sehr eingeschränkt aussagekräftig“ (Dörner et

---

<sup>1</sup> Die ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems in ihrer 10. Fassung) ist das aktuell gültige medizinische Klassifikationsschema in Deutschland.

<sup>2</sup> 5. Fassung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

<sup>3</sup> Hier ist IB dem „Kapitel Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung“ (Došen 2018, 21) zugeordnet.

<sup>4</sup> Die ICD 11 befindet sich noch in der Bearbeitungs- und evaluationsphase. Die Inhalte werden teilweise noch kontrovers diskutiert (vgl. Schellong et al. 2019, 733). Alle in dieser Arbeit angegebenen Literaturverweise zu Kennziffern der ICD 11 beziehen sich auf die online einsehbare Version 4/19 (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>).

<sup>5</sup> Die ICD-11 ordnet IB der Kategorie „Mental, behavioral or neurodevelopmental disorders“ (ICD-11 6A) zu.

al. 2017, 101) sind, da auf Grund des Einflusses der Umweltfaktoren auf die Intelligenzentwicklung keine Normalverteilung gegeben ist (vgl. Dörner et al. 2017, 100) und die Testpersonen zusätzlich überdurchschnittlich häufig interaktionale Probleme aufweisen (vgl. Dörner et al. 2017, 101).

### 2.1.1 Prävalenz in Deutschland

Die Gesamtprävalenz (Krankheitshäufigkeit) für IB beträgt in Deutschland zwischen 1% (vgl. Häßler 2014, 159) und 3% (vgl. Sappock et al. 2010, 827). Zweifelsfrei ist sie dabei „von den Erfassungs- und Definitionskriterien“ (Häßler 2014, 159) abhängig. Internationale Prävalenzangaben liegen im Bereich zwischen 0,6 und 1,83%. (vgl. Häßler 2014, 159). Das Verhältnis des Einflusses genetischer- und Umweltfaktoren auf die Intelligenzentwicklung liegt bei 45-80% zu 20-55% (vgl. Mayer/ Lutz 2017, 253). Dabei spielt der „Grad der Industrialisierung eines Landes“ (Dörner et al. 2017, 105) für die Prävalenz eine wichtige Rolle. Es „besteht international Einigkeit darüber, dass bildungsferne soziale Schichten hier überproportional oft vertreten sind“ (Dörner et al. 2017, 106), sodass sich neben genetischen auch psychosoziale Faktoren deutlich ätiologisch überlagern.

Innerhalb der Gruppe besteht folgende relative Häufigkeitsverteilung der Schweregrade: „leichte Intelligenzminderung 85%, mittelgradige Intelligenzminderung 10%, schwere Intelligenzminderung 4%, schwerste Intelligenzminderung unter 2%“ (King et al. 2009 zit. n. Dörner et al. 2017, 105).

### 2.1.2 Ätiologie

Die Ursachen für das Entstehen von intellektueller Beeinträchtigung können pränatalen (vor der 28. SSW), perinatalen (28. SSW – 7. Lebenstag) und postnatalen (nach dem 7. Lebenstag) Ursprungs sein. Als pränatale Ursachen unterscheiden Mayer und Lutz stoffwechselbedingte, genetische und umweltbedingte Faktoren sowie Intoxikationen und Hypoxien (vgl. Mayer/ Lutz 2017, 254). Als perinatale Ursachen nennen die Autoren Infektionen, Traumen und Hypoxämien. Postnatale Ursachen können infektiösen, endokrinologischen, traumatischen, neoplastischen sowie toxischen Ursprungs sein (vgl. Mayer/ Lutz 2017, 254). Alle genannten Ursachen beziehen sich auf die Schädigung des Zentralen Nervensystems (ZNS). In vielen Fällen kann ein wissendes und handelndes Umfeld in Form von Familie,

Kindertagesstätte oder Schule durch veranlasste Diagnostik und frühe Förderung „die Auswirkungen dieser Schädigungen“ (Dörner et al. 2017, 105) teilweise kompensieren. Geschieht dies nicht, werden die behinderungsspezifischen Symptome verstärkt. Wie bei einem normalintelligenten Kind in einem dauerhaft unterstimulierenden Umfeld entsteht zusätzlich eine psychosoziale Behinderung (vgl. Dörner et al. 2017, 105). Anton Došen<sup>6</sup> nennt als postnatale Ursachen zusätzlich ungünstige Umweltfaktoren in Form von sozialer und körperlicher Verwahrlosung. Durch sie kann in den sensiblen Entwicklungsperioden verschiedener Hirnfunktionen die „Aktivierung der genetischen Informationen“ (Došen 2018, 71) verhindert werden.

### 2.1.3 Komorbidität

Bei vorliegender IB besteht eine relativ hohe Komorbidität zu neurologischen Krankheiten. Ein Beispiel ist Epilepsie. Hier besteht eine Prävalenz von 6% bei leichter IB und 50% bei schwerer und schwerster IB. Die Gesamtquote liegt bei 20-26% (vgl. Dörner et al. 2017, 121). Der Begriff der Mehrfachbehinderung bezeichnet die Überschneidung mehrerer Formen von Behinderung. Multimorbidität bedeutet das Vorhandensein von zwei oder mehreren schweren Erkrankungen in einer Person (vgl. Havemann/ Stöppler 2014, 43). Multimorbidität führt dabei oft zu Polypharmazie. Die Prävalenz für schwere psychische Auffälligkeiten liegt bei 40-50% (Schanze/ Schmitt 2014, 397).

## 2.2 Lebenswelt und Sozialraum

Eine umfassende Lebensweltanalyse steht nicht im Fokus der Fragestellung, doch um im späteren Verlauf die betreffende Personengruppe ganzheitlich verstehen zu können und daraufhin pädagogische Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, seien an dieser Stelle drei Besonderheiten der Lebenswelt intellektuell beeinträchtigter Menschen genannt.

### 2.2.1 Leben in Betreuungskontexten

Das Leben erwachsener intellektuell beeinträchtigter Menschen findet größtenteils in Betreuungskontexten statt. Die in der Literatur erwähnten Zahlen zu den Wohn-

---

<sup>6</sup> Anton Došen ist emeritierter niederländischer Professor und ehemaliger Direktor und Chefarzt eines psychiatrischen Behandlungszentrums für Menschen mit IB.

formen variieren zum Teil recht stark. 2003 lebten nach Angaben der Fachverbände für Menschen mit Behinderung etwa 15% aller Menschen mit IB in stationären Wohnformen der Behindertenhilfe (vgl. Seidel 2014, 6). Rohrmann (2012, 278) gibt für das Jahr 2004 170.000 Plätze in der stationären Behindertenhilfe (Wohlfahrts- pflege) mit einer Verteilung von 82% im Heim und 12% in Außenwohngruppen und Betreutem Wohnen an. Theunissen (2010, 63) zu Folge lebten 2010 bis zu 60% dieser Menschen noch im Erwachsenenalter im Elternhaus. Nach Stöppler (2017, 143) leben Menschen mit IB aktuell häufig „nicht in kleinen Wohnformen, sondern überwiegend in der Herkunftsfamilie oder in größeren stationären Wohnformen“ der Behindertenhilfe. Viele von ihnen arbeiten in Werkstätten<sup>7</sup> und nehmen an ambulanten Freizeitangeboten teil. So sind diese Menschen ständig in direktem Kontakt zu unterstützendem pädagogischen Fachpersonal und je nach Schweregrad der Beeinträchtigung in wesentlichen Bereichen des täglichen Lebens auf dieses angewiesen. Ebenfalls häufig liegt eine gesetzliche Betreuung vor und aufgrund der erhöhten Komorbidität neurologischer Krankheiten ist die Anbindung an medizinische und psychiatrische Einrichtungen und deren Fachpersonal im Vergleich zur Normalbevölkerung hoch.

Ein Leben in Betreuungskontexten bedeutet immer auch ein Leben im Spannungsfeld von Hilfe und Selbstbestimmung, Bevormundung und Teilhabe. Auch intellektuell beeinträchtigte Kinder erleben in ihrer Lebenswelt oftmals besondere und engmaschige pädagogische Betreuung und Förderung.

### 2.2.2 Isolation, Status, Stigmatisierung

Durch ihren isolierten<sup>8</sup> Lebensraum, oftmals inklusive persönlicher Formen von Isolation innerhalb der Familie oder anderer Gruppen sowie ihrem Status als Schwerbeschädigte und auf Hilfe angewiesene Personen sind intellektuell beeinträchtigte Erwachsene vermehrt von Stigmatisierung betroffen. Sie erleben sich als eine Ab-

---

<sup>7</sup> Die WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen) ist eine „Einrichtung zur Eingliederung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben und hat ihren Ursprung in den 1950er Jahren“ (Stöppler 2017, 110). In Deutschland gibt es aktuell 719 anerkannte WfbM mit insgesamt 284.000 Arbeitsplätzen, von denen 77,79% durch Menschen mit IB besetzt sind. Aktuell liegt die Vermittlungsquote auf den ersten Arbeitsmarkt bei unter einem Prozent (vgl. Stöppler 2017, 110).

<sup>8</sup> Isolation „bedeutet Getrennthalten von Dingen, Prozessen, Individuen oder Institutionen“ (Jantzen/ Meyer 2014, 38). Nach dem Lateinischen Ursprung (insula – Insel) wird etwas zur Insel gemacht und damit vieldimensional von der Umgebung (dem Festland) getrennt. Isolation betont dabei „ein relationales Gefüge zwischen Individuum und gesellschaftlicher Umwelt“ (Jantzen/ Meyer 2014, 38).

weichung von der Normalität und der inhärente Machtanspruch dieser Normalität verdeutlicht ihre Unzulänglichkeit (vgl. Herz 2014, 171).

### 2.2.3 Besondere soziale Netzwerke

Die genannten Aspekte spiegeln sich auch in den Besonderheiten sozialer Netzwerke von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung wider. Christoph Heckmann führt hier folgende Attribute an: Die betroffenen Personen verfügen oftmals über kleinere und dichtere soziale Netze als die Vergleichsgröße. Außerdem ist die Anzahl der Vertrauenspersonen und Freunde häufig geringer, meist stammen diese aus dem häuslichen Umfeld der Personen oder gehören ebenfalls zur Gruppe der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Abgesehen vom sie umgebenden Fachpersonal und ihrer Familie verfügen diese Menschen oft nur über wenige unterstützende Personen. Sie leben weniger in Partnerschaften und häufiger in Wohngemeinschaften (vgl. Heckmann 2012, 120).

## 2.3 Rahmenbedingungen der pädagogischen Arbeit

Die pädagogische Arbeit mit der Bezugsgruppe geschieht hauptsächlich in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit. Daneben bestehen Angebote wie Tagesgruppen, familienunterstützende Dienste, Beratungsstellen sowie Erwachsenenbildung und auch im klinischen Bereich gibt es pädagogische Fachkräfte. Die pädagogischen Mitarbeiter\*innen gehören meistens folgenden Professionen an: Heilpädagogik, Heilerziehungspflege, Sonderpädagogik, Sozialarbeit, Erziehung und Bildung. Der Betreuungsschlüssel richtet sich nach der jeweiligen Angebotsstruktur sowie der Anzahl der Klient\*innen und deren Hilfebedarf.

## 3 Der beeinträchtigte Mensch mit psychischen Problemen

Aufgrund der pädagogischen Ausrichtung dieser Arbeit wird der Fokus in diesem Kapitel auf das holistische Verstehen der betroffenen Person und ihrer psychosozialen Entwicklung gelegt. Die konkrete psychologische Diagnostik und Behandlung bleibt aufgrund des Umfangs dieser Thesis weitgehend unbeachtet.

### 3.1 Prävalenz, Ätiologie, Komorbidität

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind „viel stärker von der Umgebung abhängig als nicht beeinträchtigte Menschen“ (Došen 2018, 25). Folglich können diese Menschen durch Umweltveränderungen relativ schnell aus dem psychischen Gleichgewicht geraten. Gleichzeitig verfügen sie über direkten Zugang zu professioneller Hilfe (vgl. Došen 2018, 25). In der ICD-10 schätzt die WHO „die Häufigkeit psychischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung dreiviermal höher ein als bei der ‚Normalbevölkerung‘“ (Dörner et al. 2017, 108). Demzufolge leidet etwa jeder dritte Mensch mit IB an einer psychischen Erkrankung (vgl. Sappok et al. 2010, 827). Die erhöhte psychiatrische Morbidität ist anhand einer erhöhten Vulnerabilität<sup>9</sup> zu erklären. Dabei liegen externe und interne Faktoren vor. Die persönliche psychische Verletzlichkeit wächst mit der Intensität der psychosozialen und organischen Beeinträchtigung (vgl. Dörner et al. 2017, 108). Auch die Größe der Wohneinrichtung, in der eine Person lebt, kann ihre Vulnerabilität beeinflussen (vgl. Dörner et al. 2017, 109). Forschungen zum Deprivationssyndrom<sup>10</sup> verdeutlichen dies. Hinzu kommt, dass externe und interne Bewältigungsstrategien<sup>11</sup> für Menschen mit IB kaum zugänglich sind (vgl. Dörner et al. 2017, 108).

Insgesamt zeigt sich, dass die Prävalenz von verschiedenen psychischen Erkrankungen bei dieser Personengruppe unterschiedlich hoch ist. Während „Autismusspektrumstörungen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und schizophrene Psychosen“ (Sappok et al. 2010, 827) im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung wesentlich häufiger auftreten sind vor allem Abhängigkeitserkrankungen deutlich seltener. Besonders häufig kommen „Fremd- und Autoaggressionen, hyperaktive, depressive, zwanghafte Verhaltensweisen“ (Frei 2001, 9) und Kontaktstörungen vor.

---

<sup>9</sup> Zur Vertiefung der erhöhten Vulnerabilität siehe Anhang I

<sup>10</sup> Deprivationssyndrom, oder auch psychischer Hospitalismus meint körperliche und psychische Folgeerscheinungen bei Personen, denen „die für ihre Entwicklung notwendigen kommunikativen und sozial interaktiven Prozesse vorenthalten“ (Haveman/ Stöppler 2014, 137) wurden, was zu seelischen, körperlichen und psychischen Folgeschäden führen kann. Swaab beschreibt, dass betroffene Kinder einen kleineren präfrontalen Cortex haben (vgl. Swaab 2010, 50 n. Haveman/ Stöppler 2014, 138)

<sup>11</sup> Beispiele für externe Bewältigungsstrategien: „Kompensation durch Konsum, Sport, Kunst, Bildung, Freizeitaktivitäten“ (Dörner et al. 2017, 108). Interne Bewältigungsstrategien sind z.B. „Introspektion und Sublimierung“ (Dörner et al. 2017, 108).

## 3.2 Psychiatrisch- psychologischer Behandlungsapparat

Die psychologisch-psychiatrische Angebotsstruktur für Menschen mit IB ist in Deutschland noch immer unzureichend. Bei einer Mindestanzahl von 810.000 Menschen mit IB (1% der Bevölkerung), von denen 40-60% betroffen sind (vgl. Schanze/Schmitt 2014, 397) ist ein Bestand von 500 Betten für den stationär-psychiatrischen Aufenthalt bundesweit nicht ausreichend (vgl. Schanze/Schmitt 2014, 396). Die ambulante Betreuung geschieht derzeit über die Spezial-PIAs (Psychiatrische Institutsambulanzen), deren Anzahl in den letzten Jahren gewachsen ist. Diese PIAs versorgen pro Quartal etwa 6.900 hilfebedürftige Menschen (vgl. Schanze/Schmitt 2014, 398). Teilweise werden Betroffene auch von niedergelassenen Psychiatern\*innen, Neurolog\*innen oder Hausärzt\*innen versorgt.

### 3.2.1 Besonderheiten: Verhaltensauffälligkeiten und Rituale

Der Erstkontakt mit einer psychiatrischen Klinik oder mit ambulanten Psychiatern\*innen/ Neurolog\*innen geschieht häufig aufgrund von beobachteten Verhaltensauffälligkeiten, mit denen das Betreuungssystem überfordert ist (vgl. Dörner 2017, 113). Dieses auffällige Verhalten gilt „als wesentliches Problem in der Versorgung“ (Došen 2018, 14) von Menschen mit IB, was sich in der literarischen Vielfalt zu diesem Thema niederschlägt. Dabei finden Begriffe wie ‚Verhaltensstörung‘, ‚Verhaltensauffälligkeit‘, ‚Problemverhalten‘, ‚Challenging Behaviour‘, ‚störendes Verhalten‘, ‚maladaptives Verhalten‘ und ‚unangepasstes Verhalten‘ Verwendung. Gemeint ist im Allgemeinen ein Verhalten das im Bezug auf Situation und Kontext als nicht angemessen erscheint und sich insbesondere in Form von körperlicher und verbaler Fremdaggression, Destruktivität, Selbstverletzung und enthemmter Sexualität äußert (vgl. Došen 2018, 13). Eric Emerson (2001) unterscheidet hier in zwei Verhaltensgruppen<sup>12</sup>: expansiv- aggressives Verhalten und sozial störendes Verhalten. (vgl. Emerson 2001 n. Dörner et al. 2017, 113).

Im Folgenden wird der Begriff der Verhaltensauffälligkeit verwendet da er die systemische Komponente des Verhaltens mit einbezieht und weder gegenüber dem gezeigten Verhalten wertend ist, noch ungeeignet Verantwortung suggeriert. Es

---

<sup>12</sup> nach Emerson (2001 n. Dörner et al. 2017, 113) handelt es sich bei Verhaltensauffälligkeiten um „kulturell unangemessenes Verhalten von einer Intensität, Häufigkeit und Dauer, dass die physische Sicherheit der Person oder anderer ernsthaft gefährdet“ (Emerson 2001, 3 zit. n. Dörner 2017, 113) oder um ein Verhalten, das zu Ausschluss von Gemeinschaft und Angeboten führt.

bleibt zu beachten, dass Verhaltensauffälligkeiten weder mit psychischen Störungen gleichzusetzen (vgl. Došen 2018, 14) sind, noch bei Menschen mit IB als ‚wesensbedingt‘ (vgl. Theunissen 2011, 56) gelten können. Bösebeck zufolge besteht zwischen Verhaltensauffälligkeiten und IB eine sehr hohe Komorbidität. In einem Wohnheim für Menschen mit IB und Mehrfachbehinderungen lagen bei etwa 49% der Bewohner Verhaltensstörungen vor (vgl. Bösebeck 2017, 159).

In der Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten spielen neben verschiedenen Entwicklungsfaktoren (vgl. Došen 2018, 19) auch fehlende Bewältigungsstrategien eine Rolle (vgl. Störmer 2014, 258). Theunissen nennt zusätzlich körperliche Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Dysfunktion des ZNS, genetisch und biologisch bedingte Störungsbilder sowie „inadäquate Umweltbedingungen und Erziehungspraktiken, fehlende protektive Faktoren durch schädlich frühe Sozialisationsbedingungen“ (Theunissen 2011, 57) als ursächliche Bedingungen. Unter Berücksichtigung der emotionalen- und Persönlichkeitsentwicklung wird das Entstehen von Verhaltensauffälligkeiten nachvollziehbar (vgl. Abschnitt 3.3.3). An dieser Stelle soll die knappe Erklärung genügen, dass ‚normales‘, adaptives Verhalten durch eine gelingende Interaktion mit der Umwelt entsteht. Kann aufgrund von ungünstigen Voraussetzungen jeglicher Art ein solches adaptive Verhalten nicht gelernt werden, entsteht unangepasstes (maladaptives) Verhalten als ein Bewältigungsversuch. Dieser Prozess beginnt meist früh in der Kindheit (vgl. Dörner et al. 2014, 117). Da Menschen durch Erfahrungen lernen verfestigt sich erlerntes angepasstes wie unangepasstes Verhalten immer dann wenn es zu Entspannung führt. Stresssituationen<sup>13</sup> und Lebensphasen mit erhöhtem Stresslevel wie die Pubertät können zu Symptomverstärkung führen (vgl. Dörner et al. 2014, 117). Wie Kapitel 4 zeigen wird, bedeuten traumatische Erlebnisse ebenfalls extremen Stress. Fehlinterpretationen und entsprechende Handlungsweisen anderer Menschen können die Symptomatik verstärken.

In der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Menschen mit IB ist außerdem die Unterscheidung zwischen Zwangsstörungen und Ritualisiertem Verhalten geboten. Während Zwangsstörungen Handlungen bezeichnen, die „sich immer wieder wiederholen und so letztlich zu einer Handlungsunfähigkeit im Alltag führen können“ (Störmer 2014, 128), unterstützen Rituale die Entstehung von alltäglicher

---

<sup>13</sup> Stress kann dabei auch interne, körperliche Ursachen wie Schmerz oder körperliche Beeinträchtigung haben (vgl. Dörner et al. 2014, 117)



Handlungsfähigkeit, auch wenn diese Rituale auf den Außenstehenden mitunter zwanghaft wirken.

## 3.2.2 Grenzen der „normalen“ Psychotherapie

### 3.2.2.1 Diagnostische Probleme

Die Schwierigkeiten einer psychologischen Diagnostik bei Menschen mit IB gründen teilweise in der Interpretation der gezeigten Symptome. Da sich ihre Symptomatik von derjenigen nicht beeinträchtigter Menschen unterscheidet und gleichzeitig einzelne Symptome eine ganz andere Bedeutung haben, können ist eine korrekte Deutung der gezeigten Symptome enorm erschwert (vgl. Došen 2018, 16). Došen nennt hier beispielhaft „aggressives Verhalten bei Depressionen [als] Äußerung von basaler Verstimmung [und] zwanghaftes Handeln [als] Zeichen von großer Spannung oder Angst“ (Došen 2018, 16). Die erhöhte psychische Komorbidität kann zusätzlich zu Überlagerungsphänomenen und Fehldeutungen führen (vgl. Dörner et al. 2017, 111). In der Diagnostik erschwerend wirken außerdem der intellektuelle Entwicklungsrückstand samt der mit diesem verbundenen Kommunikationsschwierigkeiten<sup>14</sup>, die psychosoziale Maskierung in Form von „Verarmung der Symptomatik<sup>15</sup>“ (Došen 2018, 17), die durch Stress auslösbare kognitive Verschlechterung inklusive regressiven Verhaltens und die in Folge von minimaler Belastung auftretenden enormen Verhaltensveränderungen (vgl. Sovner/ Hurley 1986, 45-46).

Seitens der professionellen psychologisch-psychiatrischen Ebene werden diese Schwierigkeiten durch abrechnungstechnische Zwänge und das geringe Aufkommen von Zeit und Expertise intensiviert (vgl. Dörner et al. 2017, 134). Häufige Folge sind oberflächliche- und Fehldiagnosen (vgl. Došen 2018, 91), in vielen Fällen verschleiert durch ein aggressives Erscheinungsbild (vgl. Dörner et al. 2017, 118).

### 3.2.2.2 Probleme in der Behandlung

Auf eine problematische Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit IB folgt logischerweise eine problematische Behandlung. Durch Fehldiagnosen, aber auch dadurch dass erfolgversprechende Psychotherapien selten und stattdessen

---

<sup>14</sup> sprachgebundene Symptome (akustische Halluzinationen etc.) können z.B. schlecht artikuliert werden.

<sup>15</sup> Z.B. mangelnde Ausdrucksformen für depressive Gefühle oder extremer Überforderung (vgl. Došen 2018, 16).

vermehrt Medikamente verordnet werden (vgl. Dörner 2017, 119), obwohl die Wirkung von Neuroleptika „auf fremdaggressives oder selbstverletzendes Verhalten nicht evidenzbasiert ist“ (Dörner et al. 2017, 119), dafür aber ein erhöhtes Risiko für Nebenwirkungen besteht, (vgl. Dörner et al. 2017, 120) wird die Situation der Betroffenen noch verschärft. Hinzu kommt, dass sowohl Diagnostik als auch Behandlung eindimensional auf die psychologisch-psychiatrische Profession ausgelegt sind. Das Umfeld bleibt weitgehend unbeteiligt, kann nicht entsprechend reagieren und ist weiterhin mit dem gezeigten Verhalten überfordert. Angepasste pädagogische Unterstützung ist im alltäglichen Lebensumfeld ohne das Wissen um die eigentliche Problematik schwer möglich.

### 3.3 Das entwicklungsdynamische Modell nach Anton Došen

Došen stellte zum ganzheitlicheren Verständnis psychischer Probleme bei Menschen mit IB erstmals 1990 und nach weiteren Forschungen erneut 2007 „das Schema der emotionalen Entwicklung<sup>16</sup> kurz SEO“ (Kolb 2014, 43) vor, dem dieses Kapitel gewidmet ist.

„Störungen der psychischen Gesundheit bei Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung unterscheiden sich aufgrund unterschiedlicher biologischer Voraussetzungen und spezieller Lebensbedingungen in mancherlei Hinsicht von denen nicht beeinträchtigter Personen“ (Došen 2018: 26).

Dementsprechend warnen viele Forscher vor dem ausschließlichen oder unkritischen Gebrauch der operationalisierten diagnostischen Systeme des ICD und DSM zur Diagnose bei Menschen mit IB (vgl. Schmidt 2014, 34; vgl. Došen 2018, 39). Um die Komplexität der psychischen Gesundheit dieser Menschen zu verstehen und ihr in Diagnostik, Behandlung und in der pädagogischen Arbeit gerecht zu werden, ist ein holistischer Zugang nötig (vgl. Došen 2018, 3). Durch diesen Zugang entsteht ein komplexes Verständnis über die Zusammenhänge, welches in einer integrativen Diagnostik sowie der darauf folgenden Behandlung und Begleitung durch die enge Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team umgesetzt werden kann.

---

<sup>16</sup> Došen's Konzept der emotionalen Entwicklung hat seit der Herausgabe seiner überarbeiteten Ausgabe 2010 in vielen Bereichen der pädagogischen und psychologischen Arbeit mit Menschen mit IB Anwendung gefunden (vgl. Kolb 2014, 43).

### 3.3.1 Vorbemerkungen

Došen versteht die emotionale Entwicklung als wesentlichen Teil der Persönlichkeitsentwicklung. Um ein ganzheitliches Bild von der Entwicklung eines Menschen zu bekommen, ist es notwendig, zunächst das entwicklungsdynamische Konzept zu verstehen. Hier werden die vier folgenden Dimensionen zueinander in Beziehung gesetzt (vgl. Došen 2018, 33): 1. Die biologische Dimension samt aller genetischen und biologischen Veränderungen und Abweichungen des ZNS sowie dessen „Wachstum und Reifung“ (Došen 2018, 52). 2. Die neurophysiologische Funktionsdimension mit ihren motorischen, sensorischen, kognitiven, sozialen und emotionalen Arbeitsbereichen. 3. Die soziale Dimension der Umgebungsbedingungen und der Interaktion mit derselbigen. Und 4. die Entwicklungsdimension, die einen sequentiellen Entwicklungsverlauf bis zu einem bestimmten Entwicklungsniveau auf dem die Entwicklung stagniert beschreibt. Diese vier Dimensionen „beeinflussen einander gegenseitig. Jede Veränderung einer Dimension hat Veränderungen der gesamten Struktur zur Folge“ (Došen 2018, 33).

Ein hirnerkranktes Baby verhält sich beispielsweise auffallend ruhig (biologische Dimension) und bekommt daher weniger Aufmerksamkeit, Anregung und Stimulation durch die Bezugspersonen (soziale Dimension). Folglich entwickeln sich die neurophysiologischen Funktionen nur eingeschränkt (Funktionsdimension), was zu einer verminderten Teilnahme an Interaktionen mit der Umwelt führen kann und damit wiederum zur verminderten Anregung der biologischen Voraussetzungen führt (Entwicklungsdimension). Wird nun in einer Dimension, beispielsweise durch veränderte Umgangsweisen der Eltern Entwicklung angestoßen, wirkt sich dies auch auf die anderen Dimensionen positiv aus (vgl. Došen 2018, 33). Die enge Verknüpfung der Dimensionen macht es unbedingt notwendig, eine Person mit all ihren Facetten der Entwicklung zu verstehen, um eine adäquate Aussage darüber treffen zu können, welches Verhalten und welche Bedürfnisse für diese Person als ‚normal‘ gelten, insbesondere dann wenn die Diagnose einer psychischen Störung oder unangepassten Verhaltens gestellt werden soll (vgl. Došen 2018, 38).

Došen folgt in seinen Ausführungen hauptsächlich neurowissenschaftlichen Erkenntnissen von LeDoux<sup>17</sup>, Kandel<sup>18</sup> und Izard „und geht davon aus, dass sich

---

<sup>17</sup> LeDoux, Kandel und Izard sind Forscher auf dem Gebiet der kognitiven Neurowissenschaft. Sie beschäftigen sich unter Anderem mit der Entstehung und der Bedeutung von Emotionen (vgl. Došen 2018, 53).

Emotionen und Kognitionen zwar gegenseitig beeinflussen, aber in eigenständigen Hirnregionen“ (Kolb 2014, 43) „bis zu einem gewissen Grade unabhängig von einander entwickeln“ (Došen 2018, 56). Der „Einfluss der kognitiven Entwicklung“ (Došen 2018, 56) auf die entstehenden psychosozialen Eigenschaften ist dabei nicht dominant, denn erst durch die Verknüpfung von Emotionen und Kognitionen in neuronalen Prozessen entstehen soziales Verhalten und die weitere psychosoziale Entwicklung. Dabei kann eine Diskrepanz in der Entwicklung dieser beiden Systeme „zu einer disharmonischen Persönlichkeitsentwicklung“ (Došen 2018, 56) und so auch zu Verhaltensauffälligkeiten führen.

### **3.3.1.1 Biologischer Hintergrund**

Die Kognitiven Neurowissenschaften definieren Emotionen „als Gehirnprozesse, die die Bedeutung von internen und externen Stimuli bestimmen und eine Handlung auslösen“ (Došen 2018, 53). Die neuronalen emotionalen Systeme werden durch Überlebensbedürfnisse nach beispielsweise Nahrung oder Sozialkontakt aktiv. Dies geschieht Eric Kandel (2006) zu Folge in drei Stufen: 1. Unbewusst/ implizit bei Stress oder Gefahr, 2. als physiologische Reaktion (autonomes Nervensystem), 3. als bewusstes Erleben durch beispielsweise Angst (vgl. Kandel 2006 n. Došen 2018, 54). Dabei wird die 3. Stufe nicht immer erreicht. Das Thema Stress wird an anderer Stelle (vgl. Abschnitt 4.2.1) im Themenkomplex Trauma noch einmal bedeutsam. LeDoux unterscheidet diesbezüglich zwischen der ‚low road‘ und der ‚high road‘ der Emotionen (vgl. LeDoux 1996 n. Došen 2018, 54). Über die ‚low road‘ der Emotionen wird über einen Stressalarm eine Stressreaktion ausgelöst: Ein Reiz gelangt vom Thalamus in die Amygdala und von dort aus „direkt in den Hypothalamus“ (Došen 2018, 54), der das autonome Nervensystem über die HPA- Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) direkt aktiviert. Diese Reaktion ist unbewusst und verläuft sehr schnell. Der Kortex bleibt unbeteiligt. Auf der ‚high road‘ der Emotionen wird der Hippocampus in die Bewertung des Reizes mit einbezogen und leitet dies an den präfrontalen Kortex weiter. Hier erst gelangen die Prozesse und Gefühle ins Bewusstsein und es kann bewusst geplantes Verhalten entstehen (vgl.

---

<sup>18</sup> Kandel entdeckte 1998 die Gen-Expressivität. Durch Erfahrungslernen werden neuronale Schaltkreise zwischen den Nerven geknüpft, die dann wiederum Verhalten erzeugen. Sind diese Schaltkreise durch viele Wiederholungen einmal entstanden, kann das zugehörige Verhalten auch durch ähnliche Reizkonstellationen ausgelöst werden (vgl. Došen 2018, 35). Das verdeutlicht die Untrennbarkeit von mentalen und biologischen Prozessen.

Došen 2018, 55). Wenn nun der präfrontale Kortex geschädigt ist oder unreif (junge Kinder) oder wie bei Menschen mit schwerer IB einen Reifungsrückstand aufweist, ist er „nicht in der Lage, die Signale, die von der Amygdala und dem Hippocampus eingehen, adäquat zu verarbeiten“ (Došen 2018, 55) und eine entsprechende Verhaltensreaktion einzuleiten. Dies ist insbesondere im Kontext von Stressempfindlichkeit und Traumaverarbeitung relevant (vgl. Abschnitt 4.2.1.2).

Die Verortung von unterschiedlichen Emotionen in Gehirnregionen ist ebenfalls interessant, da eine ausgewogene Aktivität positiver und negativer Emotionen für die psychische Entwicklung notwendig ist (vgl. Došen 2018, 56). Während die Amygdala zumindest bei Stress hauptsächlich mit negativen Emotionen wie Angst oder Wut in Zusammenhang gebracht wird, werden positive Emotionen wie Empathie, Vertrauen und Freude eher durch den präfrontalen Kortex oder das Striatum koordiniert (vgl. Došen 2018, 56). Auch hier haben Reifungsrückstände Konsequenzen auf die Entwicklung.

### **3.3.1.2 Emotionale und Soziale Entwicklung**

Došen zufolge verlaufen die soziale, die emotionale und die kognitive Entwicklung bei Kindern mit IB häufig nicht parallel. Durch die Verknüpfung von kognitiver und emotionaler Entwicklung entsteht im Normalfall die „Bewusstwerdung des eigenen Daseins als [erster] Schritt zur Formung der Persönlichkeit“ (Došen 2018, 56). In einem späteren Schritt geschieht mit der „Bewusstwerdung über die Existenz von anderen“ (Došen 2018, 56) die soziale Entwicklung. Verlaufen emotionale und kognitive Entwicklung jedoch nicht parallel, kann dies negativen Einfluss auf die Persönlichkeits- und die soziale Entwicklung haben. In einer ganzheitlichen Betrachtung der Entwicklung muss dies Beachtung finden, um „das emotionale Niveau und daran gekoppelte basale emotionale Bedürfnisse“ (Došen 2018, 57) überhaupt erst erkennen zu können.

### **3.3.2 Die Phasen der emotionalen Entwicklung**

Došen geht von einem „phasischen Verlauf der emotionalen Entwicklung aus“ (Došen 2018, 60) und gliedert die emotionale Entwicklung für den Altersbereich von 0-12 Jahren in fünf Phasen. Gekoppelt werden biologische und psychosoziale Entwicklungsaspekte. Theoretisch bezieht sich Došen auf neurophysiologische-,

neuropsychologische-, kognitive-, psychodynamische und „Theorien der Entwicklung des Selbst, Bindungstheorien, Entwicklungskonzepte des Ichs sowie soziale Entwicklungstheorien“ (Došen 2018, 58).

Aus jeder Phase ergeben sich entsprechende Persönlichkeitsstrukturen, Bedürfnisse sowie adaptives und bei schlechten Umweltbedingungen maladaptives Verhalten. Zusätzlich werden mit ansteigender Komplexität der Persönlichkeitsstrukturen auch komplexere psychische Störungsbilder möglich. Im Folgenden werden diese 5 Phasen beschrieben. Im Anhang finden sich darüber hinaus tabellarische Ansichten zu phasentypischen basalen Bedürfnissen (Anhang 2), maladaptiven Verhaltensweisen (Anhang 3) und psychiatrischen Störungsbildern (Anhang 4).

*Tabelle 1: Die Phasen der emotionalen- und Persönlichkeitsentwicklung*

<b>Alter</b>	<b>Phase</b>	<b>Persönlichkeitsstruktur</b>	<b>Moralische Entwicklung</b>
0-6 Monate	Adaption	Psychophysiologische Homöostase	Keine Entwicklung
6-18 Monate	Erste Sozialisierung	Bindung und basale Sicherheit	Keine Entwicklung
18-36 Monate	Erste Individuation	Selbst-Fremd-Differenzierung, objektives Selbst	Keine Entwicklung
3-7 Jahre	Identifikation	Ich-Bildung (impulsives Ich)	Autoritätskonflikt
7-12 Jahre	Realitätsbewusstsein	Ich-Differenzierung (moralisches Ich, religiöses Ich)	Individualismus (Bedürfnisse, Wünsche, Interessen)
12-17 Jahre	Zweite Sozialisierung	Kritisches Ich, ideales Ich	Interpersonale Erwartungen (soziale Systeme, soziales Gewissen)
17-25 Jahre	Zweite Individuation	Prinzipielles Ich, politisches Ich	Soziale Verträge individuelle Rechte, universelle Ethische Prinzipien

(Quelle: Došen 2018, 62)

### **3.3.2.1 Adaptionsphase (0-6 Monate)**

In der Adaptionsphase steht „die Anpassung an das extrauterine Leben“ (Došen 2018, 61) im Fokus. Die physiologischen und psychologischen Funktionen (Atmung, Verdauung, Rhythmus aus Schlafen und wach sein, Verarbeitung sensorischer Reize sowie Integration von Zeit, Raum und Personen) entwickeln und etablieren sich (vgl. Došen 2018, 61) „verknüpft mit der Reifung des ZNS“ (Došen 2018, 65). Das Baby lernt Umgebungsreize angemessen zu verarbeiten. Innerhalb der ersten zwei Le-

bensjahre bilden sich im Gehirn des Kindes „pro Sekunde bis zu zwei Millionen neue Synapsen<sup>19</sup>“ (Eagleman 2017, 14). Reifungsphasen des ZNS sind dabei immer ‚kritische Phasen‘, denn die Entwicklung des Nervensystems und seiner Funktionen ist auf eine „adäquate Stimulation durch externe Reize“ (Došen 2018, 62) angewiesen und Beschädigungen der beteiligten Hirnregionen oder Unterstimulation führen zu einem Ausfall der entsprechenden Funktionen. Durch die ‚Plastizität des Gehirns‘ können manche beschädigungsbedingten Funktionsausfälle dennoch relativ gut kompensiert werden. Ist beispielsweise das Sprachzentrum in der linken Gehirnhälfte betroffen, kann die andere Hemisphäre diesen Komplex übernehmen (vgl. Došen 2018, 62).

Neben der proximalen- und der kinästhetischen Sensorik ist die taktile Empfänglichkeit (Wahrnehmung und Verarbeitung) ab dem Zeitpunkt der Geburt gegeben (vgl. Došen 2018, 63). „Das Baby muss [aber] noch lernen, die Berührung angemessen zu verarbeiten und dadurch Freude zu erleben“ (Došen 2018, 63). Dementsprechend ist die taktile Stimulation für den weiteren Entwicklungsprozess von besonderer Bedeutung. Körperkontakt fördert die Reifung des Gehirns sowie die Produktion von Oxytocin und anderer Neuropeptiden „und führt zur Entwicklung von Bindungsverhalten beim Baby“ (Došen 2018, 63). Nach dem zweiten Lebensmonat entwickelt sich zusätzlich die visuelle und auditive Interaktion. Das Baby benötigt nun auch Stimulation durch Geräusche, Gesichtsausdrücke und Augenkontakt zur Mutter (vgl. Došen 2018, 63). Došen führt an dieser Stelle Bowlby und dessen Erkenntnisse zur Bindungstheorie an. Von Beginn „seines Lebens an sendet das Baby soziale Signale“ (Došen 2018, 64), um über die Aufmerksamkeit der Bezugsperson eine Bindung herzustellen. Bowlby (1971) nennt das Bindungsverhalten. Lächeln, Lautäußerungen und etwa ab dem 4. Lebensmonat lautes Lachen spielen dabei eine besondere Rolle und stehen in engem Zusammenhang zu taktiler Stimulation (vgl. Došen 2018, 64).

In der Adaptionphase ist die Mutter-Kind-Interaktion „bestimmend für die Regulationsentwicklung vor Arousal, Affekt, Aktivität des autonomen Nervensystems“ (Došen 2018, 64) sowie Coping (Reaktion auf Stress) und hat somit Einfluss auf „die weitere psychosoziale Entwicklung des Kindes“ (Došen 2018, 65).

---

<sup>19</sup> Ab dem 3. Lebensjahr verringert sich die Anzahl der Synapsen kontinuierlich bis zum Erwachsenenalter um die Hälfte. Nur die genutzten Synapsen bleiben erhalten (vgl. Eagleman 2017, 16).

Phasentypische adaptive Verhaltensmuster sind beispielsweise „Schlaf-Wach-Rhythmus, Essensrhythmus [...], Darmfunktion, Weinen [...], Lächeln als Kommunikation [...], sensorische Exploration und Unterscheidung“ (Došen 2018, 65) sowie Imitation und Routinen als motorische Aktivitäten.

### **3.3.2.2 Sozialisationsphase (6-18 Monate)**

In der Sozialisationsphase entwickelt sich mit der frühen sicheren und selektiven Bindung sowie der basalen Sicherheit eine erweiterte Struktur der Außenwelt samt Raum, Zeit, Personen und Objekten und ebenso die interne Selbstregulation inklusive Coping bei Stress und mit der Objektpermanenz<sup>20</sup> allmählich auch das Denken (vgl. Došen 2018, 67). Reifende Hirnareale dieser Entwicklungsphase sind die für „emotionale Erfahrungen wie Freude, Missfallen, Kontrolle von Erregung und [...] die Reaktionsorganisation auf Reize“ (Došen 2018, 65) verantwortliche und somit in Wechselwirkung mit einer sicheren Bindung stehenden rechte Hemisphäre<sup>21</sup> sowie das sekundäre System des ZNS (nach Luria<sup>22</sup>). Seine Funktion ist die „Analyse der sensorischen Erfahrungen des primären Systems und deren Integration in sein Kodierungssystem sowie die Neuorganisation [...] von Aktivitäten“ (Došen 2018, 66). Damit entwickelt das Kind ein zusammenhängendes Bild von motorischen und sensorischen Reizen und beginnt sich in seiner Umgebung und mit seinem Einfluss auf die Umwelt kennenzulernen. Piaget nennt dies die sensomotorische Phase (vgl. Piaget 1953 n. Došen 2018, 66). Innere, von aktuellen sensorischen Reizen losgelöste Gedanken und Bilder der Welt entstehen. Außerdem lernt das Kind, Fremde von Bezugspersonen zu unterscheiden.

Auch in dieser Phase nimmt die sichere frühe Bindung nach Bowlby eine wichtige Rolle ein. Sie ist die Voraussetzung dafür, dass das Kind sich traut „allmählich eine räumliche Distanz zu einer primären Bezugsperson“ (Došen 2018, 66) einzunehmen. Das Kind benötigt diese Sicherheit, um durch selbstständige Bewegung seine Umgebung erkunden zu können ohne darin durch Trennungsangst gehemmt zu werden.

---

<sup>20</sup> Došen beschreibt die Objektpermanenz als „Bewusstsein, dass die objektive Welt auch aus Gedanken und Bildern ohne direkte sensorische Wahrnehmung [...] besteht“ (Došen 2018, 66).

<sup>21</sup> „die kritische Phase [der Entwicklung liegt hier] bei 24 Monaten“ (Došen 2018, 65).

<sup>22</sup> Die Funktionen der Kortexsysteme nach Luria (1973): Im primären Kortexsystem wird ein sensorischer Reiz wahrgenommen, beispielsweise ein akustischer Reiz in Form des Wortes ‚Feuer‘ samt Intensität und Dauer des Reizes. Über das sekundäre Kortexsystem erfolgt die Erkenntnis über die Herkunft des Reizes (menschliche Stimme) und dass „das Wort eine bestimmte Bedeutung hat“ (Došen 2018, 67). Das tertiäre Kortexsystem sorgt für das Verstehen der konkreten Bedeutung des Reizes und stößt eine entsprechende Handlung an. (vgl. Bojamins 1985 n. Došen 2018, 67)



Auch für die gesunde Entwicklung gerade der rechten Hemisphäre ist eine sichere Bindung unbedingt notwendig. Später entwickelte emotionale Funktionen wie künstlerisches Erleben, Empathie, intuitives Denken, Kreativität, Spiritualität und performative Intelligenz hängen von ihr ab (vgl. Došen 2018, 65).

Typisches adaptives Verhalten sind die selektive „Bindung an eine Bezugsperson“ (Došen 2018, 67), soziales Spielen sowie Imitations- und Explorationsverhalten.

### **3.3.2.3 Individuationsphase (18-36 Monate)**

Die Individuationsphase ist geprägt von einer durch verbale Kommunikation ermöglichten größer werdenden räumlichen Distanz zwischen Kind und Bezugsperson sowie von der Entwicklung „einer einzigartigen Persönlichkeit“ (Došen 2018, 67). Das gesamte Gehirn wächst rasch und morphologisch, insbesondere entwickeln sich nun die linke Hemisphäre und nach Luria (1973), der tertiäre Kortex. Die Funktionen der linken Hemisphäre sind Sprachentwicklung, logisches und analytisches „Denken, Erklären, Begreifen“ (Došen 2018, 67) sowie wissenschaftliches und religiöses Denken. Durch die Aktivierung des tertiären Kortexsystems wird es dem Kind möglich, „seine sensorischen Erfahrungen zu kombinieren und seine motorischen Aktivitäten so zu richten, dass es Veränderungen in seiner Umgebung zielgerichtet bewirken kann“ (Došen 2018, 67). Das Kind sammelt eigene Kontrollerfahrungen über die Umgebung und kann so ein eigenes ICH entwickeln. Es beginnt, „Probleme durch Denken zu lösen“ (Došen 2018, 67), wobei sich sein Denkniveau von dem einer erwachsenen Person deutlich unterscheidet. Es ist Ego-Zentriert (auf eigene Erfahrungen), nicht reversibel und nicht flexibel. Die „Fähigkeit Schlussfolgerungen zu ziehen [oder] Ursache und Wirkung von einander zu unterscheiden“, (Došen 2018, 68) entsteht erst ab dem fünften Lebensjahr. In dieser Entwicklungsphase kommt es „zu einer Selbst-Fremd-Differenzierung bzw. zur Entwicklung eines objektiven und autonomen Selbst“ (Došen 2018, 68). Das Kind erlebt sich als ein selbstständiges Individuum mit eigenem Willen. Diesen Willen möchte es kundtun und gehört wissen. Trotziges Verhalten ist ein Ausdruck hiervon. Auch destruktives Verhalten ist in dieser Phase als Zeichen für das Verstehenwollen von Gegenständen zu verstehen.

Zudem befindet sich das Kind in einer Konfliktsituation: Die Angst die Bezugsperson zu verlieren steht dem gleichzeitigen Wunsch sich von ihr zu lösen gegenüber. Nach Bowlby bietet ein erlerntes stabiles Urvertrauen hier die Voraussetzung für

exploratives Verhalten ohne direkten Kontakt zur Bezugsperson, wodurch das Kind Zeit und Raum besser verstehen lernt (vgl. Bowlby 1971 n. Dosen 2018, 68).

Phasentypische adaptive Verhaltensweisen sind „sich selbst im Spiegel erkennen“ (Došen 2018, 68), visuelle und auditive Kommunikationsaufnahme, unrealistische Selbsteinschätzung, entstehendes Sauberkeitsverhalten und das Entdecken des eigenen Willens (vgl. Došen 2018, 68).

### **3.3.2.4 Identifikationsphase (3-7 Jahre)**

In der Identifikationsphase sind sowohl die Motorik als auch die sensorische Integration bereits ausreichend ausgeprägt. Das Kind hat gelernt, verbal zu kommunizieren, „Wahrnehmung und [...] Gefühlsleben sind recht gut entwickelt und differenziert“ (Došen 2018, 69). Das Kind erwirbt nun „die Fähigkeit zum symbolischen, intuitiven und prälogischen Denken“ (Došen 2018, 69). Noch vermischen sich Wirklichkeit und Fantasie, imaginäre und reale Erfahrungen wie auch Objekte zu einer subjektiven Welt. Dies wird magische Denkweise genannt. (vgl. Došen 2018, 69). Gleichzeitig beginnen sich in dieser Phase das Selbst und eine erste Form von Gewissen auszubilden. Das Kind bezeichnet sich selbst mit ‚Ich‘ statt mit seinem Namen. Es hegt Bedürfnisse nach Aktivität (Handlungen) und der Verantwortungsübernahme für diese Handlungen. Das Selbst ist in dieser Phase noch impulsiv. Das Kind übernimmt die Normen und Regeln seines Umfeldes und weiß welches Verhalten sozial erwünscht ist<sup>23</sup>, kann aber gleichzeitig die eigenen Emotionen noch nicht kontrollieren (vgl. Došen 2018, 69). Das sich entwickelnde Gewissen ist dabei vor allem noch durch „Angst vor Strafe“ (Došen 2018, 69) geprägt. Das Kind identifiziert sich in dieser Phase in seiner emotionalen und sozialen Entwicklung mit dem Elternteil des eigenen Geschlechts und ist in seiner Aktivität sehr am gemeinschaftlichen Erschaffen interessiert (vgl. Došen 2018, 69).

Adaptive Verhaltensweisen umfassen hier „Konflikte mit sozialen Verhaltensregeln, [...] Konflikte mit Autoritäten [und] Impulsivität“ (Došen 2018, 69). Eine unscharfe Fantasie-Wirklichkeits-Grenze und ein externes Über-Ich sind ebenfalls Ausdruck dieser Entwicklungsphase (vgl. Došen 2018, 69).

---

<sup>23</sup> Fußnote: Došen nennt das Über-Ich-Bildung.

### **3.3.2.5 Realitätsbewusstseinsphase (7-12 Jahre)**

Došen sieht diese fünfte Phase mit einem „Entwicklungsalter von [maximal] 12 Jahren als Obergrenze der psychosozialen Entwicklung von Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung“ (Došen 2018, 70) an.

Indem das Kind beginnt Ursachen und Auswirkungen seines Handelns sowie konkrete Objekte und reale Situationen in einen Zusammenhang zu bringen entstehen logisches Denken und Realitätsbewusstsein. Das Kind wird in dieser Phase „von eigenen Interessen, Wünschen und Bedürfnissen“ (Došen 2018, 69) angetrieben und ist begeistert vom eigenen Gelingen. Soziale Kompetenzen zu entwickeln ist nun von großer Bedeutung. Schule und Familie fordern als Autoritätsstrukturen gutes Verhalten. Das Kind versucht, diesen Forderungen zu genügen und eine möglichst respektierte Rolle auszufüllen. Dabei passt es sich an seine Umgebung an (vgl. Došen 2018, 69). Vertrauen, Verbundenheit mit anderen, Respekt, Loyalität und Dankbarkeit kennzeichnen diese Phase ebenso wie die Festigung religiöser und moralischer Ideen wie den „Glaube an ‚goldene Regeln‘“ (Došen 2018, 70) und die weitere Gewissensentwicklung. Das moralische Ich entsteht.

Phasentypisches adaptives Verhalten ist hier der Wunsch nach sozialer Akzeptanz und eigener Kompetenz, wobei das Ich auf das Urteil anderer angewiesen ist, aber auch das Lernen durch Vorbilder oder direkte Erfahrung. In dieser Phase können Probleme mit Aggressions- und Affektregulation auftreten. Außerdem erscheint die Zukunft weniger wichtig als die Gegenwart. Gleichzeitig kann Vergangenes die aktuelle Gefühlslage beeinflussen (vgl. Došen 2018, 70).

### **3.3.3 Zusammenhang: Emotionale Entwicklung und psychiatrische Störung**

Die Betrachtung der Entwicklungsphasen zeigt, wie sehr ein Kind in seiner Entwicklung kontinuierlich auf eine Umwelt angewiesen ist, die seinen Bedürfnissen adäquat begegnet. Auch das jeder Phase zugehörige Verhalten spiegelt diese Bedürfnisse und die jeweilige emotionale- und Persönlichkeitsentwicklung wider.

Erwachsene Menschen mit IB sind natürlich keine Kinder mehr und verfügen sowohl über Lebenserfahrung als auch einen erwachsenen körperlichen Entwicklungsstand. Beides beeinflusst ihr Verhalten. Trotzdem kommt es vor, dass diese Menschen „bei Veränderungen einer vertrauten Situation oder bei Konfrontation mit

unlösbaren Problemen“ (Došen 2018, 74) kleinkindhaftes Verhalten zeigen. Um das Verhalten und die Bedürfnisse von erwachsenen Menschen mit IB deuten, beurteilen und ihnen adäquat begegnen zu können, muss nach Došen sowohl das emotionale Niveau und das Niveau der Persönlichkeitsentwicklung als auch der physiologische Entwicklungsstand berücksichtigt werden (vgl. Došen 2018, 74). Zur besseren Übersicht und im Wissen über die starke Vereinfachung ordnet er die Schweregrade intellektueller Beeinträchtigung wie folgt den Phasen der Emotionalen- und Persönlichkeitsentwicklung zu (vgl. Došen 2018, 74):

*Tabelle 2: Schweregrade von IB und Psychosoziale Entwicklung*

	<b>IQ</b>	<b>Entwicklungsphase</b>	<b>Entwicklungsalter</b>
Schwerste IB	< 20	1 und 2	0 – 6 Monate
Schwere IB	20 - 35	3	2 – 4 Jahre
Mittelgradige IB	35 – 50	4	4 – 7 Jahre
Leichte IB	50 – 70	5	7 – 12 Jahre

Im Folgenden sollen drei weitere Besonderheiten der Bezugsgruppe Beachtung finden: Bindungsschwierigkeiten, Diskrepanzen zwischen emotionaler und kognitiver Entwicklung sowie basale Bedürfnisse, Motivation und Verhalten. Sie alle können psychische Störungsbilder zur Folge haben, werden durch unangemessene Anforderungen seitens der Umwelt intensiviert und belasten sowohl die weitere Entwicklung des Menschen als auch dessen psychische Gesundheit.

### **3.3.3.1 Bindungsschwierigkeiten**

Der Bindungsprozess gestaltet sich bei Kindern mit IB häufig problematisch. Ursachen hierfür können „eine problematische Elternschaft“ (Došen 2018, 72), eine rückständige kognitive oder emotionale Entwicklung oder die Unterbringung in einem Wohnheim sein. In der emotionalen Entwicklung kann der Bindungsprozess dabei bereits durch eine problematische Adaption und Homöostase in der ersten Entwicklungsphase negativ beeinflusst werden, was zu Stillstand oder Verlangsamung und Abweichung der weiteren Entwicklung führen kann (vgl. Došen 2018, 72). Überempfindlichkeit auf Stress und schwer herausforderndes Verhalten „mit hoher Irritabilität“ (Došen 2018, 73) können Folgen im Erwachsenenalter sein. Selbstredend ist auch die zweite Entwicklungsphase wesentlich für einen gelingenden Bindungsprozess.

Zusätzlich können einmal entstandene Probleme des Bindungsprozesses zu Problemen in den folgenden Entwicklungsphasen führen.

### **3.3.3.2 Diskrepanz zwischen kognitiver und emotionaler Entwicklung**

Die Ursachen einer Diskrepanz zwischen der kognitiven und der emotionalen Entwicklung liegen ebenfalls in den ersten Entwicklungsphasen. Neurophysiologische Funktionsstörungen können die Bildung einer sicheren Bindung stark erschweren, und auch in der Identifikationsphase zu Problemen führen. In den meisten Fällen von diskrepanter Entwicklung „ist der kognitive Entwicklungsstand höher als der emotionale. [...] [Kinder] mit bestimmten genetischen Defekten“ (Došen 2018, 75) sind besonders betroffen. Aber auch unter Autismus leidende Kinder und sozial vernachlässigte oder misshandelte Kinder weisen häufig eine diskrepante emotionale Entwicklung auf (vgl. Došen 2018, 75). Forscher führen dies auf schwache neuronale „Verbindungen zwischen den emotionalen und kognitiven Systemen“ (Došen 2018, 75) im Gehirn zurück.

### **3.3.3.3 Bedürfnisse, Motivation, Verhalten**

Die angeborenen basalen biologischen und emotionalen Bedürfnisse entwickeln sich im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung stets weiter und verändern sich (vgl. Došen 2018, 76). Die Befriedigung dieser Bedürfnisse gilt dabei als „Motor der Interaktion [...] und damit des Verhaltens“ (Došen 2018, 77). Aus dem Hunger eines Babys entsteht ein emotionaler Zustand, in Form von „Schmerz und Wut“ (Došen 2018, 82), der seinerseits Suchverhalten motiviert. Im besten Fall wird das Baby satt und wird durch Freude, Schlaf und Entspannung belohnt. Adaptives Verhalten entsteht. Wird „das Grundbedürfnis nicht erfüllt [...], entstehen Erregung, Wut oder Hemmung, Zurückgezogenheit und Vermeidung des Suchverhaltens“ (Došen 2018, 82). Maladaptives- und autoaggressives Verhalten entstehen. Positive Erfahrungen in der Bedürfnisbefriedigung wirken dabei anregend, negative Erfahrungen hemmend (vgl. Došen 2018, 77). Wiederholungen schlechter Erfahrungen führen zu stabilen Verhaltensmustern, die auch durch scheinbar neutrale Reize ausgelöst werden können (vgl. Došen 2018, 82). Der emotionale Zustand und die weitere psychosoziale Entwicklung sind eng an die Befriedigung der basalen Bedürfnisse geknüpft (vgl. Došen 2018, 77). Bei Kindern, die nicht unter einer Beeinträchtigung leiden, werden die Bedürfnisse „von selbst geregelt und befriedigt“ (Došen 2018, 77). Kindern mit IB

gelingt dies oft nur bedingt. Können ihre basalen Bedürfnisse nicht befriedigt und geregelt werden, kann die weitere Entwicklung stagnieren. So leiden manche Menschen mit schwerster Beeinträchtigung auch im Erwachsenenalter noch unter einer labilen physiologischen Regulation (vgl. Došen 2018, 78). Auch befinden sich viele dieser Menschen ihren Bedürfnissen nach Bewegung und einem wachsenden Lebensraum zuwider in einem sehr engen Lebensraum.

### 3.4 Fazit für die pädagogische Praxis

Für die pädagogische Praxis ergeben sich zwei Schwerpunkte: Die Wahrnehmung der betroffenen Person als hochkomplexes psychosoziales Wesen und die enge Zusammenarbeit mit dem psychologisch-psychiatrischen Behandlungsapparat in Diagnostik und Behandlung.

#### 3.4.1 Pädagogischer Kontext

Um die betreute Person vor allem in ihrem auffälligen und oft als störend empfundenen Verhalten besser und ganzheitlicher zu verstehen ist allem voran die Bereitschaft der Pädagog\*innen gefragt, tiefer zu blicken als auf das vermeintlich Offensichtliche. Das kann im Alltag schwer sein, denn die gemeinsame Geschichte, die eigene Anfälligkeit für Stress und das fehlende Wissen über die Komplexität psychischer Auffälligkeiten bei Menschen mit IB färben die professionelle Wahrnehmung. Um gute Arbeit leisten zu können, ist eine holistische Sichtweise aber unabdingbar, denn beispielsweise strenge oder abweisende pädagogische Reaktionen auf vermeintliche Verhaltensauffälligkeiten können zu Intensivierung der misslichen Lage der betreuten Person und damit auch zu mehr Verhaltensauffälligkeit führen. Hilfreich sind Reflexionen im Team, in der kollegialen Beratung und in der Supervision sowie Fortbildungen zum Thema.

#### 3.4.2 Multidisziplinäre Zusammenarbeit in Diagnose und Behandlung

Došen fordert aufgrund der erhöhten Komplexität psychischer Störungsbilder in der Bezugsgruppe sowohl eine integrative Diagnostik (vgl. Došen 2018, 109) als auch eine integrative Behandlung (vgl. Došen 2018, 127).

Für die integrative Diagnostik sind zwei Ebenen von Bedeutung: Die Entwicklung einer ganzheitlichen „Sicht auf das Individuum, seine Umwelt und auf die Prozesse,

die [zu den vorliegenden Problemen] geführt haben“ (Došen 2018, 115), sowie die dafür notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Betrachtung des kognitiven und des emotionalen Entwicklungsstandes bildet einen Teil dieser Diagnose. Im Anhang finden sich ein Untersuchungsschema für die Integrative Diagnostik (Anhang 5) sowie eine Grafik zum Modell der integrativen Diagnose (Anhang 6).

Die integrative Behandlung<sup>24</sup> ist in ihrer Methodik vor allem durch die Erkenntnisse „um die Entstehung der Störung“ (Došen 2018, 127) bestimmt und besteht aus der Behandlung und Begleitung der unterschiedlichen Teilaspekte durch interdisziplinäre Zusammenarbeit. Für eine knappe Übersicht siehe Anhang 7. Dabei ist zu beachten, dass die heilpädagogische Behandlung weit mehr umfasst als die bloße Begleitung des psychologischen Prozesses. Stattdessen gilt es unter Berücksichtigung vorhandener verschiedener Umwelteinflüsse „die seelische Gesundheit der betroffenen Person“ (Došen 2018, 160) zu stärken.

Aufgrund der größtenteils in Deutschland fehlenden integrativen Diagnostik und Behandlung ist die Forderung danach seitens der Pädagog\*innen eine weitere Aufgabe dieser Profession.

## 4 Das psychische Trauma und die Entstehung einer Traumafolgestörung am Beispiel der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Kontext intellektueller Beeinträchtigung

Traumatische Erfahrungen gelten für Psychiatrie und Psychologie als wichtigste ursächliche „Bedingungen für die Entstehung psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten“ (Hennicke 2015, 8). Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine dieser möglichen Folgestörungen.

In diesem Kapitel wird neben dem Themenkomplex Trauma näher auf die PTBS als die klassische Traumafolgestörung eingegangen und andere Traumafolgen und Traumafolgestörungen zu Gunsten des konkreten Verstehens der einen nur am Rande erwähnt. Die Besonderheiten bei gleichzeitigem Vorliegen einer intellektuellen Beeinträchtigung werden dabei Beachtung finden. Konkret folgen einer Trauma- und PTBS-Definition Ausführungen zu Ätiologie, Symptomatologie von Trauma und PTBS sowie deren Behandlung.

---

<sup>24</sup> Zur ausführlichen Information über die integrative Behandlung siehe Došen (2018): S. 124-160

## 4.1 Definition des Krankheitsbildes PTBS

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist wie der Name impliziert eine möglicherweise aus einer traumatischen Situation resultierende psychische Folgeerkrankung. Die mit ‚Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen‘ betitelte Kategorie F43 des ICD-10 gliederte die PTBS erstmals in den Katalog ein.

„Es wird angenommen, dass die psychischen Symptome als ‚direkte Folge der akuten schweren Belastung oder des kontinuierlichen Traumas‘ eintreten. ‚Das belastende Ereignis ... (ist) der primäre und ausschlaggebende Kausalfaktor, und die Störung wäre ohne seine Einwirkung nicht entstanden“ (Ehlers 1999, 3).

Ob aus dem Erleben einer traumatischen Situation eine Traumafolgerkrankung resultiert und ob es sich dabei gar um eine PTBS handelt, ist von verschiedenen Faktoren abhängig, die im Folgenden weiter ausgeführt werden.

Auch in der ICD-11 bleiben Stress und Trauma auslösendes Moment. Die ICD-11 ergänzt die PTBS dabei sowohl um die Komplexe PTBS als auch um die Anhaltende Trauererkrankung. Außerdem verändert sie Kennziffern und Gliederung und unterscheidet zwischen Störungen in Zusammenhang mit Stress, Problemen die aus traumatischen Situationen resultieren<sup>25</sup> und Problemen im Zusammenhang mit schlechten Startbedingungen beispielsweise in der Familie<sup>26</sup> (vgl. ICD-11). Die der vorliegenden Arbeit zugrundeliegende Literatur orientiert sich weitgehend an den aktuell gebräuchlichen Diagnosesystemen ICD-10<sup>27</sup> sowie am DSM-IV und -5<sup>28</sup>.

### 4.1.1 Definition von Trauma als auslösendem Ereignis

Die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 und DSM-5 für eine traumatische Situation unterscheiden sich geringfügig. So lautet die Definition eines traumatischen Stressors nach DSM-5 wie folgt:

„Bedrohung mit Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt in Form von:

1. direktem Erleben

---

<sup>25</sup> Der Kategorie „Problems associated with harmful or traumatic events“ (ICD-11, QE8) zugehörig sind die akute Stressreaktion (QE84), Reaktionen auf Erfahrungen von Verbrechen und Terrorismus (QE80), Katastrophen, Kriegen und Feindseligkeiten (QE81) aber auch Folgen von Misshandlungserfahrungen (QE82) und kindheitliche Angsterfahrungen (QE83) (vgl. ICD-11, 4/19).

<sup>26</sup> Kategorie QE6 thematisiert Abwesenheit, Verlust und Tod von Angehörigen, Kategorie QE7 thematisiert unterschiedliche familiäre Umstände.

<sup>27</sup> Da die 11. Fassung der ICD zwar beschlossen, aber noch nicht abschließend bearbeitet ist, finden im Folgenden nach Möglichkeit beide Fassungen Beachtung.

<sup>28</sup> Das DSM-5 trat 2013 in Kraft, weswegen die in der Praxis angewandten Diagnoseinstrumente bisher noch nicht vollständig überarbeitet wurden.



2. Miterleben bei anderen
3. Erfahren traumatischer Ereignisse bei Angehörigen/ engen Bekannten
4. Wiederholte und extreme Konfrontation mit aversiven Details traumatischer Ereignisse (z.B. in beruflichen Kontexten)“ (Schellong et al. 2019, 734)

Im Vergleich zum DSM-IV neu ist dabei die Aufnahme der sexuellen Gewalt (vgl. Röpke 2013,1), die Neuordnung sowie die Ergänzung der Symptome und die Einbeziehung traumatischer Erfahrungen in Zusammenhang mit der frühkindlichen Individualentwicklung durch den Wegfall der dem DSM-IV eigenen diagnostischen Schwelle von 6 Jahren (vgl. Wittchen 2018, 1112). Das DSM-IV Kriterium A2 über das subjektive Traumaerleben wurde gelöscht. „Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, körperlicher Angriff, Kriegseinsatz, Kriegsgefangenschaft, Geiselnahme, Naturkatastrophen, schwere Unfälle, Folter, aber auch körperliche Krankheiten oder belastende medizinische Eingriffe“ gelten laut DSM-IV als potentiell traumatisierende Erlebnisse (Ehlers 1999, 5). Das DSM-5 ermöglicht hier eine Ergänzung mit Verwahrlosung, Misshandlung und Missbrauch sowie die Ausdehnung der Personen- gruppe auf Kleinkinder. Ein traumatisches Erlebnis äußert sich nach DSM-5 in Form der vier Hauptsymptomcluster Wiedererleben, Vermeiden, anhaltende negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmung sowie Erregung (Arousal) (vgl. Wittich 2018, 1112).

Nach ICD-11 ist die Definition eines traumatischen Stressors breiter gefasst: Hier handelt es sich um ein „extrem bedrohliches oder erschreckendes Ereignis bzw. Ereignisse“ (Schellong et al. 2018, 734). Der Hauptunterschied zwischen beiden diagnostischen Systemen besteht jedoch in der Gewichtung der Symptome. So legt die ICD-10/11 ihren Schwerpunkt auf die Symptome des Wiedererlebens, während das DSM-5 die Vermeidungs- und Taubheitssymptome betont (vgl. Schellong et al. 2018, 734).

Der Traumabegriff findet in der Literatur umfangreiche Beachtung und Erweiterung. So kann es sich bei einem Trauma um ein konkretes, alleinstehendes Ereignis (vgl. Fischer/ Riedesser 2009 n. Molina 2018, 22) oder einen anhaltenden Prozess handeln (vgl. Becker 2006 n. Molina 2018, 24). Leonore Terr (1991) unterscheidet zwischen einmaligen (Typ 1<sup>29</sup>) und sich wiederholten oder langfristigen

---

<sup>29</sup> Beispiele für Trauma Typ-1 sind: Überfall, Unfall, Operativer Eingriff, schwere Erkrankung, längerfristige Trennung, Verbrennung, Naturkatastrophe (vgl. Terr 1991, n. Purtscher-Penz 2015, 96).

traumatischen Erlebnissen (Typ 2<sup>30</sup>) (vgl. Terr 1991 n. Molina 2018, 28), Fischer und Riedessers Bezeichnungen der Mono- und Polytraumatisierung (vgl. Fischer/ Riedesser 2009, n. Molina 2018, 28) ähneln diesen. Als Beispiel für Polytraumatisierung sei das Zusammenspiel von Vernachlässigung, Gewalterfahrungen, Ausgrenzung und häufigem Wechsel von Bezugspersonen genannt. Des Weiteren wird unterschieden, ob eine traumatische Situation ohne menschliches Einwirken entstanden ist wie etwa eine Naturkatastrophe, oder ob sie durch den Menschen oder vielleicht sogar durch eine Bezugsperson verursacht wurde (vgl. Molina 2018, 29). Diese werden auch ‚man-made-desasters‘ genannt und wirken sich vor allem in kritischen Entwicklungsphasen besonders negativ auf die emotionale und kognitive Entwicklung aus (vgl. Abschnitt 3.3.2). Schließlich spielen die Intensität des Traumas (vgl. Molina 2018, 29) sowie die Verarbeitungsmöglichkeiten der traumatisierten Person und ob diese Verarbeitung isoliert oder innerhalb von Gemeinschaft geschieht eine große Rolle (vgl. Molina 2018, 31).

Die Unterscheidung von Makro- und Mikrotraumata der positiven Psychologie nach Pesechian (2012) ist im Kontext der Bezugsgruppe ebenfalls interessant. Während als Makrotraumata „konkrete, identifizierbare überwältigende Situationen“ (Molina 2018, 31) verstanden werden, bezeichnen Mikrotraumata unscheinbar erscheinende Verletzungen, die aber „gravierende zwischenmenschliche Erfahrungen“ (Molina 2018, 30) sind. Vor allem Kinder, aber auch erwachsene Menschen in Betreuungskontexten sind hier gefährdet. Als Beispiele nennt Molina andauernde Entwertung und Erniedrigung die sich verbal oder durch Liebesentzug äußert ebenso wie Fütterungszwang, Überforderung, Drohungen, Strenge und „die Ignoranz von Bedürfnissen“ (Molina 2018, 32). So stört Mikrotraumatisierung die Selbstwertung, die Bildung des Selbstwertes und das Entstehen einer sicheren Bindung (vgl. Abschnitt 3.3.2). Glasenapp (2015, 24) bezeichnet einen solchen Kontext als ‚Invalidierendes Lebensumfeld‘. Ein Beispiel für frühe Traumatisierung ist das eines Säuglings, „dessen Bedürfnis nach Nahrung, Zuwendung und Geborgenheit nur unzuverlässig beachtet wird“ (Senckel 2008, 1). Der Säugling erlebt existenzielle Bedrohung und hilfloses Ausgeliefertsein. Da sich sein „Selbst- und Weltverständnis“ (Senckel 2008, 2) und auch die erste sichere Bindung zu diesem Zeitpunkt noch im

---

<sup>30</sup> Beispiele für Trauma Typ-2 sind: Vernachlässigung, emotionaler oder sexueller Missbrauch, Misshandlung, chronische Traumatisierung (Krieg, Folter, Flucht) und existentieller chronischer Mangel (Hungersnot) (vgl. Terr 1991 n. Purtscher-Penz 2015, 96).

Aufbau befindet wird dieser Prozess fundamental gestört. Frühe psychische Störungen können die Folge sein.

Bei alldem bleibt zu beachten, „dass nicht immer eindeutig ist, welche Ereignisse und Zustände von einer [...] Person [mit IB] wirklich als traumatisch erlebt werden“ (Došen 2018, 363).

#### 4.1.2 Definition PTBS

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine protrahierte Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis oder ein kontinuierliches Trauma (ICD-10 F43.1/ ICD-11 6B41). Diese Reaktion ist nicht krankhaft, sondern ein zweckdienlicher Versuch des Organismus, um die traumatische Situation und ihre Folgen zu überstehen. Dieser Zusammenhang wird im Verlauf dieses Kapitels näher erörtert. Nach ICD-10 ist der Verlauf der PTBS wechselhaft. Während meist mit einer Heilung gerechnet werden kann, nimmt die Störung in wenigen Fällen „einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über“ (ICD-10 F43.1).

#### 4.1.3 Symptome der PTBS<sup>31</sup>

Kernsymptome der PTBS sind nach DSM-5 und ICD-11 Wiedererleben, Vermeiden, Erregung (Arousal) sowie im DSM-5 zusätzlich anhaltende negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmungen (vgl. Wittich 2018, 1112). Aus diesen Symptomen folgen „Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können“ (ICD-10 F43.1), sowie Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Angst, Depression und Suizidgedanken (vgl. ICD-10 F43.1). An dieser Stelle ist anzumerken, dass die in der aktuellen Fassung der ICD-11 enthaltenden PTBS-Symptome kontrovers diskutiert werden. Es ist durchaus möglich, dass mit Inkrafttreten der ICD-11 eine Verschiebung der Gruppe der von PTBS Betroffenen einhergeht (vgl. Schellong et al. 2018, 733).

Es ist anzunehmen, dass Menschen mit IB unter den gleichen Symptomen leiden wie Menschen ohne IB (vgl. Rießbeck, 2013, 209). Auch wenn bisher keine Studien zu dieser Thematik vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass das

---

<sup>31</sup> Da die Symptome der PTBS sehr eng mit der Entwicklung und Verfestigung des Krankheitsbildes verbunden sind, werden sie in Abschnitt 4.3 ausführlich behandelt. Eine Übersicht über die Symptombereiche bietet Anhang 8.

Störungsbild im Vergleich bei Menschen mit IB komplexer ist (vgl. Rießbeck 2013, 210). Došen führt als anzeigende Symptome „unangepasstes Verhalten, Störungen vegetativer Funktionen, dissoziative Symptome und Äußerungen von Angst und Panik in bestimmten Situationen“ (Došen 2018, 363) an.

#### 4.1.4 Komplexe PTBS

Die komplexe PTBS kann als eine Steigerungsform der PTBS verstanden werden. Sie kann wie die PTBS auf Grund einmaliger oder anhaltender traumatischer Erfahrungen ohne Aussicht auf Entkommen entwickelt werden. Die ICD-11 nennt hier „torture, slavery, genocide campaigns, prolonged domestic violence, repeated childhood, sexual or physical abuse“ (ICD-11 6B41). Die Symptome der PTBS werden bei der komplexen PTBS durch Probleme in der Affektregulation, einen extrem und vielschichtig herabgesetzten Selbstwert<sup>32</sup> sowie Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen und darin, sich anderen nahe zu fühlen ergänzt (vgl. ICD-11 6B41). Auch im Verlauf der komplexen PTBS entstehen symptombedingt Folgeprobleme in Familie, Beruf und anderen sozialen Kontexten.

#### 4.1.5 Prävalenz von PTBS

Nach allen bekannten Studien erlebt die Mehrheit der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens mindestens ein Trauma. Auch wenn die Zahlen je nach gewählten Kriterien und geographischer Eingrenzung im Vergleich miteinander stark variieren, bleiben allgemeine Tendenzen für die Weltbevölkerung bestehen. So fanden Stein et al. 1997 beispielsweise mit den DSM-IV Kriterien heraus, dass 81% der Männer und 74% der Frauen in den USA bis zum Zeitpunkt der Studie mindestens einem traumatischen Erlebnis in ihrem Leben ausgesetzt waren (vgl. Stein et al. 1997 n. Ehlers 1999, 7). Nicht jedes traumatisierende Element löst jedoch eine PTBS aus (vgl. Sachsse 2009, 104). Vielmehr werden 85% aller Traumata integriert, ohne dass eine psychische Störung entsteht (vgl. Sachsse 2009, 105).

Das Lebenszeitrisiko für PTBS in Deutschland liegt bei 2-4%, verglichen dazu in den USA bei 5-10%. Die Unterschiede hierbei sind durch die unterschiedliche Traumaprävalenz in den Ländern erklärbar (vgl. Linden/ Hautzinger 2011, 512). Die

---

<sup>32</sup> Konkret nennt die ICD-11 hier „beliefs about oneself as diminished, defeated or worthless, accompanied by feelings of shame, guilt or failure related to the traumatic event“ (ICD-11 6B41).

jeweils bedingte Wahrscheinlichkeit<sup>33</sup>, nach einer bestimmten Art des traumatischen Erlebnisses eine PTBS zu entwickeln, ist global und kulturübergreifend ungefähr gleich hoch (Linden/ Hautzinger 2011, 512). Auffallend ist, dass in den vorliegenden Studien das Risiko, eine PTBS zu entwickeln bei Frauen höher ist als bei Männern<sup>34</sup>. Für das Geschlechterverhältnis wird dementsprechend deutlich, dass Männer allgemein mehr traumatische Ereignisse erleben als Frauen. Frauen erleben jedoch mehr Ereignisse mit hoch traumatisierender Wirkung als Männer (vgl. Ehlers 1999, 8). Das DSM-5 nennt als persönliche Risikofaktoren neben dem weiblichen Geschlecht auch einen geringen sozialen „Status und ein niedriges Intelligenzniveau“ (Kreiner/ Schrimpf/ Gahleitner/ Pieh 2015, 80). Als externe Risikofaktoren gelten ebenda die Zugehörigkeit zu einer kulturellen Minderheit, psychische Erkrankungen und frühere traumatische Erlebnisse.

Bei Menschen mit IB ist sowohl die Prävalenz für das Erleben traumatischer Situationen als auch diejenige für das Entwickeln einer Traumafolgestörung und auch einer PTBS signifikant erhöht (vgl. Rießbeck 2013, 207; vgl. Došen 2018, 363; vgl. Henricke 2015). So ist „das Risiko für sexuellen Missbrauch [für die Bezugsgruppe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung beispielsweise] 4-10 mal höher“ (Henricke 2015, 8). Nach einer Studie von Zemp (2002) haben beinahe 100% der Heimbe-wohner\*Innen „sexuelle Übergriffe erlebt“ (Henricke 2015, 8). Gewalterfahrungen von Frauen mit Beeinträchtigungen sind einer Studie des BMFSFJ<sup>35</sup> von 2014 folgend zwei bis dreimal häufiger als bei nicht beeinträchtigten Frauen (vgl. Schrötle 2015, 29). Die erhöhte Prävalenz sowohl von Traumata als auch von Traumafolgestörungen bei Menschen mit IB hat unterschiedliche Gründe, die im Folgenden ausgeführt werden.

---

<sup>33</sup> Traumaprävalenzen: In einer Studie von Kessler et al. (1995) erfüllen 65% der Männer und 46% der Frauen, die in der Vergangenheit vergewaltigt wurden die PTBS-Kriterien (vgl. Kessler et al. 1995 n. Ehlers 1999, 7). So liegt die Lebenszeit-PTBS-Prävalenz für diese Personengruppe relativ hoch. Ebenfalls hoch sind die Lebenszeit-PTBS-Prävalenzen mit 50-65% für Menschen mit direkt erlebten Kriegserlebnissen mit persönlicher Gefährdung (vgl. Linden/ Hautzinger 2011, 512), oder Folter sowie diejenigen für Opfer von Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch. Hier liegen die Werte bei 50-55% (vgl. Ehlers 1999, 7). Mit eher niedrigen Lebenszeit-PTBS-Prävalenzen von unter 10% verbunden sind Unfälle, Brände und Naturkatastrophen sowie das Beobachten von Tod oder Verletzung (vgl. Ehlers 1999, 7).

<sup>34</sup> So beschreiben Kessler et al. (1995) bei Männern ein Risiko von 8%, bei Frauen sind es 20%. (vgl. Kessler et al. 1995 n. Ehlers 1999, 8).

<sup>35</sup> Es handelt sich hier um die Studie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ im Auftrag des BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

#### **4.1.5.1 Erhöhtes Risiko für potentiell traumatisierende Erfahrungen**

Im Leben eines Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung kommt es zu einer überdurchschnittlich hohen Anzahl potentiell traumatisierender Lebenserfahrungen, was zum Teil darin begründet ist, dass Menschen mit IB ein leichtes Opfer für Übergriffe gewalttätiger und sexueller Art sind. Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Professor Klaus Hennische nennt ergänzend zu den objektiven potentiell traumatisierenden Ereignissen „die lebenslange Abhängigkeit von Betreuungspersonen [und] die Erfahrung der eigenen Macht- und Wehrlosigkeit sowie des Ausgeliefertseins“ (Hennische 2015, 8). Eingeschränktes Selbstvertrauen, Erfahrungen der Bevormundung sowie die Hilflosigkeit gegenüber Grenzüberschreitungen beispielsweise in Pflegesituationen sollen hier als Beispiele dienen. Helmut Rießbeck führt zusätzlich gesellschaftliche Diskriminierung, Stigmatisierung und Förderungsverweigerung, Ausgrenzung und Ablehnung durch Familie und Gesellschaft wie auch innerfamiliäre Vernachlässigung und Misshandlung auf (vgl. Rießbeck 2013, 208). Innerfamiliär führt Rießbeck diese Aspekte auf Angst, Überforderung und Stress seitens der Eltern zurück und hebt im Zusammenhang innerfamiliärer Traumatisierung die erschütterte frühkindliche Bindung hervor. Auf gesellschaftlicher Ebene spielt für ihn die hohe Bewertung der physischen und mentalen Funktionsfähigkeit, deren Erwartungen Menschen mit IB nicht gerecht werden können eine große Rolle (vgl. Rießbeck 2013, 208).

Im Kontext der sexuellen Gewalt stellt Ahmed Amor heraus, dass Menschen mit IB in einem Gefährdungsfeld leben welches Opfer und Täter hervorbringt (vgl. Amor 2015, 41). Hauptaspekte sind dabei die fehlende sexuelle Aufklärung inklusive der Infantilisierung von Betroffenen und dem Vorenthalten von Informationen zu Sexualität, Verhütung und Hilfe sowie die Verwehrung von Intimität. Durch das Verwehren eines privaten Raumes sowie im Rahmen von Pflegesituationen werden Schamgrenzen leicht überschritten (vgl. Amor 2015, 42). Da die betroffene Person häufig keinen Einfluss auf diese Überschreitungen nehmen kann oder für versuchten Einfluss sanktioniert wird, werden entstehende Gefühle von „Scham oder Wut [mit der Zeit] durch Gleichgültigkeit ersetzt“ (Amor 2015, 42). Dies kann „die Entwicklung eines positiven Selbstwert- Scham- und Körpergefühl“ (Amor 2015, 42) verhindern und die sexuelle Entwicklung hemmen. Diese Aspekte, gepaart mit der entstandenen Gleichgültigkeit gegenüber intimen Berührungen, der fehlenden Aufklärung und der

Gewohnheit, zu tun was jemand anderes möchte, machen aus der betroffenen Person ein leichtes Opfer für sexuelle Übergriffe. Physische und emotionale Machtverhältnisse begünstigen dies ebenfalls (vgl. Amor 2015, 42). Infolgedessen und erschwert durch die vorliegende IB fällt es betroffenen Menschen außerdem schwer, den Übergriff als sexuelle Gewalt zu identifizieren und sich gegen ihn zu wehren (vgl. Amor 2015, 43). Durch die Einschränkung des aktiven Sprachvermögens fällt es ihnen auch im Nachhinein schwer, Details wie „Genitalien oder sexuelle Vorgänge zu benennen“ (Amor 2015, 43).

Zudem werden Menschen mit IB häufig als ‚weniger glaubhaft‘ (vgl. Amor 2015, 45) betrachtet, was neben den offensichtlichen Problemen in der Aufklärung beispielsweise von sexueller Gewalt und dem darauf im besten Fall folgenden Opferschutz auch an sich eine traumatische Erfahrung sein kann.

#### **4.1.5.2 Diskrepanz zwischen objektiver Bedrohung und subjektiver Wahrnehmung**

Multiple Mikrotraumata, die wiederholt, aufeinanderfolgend oder gleichzeitig „auf körperlicher, psychologisch-emotionaler und sozialer Ebene“ (Hennicke 2015, 9) wirken, können für die betroffene Person zur intensiven Belastung werden. Dazu kann ein geringer kognitiver Entwicklungsstand ein Nicht-Durchschauen von objektiv relativ harmlosen Situationen und Krankheiten begünstigen und diese folglich als beängstigend einschätzen. So kann beispielsweise eine Epilepsieerkrankung als eine immer wieder auftretende uneinschätzbare Gefahr interpretiert werden, welcher sich die betroffene Person hilf- und schutzlos ausgeliefert fühlt. Sinnesbeeinträchtigungen, Körper- und Mehrfachbehinderungen erhöhen das subjektive Gefühl der Hilflosigkeit zusätzlich auf unterschiedlichen Ebenen<sup>36</sup> (vgl. Rießbeck 2013, 211).

#### **4.1.5.3 Erhöhtes Risiko von Traumatisierung**

Hennicke führt die erhöhte Prävalenz für Traumatisierung und die Entwicklung von Traumafolgen bei der Bezugsgruppe auf eine erhöhte Vulnerabilität (seelische Verletzlichkeit) der Betroffenen sowie die in ihrem Lebenskontext fehlenden oder unzu-

---

<sup>36</sup> Beispiele sind hier: Auf Grund von Schwerhörigkeit, etwas falsch verstehen, oder außen vor zu sein (vgl. Rießbeck 2013, 211). Bei Sehbehinderung, Empfindungen von „Angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit [...] durch Beinaheunfälle“ (Rießbeck 2013, 211) im Straßenverkehr oder zu Hause.

reichend vorhandenen protektiven Faktoren zurück (vgl. Hennische 2015, 9). Diese sind im Folgenden aufgelistet:

#### 1. Erhöhte Vulnerabilität

- „niedriger [...] sozio-emotionaler Entwicklungsstand“ (Hennische 2015, 9)
- niedriges kognitives Entwicklungsniveau (vgl. Došen 2018, 364), samt Reizverarbeitungsschwäche, eingeschränktem Lernen aus Erfahrungen sowie eingeschränkte Entwicklung von Copingstrategien (vgl. Senckel 2008, 2)
- frühe traumatische Erfahrungen (vgl. Došen 2018, 364)
- frühe emotionale „Beeinträchtigungen durch unsichere Bindung, Deprivationserfahrungen, frühe Verlusterfahrungen“ (Hennische 2015, 9) sowie unangemessene oder aversive Erziehung
- geringe Stresstoleranz<sup>37</sup> auf Grund einer problematischen Bindung (vgl. Došen 2018, 363)
- Schlafstörungen sowie biologische- und Funktionsstörungen mit der Folge von erhöhter Stressempfindlichkeit (vgl. Došen 2018, 364).
- ineffiziente, geringe/ fehlende Coping-Mechanismen (vgl. Hennische 2015, 9)
- fehlende soziale Schutzfaktoren (soziale Netzwerke, tragende soziale Beziehungen) (vgl. Schröttle 2015, 35; vgl. Došen 2018, 364)
- geringe Beteiligung an Entscheidungsprozessen im Betreuungsalltag, inklusive Grenzüberschreitungen (vgl. Meir 2015, 13)
- geringe oder fehlende Sprachkompetenz (Ereignisse können nur schwer oder gar nicht verbalisiert werden) (vgl. Hennische 2015, 9)

#### 2. Ungenügende protektive und korrektive Faktoren

- mangelhafte Verfügbarkeit und Qualität sozialer Unterstützung und infolgedessen Isolation, da Ereignisse unter Umständen weder berichtet, noch wahrgenommen oder geglaubt werden (vgl. Hennische 2015, 9)
- geringes Bewusstsein auf Seiten der Bezugspersonen und professionell Helfenden über mögliche Risikofaktoren und deren Abwehr (vgl. Hennische 2015, 9)
- hohes Retraumatisierungsrisiko durch objektiv stark belastende oder unangemessene Lebensumstände wie „Über- und Unterforderungen, Unverständnis, Diskriminierung, Isolation, Mobbing, ‚Förderterror‘, invasive, schmerzhaft, langwierige medizinische Maßnahmen“ (Hennische 2015, 9)

---

<sup>37</sup> Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird Stress noch einmal besondere Beachtung finden.



- häufig bestehende „intensive emotionale und/ oder strukturelle Nähe zum Täterin der Betreuungssituation“ (Hennicke 2015, 9)
- trotz der strukturellen Nähe zur Täter\*in präferieren Einrichtungen häufig interne Lösungen (vgl. Schröttle 2015, 35)
- strukturbedingte Traumatisierung in Form von Hospitalismus

Insgesamt verfügen Menschen aus der Bezugsgruppe tendenziell über weniger Schutzfaktoren die oftmals zusätzlich von geringerer Güte sind, während gleichzeitig die Risikofaktoren in Quantität und Qualität erhöht sind. Durch auftretende Trauma-folgesymptome kann beides intensiviert werden.

#### **4.1.5.4 Exkurs ältere Menschen**

Durch Retraumatisierung und Traumareaktivierung ist es auch möglich, „noch im höheren Alter [verzögert] an einer PTBS oder an einer anderen Traumafolgestörung“ (Böwling/ Freyberger 2016, 333) zu erkranken. Dieser Umstand ist einer veränderten Lebens- und Wahrnehmungssituation geschuldet: Im Alter kommt es zu Veränderungen in der Gedächtnisorganisation und zu einem selektiven Erinnerungsstil (vgl. Böwling/ Freyberger 2016, 333). Schleichende soziale Isolation (vgl. Böwling/ Freyberger 2016, 335) bedeutet gleichzeitig den Verlust eines protektiven Faktors. Durch Kriegsberichterstattung und dokumentarische Aufarbeitung der deutschen Geschichte im Fernsehen (vgl. Böwling/ Freyberger 2016, 333) ebenso wie durch erneute Erfahrungen von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein (vgl. Böwling/ Freyberg 2016, 334) beispielsweise durch den plötzlichen Verlust des Lebenspartners, das Nachlassen der physischen Belastbarkeit, medizinische Eingriffe, den Verlust von Autonomie oder das Gefühl nicht mehr mit der Gesellschaft mitzukommen kann ein Trauma wieder an die Oberfläche gelangen. Erschwerend wirkt sich aus, dass das Berichten über diese Traumata bei älteren Menschen oft aufgrund von Scham, Ekel und der Angst vor Stigmatisierung vermieden wird (vgl. Böwling/ Freyberg 2016, 333) und es ihnen meist schwerfällt, ihr erlebtes Trauma als etwas Schlimmes anzuerkennen, denn in ihrem Erfahrungskontext waren andere Menschen im Vergleich oft ‚schlimmer dran‘ (vgl. Abilgaard 2016, 386). Gleichzeitig verlangen sich viele Betroffenen aufgrund habituiertes kruder Nazi-Ideologien selbst ein übersteigertes Maß an Stärke und Tapferkeit (hart wie ‚Krupp-Stahl‘ zu sein) ab (vgl. Abilgaard 2016, 396), was das „Eingeständnis psychischer Verwundung“ (Abilgaard 2016, 384) ausschließt.

#### 4.1.6 Komorbidität von PTBS

Die Komorbidität bei PTBS ist allgemein extrem hoch. So fanden Kessler et al. (1995), dass 88% der Männer und 78% der Frauen komorbide psychische Störungen, wie Angststörungen, affektive Störungen, Substanzmissbrauch und Somatisierung aufwiesen (vgl. Kessler et al. 1995 n. Ehlers 1995, 10). Zudem ist das Suizidrisiko von Personen mit PTBS im Vergleich zu nichttraumatisierten Personen um ein 15-faches höher (vgl. Linden/ Hautzinger 2011, 512). Nach Traumatisierung im Kindesalter sind komorbide Persönlichkeitsstörungen sehr häufig (vgl. Linden/ Hautzinger 2011, 512).

Dies lässt vermuten, dass auf Grund der erhöhten Traumaprävalenz bei Menschen mit IB etliche Persönlichkeitsstörungen, unangepasste Verhaltensweisen und vieles mehr zumindest teilweise auf traumatische Erfahrungen zurückführbar sind. Darüber hinaus kann sogar die Entwicklung einer geistigen Behinderung eine Folge von Traumatisierung sein und gleichzeitig selbst das Auftreten weiterer traumatischer Ereignisse begünstigen (vgl. Amor 2015, 51).

#### 4.1.7 Diagnostik der PTBS

So wenig wie aus jedem Trauma eine Posttraumatische Belastungsstörung resultiert, liegt hinter jeder psychischen Störung ein verborgenes Trauma (vgl. Sachsse 2009, 105). Dies ist bei der Stellung einer Diagnose und der Entwicklung des daraus folgenden Behandlungsplanes zu beachten, insbesondere, weil populärwissenschaftliches Denken die Diagnose seitens der Patient\*in oder durch deren Freunde leicht auf ein vermutetes Trauma in der Kindheit zu lenken versucht (vgl. Sachsse 2009, 107). Ferner ist „jede monokausale Kette wie ‚Selbstverletzung = Missbrauch in der Kindheit‘, ‚Zwangssymptom = prügelnder Vater‘, ‚Dissoziative Identitätsstörung = satanistischer Missbrauch‘ [...] falsch“ (Sachsse 2009, 109). Kein einzelnes Symptom beweist eine vorliegende Traumatisierung. So bleibt immer das Zusammenspiel von Symptomen und deren Ausprägung ausschlaggebend für die Diagnose einer PTBS. Dies gilt auch für Menschen mit IB. Ist diese Diagnose gestellt, bleibt die Komorbidität zu beachten.

Nach dem DSM ist neben den Symptomen der Zeitraum ein wichtiges Diagnosekriterium. Um eine PTBS diagnostizieren zu können, müssen die Symptome mindestens einen Monat bestehen. Dabei handelt es sich im Zeitraum zwischen dem ersten

und sechsten Monat um eine akute PTBS. Diese gilt als „normale Reaktion eines Menschen auf eine traumatische Erfahrung“ (Sachsse 2009, 53). Ab dem sechsten Monat nach dem Trauma wird eine chronische PTBS diagnostiziert (vgl. Linden/Hautzinger 2011, 511).

Wie Abschnitt 3.2.2.1 zeigt, ist die psychologisch-psychiatrische Diagnostik bei Menschen mit IB durch unterschiedliche Faktoren wesentlich erschwert. In der Diagnose von Traumafolgestörungen ist zusätzlich der häufig große zeitliche Abstand zu dem auslösenden Moment hinderlich. Vielen Betroffenen fehlt der Erinnerungszusammenhang und oft ist ein beängstigendes diffuses Gefühl alles was bleibt. Poly-, Mikro- und Entwicklungstraumen, vor allem wenn sie in der Kindheit auftraten herauszuarbeiten kann daher mühsam bis unmöglich sein. Zusätzlich zeigen Menschen mit IB „nach traumatischen Erfahrungen ein eher unorganisiertes Verhalten“ (Elstner/ Salzmann 2014 zit. n. Meir 2015, 14). Außerdem können diese Menschen kaum Leiden und Empfindungen konkret benennen oder Schmerz lokalisieren (vgl. Meir 2015, 14). Ferner sind die von ihnen gezeigten Symptome nicht spezifisch. So kann körperliche Erregung beispielsweise auch auf positive Ursachen zurückgehen oder Vermeidungsverhalten durch Unsicherheit oder Unlust motiviert sein (vgl. Meir 2015, 14). Überdies können Überlagerungsphänomene auftreten (vgl. Rießbeck 2013, 209). Insgesamt stellen sich Traumafolgestörungen bei Menschen mit IB also weitaus komplexer dar. In der Diagnose sollten daher die Symptome in den Kontext der Lebensgeschichte gesetzt werden. Damit sind stärker individualisierte Diagnostik und Therapie angezeigt (vgl. Rießbeck 2013, 210). Došens integrative Diagnostik und Behandlung erscheinen hier sinnvoll (vgl. Abschnitt 3.5.2).

## 4.2 Entstehung der PTBS

„Psychische Traumafolgen entstehen durch ein Zusammenwirken von Extrembelastungen, subjektivem Erleben und persönlicher Vulnerabilität“ (Sack 2010, 17). Sack benennt zwei vorrangige Modelle für eine solche Traumafolgestörung: Das Angstmodell und das Modell der gestörten Informationsverarbeitung. „Das Angstmodell geht davon aus, dass sich extreme Stresssituationen in Form einer traumaassoziierten Angststruktur einprägen können“ (Sack 2010, 20). Diese Struktur ist erlernt (konditioniert) und nimmt ihren Anfang während der Überflutung mit aversiven Reizen im Erleben des traumatischen Ereignisses selbst. Patienten leiden in Folge dessen häufig an situationsbezogenen Ängsten, die nur schwer korrigierbar sind (vgl.

Sack 2010, 21). Das Informationsverarbeitungsmodell bildet unter anderem das Fundament für die in Abschnitt 4.2.1 folgenden Ausführungen. Traumafolgestörungen zu denen auch die PTBS zählt, haben hier ihren Ursprung. Das Besondere an der im Störungsbild der PTBS auftretenden Angst ist dass sie „auf der Erinnerung an ein vergangenes Erlebnis beruht“ (Ehlers 1999, 12), aber als eine enorme zukünftige Bedrohung wahrgenommen wird.

Im Folgenden wird zum besseren Verständnis über die Entstehung der komplexen biologischen und psychischen Interaktionen der PTBS zunächst auf die Verarbeitung von Stress Bezug genommen. Die Symptome der PTBS werden erwähnt, doch ausführlicher in Abschnitt 4.3 eruiert.

#### 4.2.1 Die Verarbeitung von Stress

Die angloamerikanische Bezeichnung für PTBS lautet ‚Posttraumatic Stress Disorder‘, zu deutsch ‚Posttraumatische *Stress* Störung‘ und ist damit genauer als das deutsche Äquivalent (vgl. Sachsse 2009: 31). Um die Ursachen der Störung genauer zu verstehen, wird im Folgenden zunächst die gesunde, normale Verarbeitung von Stress dargestellt und dann die in der PTBS offenbar gestörte Stressverarbeitung beschrieben.

##### 4.2.1.1 Die normale Stressphysiologie

Stress ist die Voraussetzung dafür, dass Entwicklung geschieht (vgl. Sachsse 2009, 32). Damit ist Stress ein normaler Bestandteil jeden Lebens. In der aktuellen Resilienzforschung wird die „Notwendigkeit gewisser widriger Ereignisse für eine gesunde Entwicklung“ (Kreiner/ Schrimpf/ Gahleitner/ Plieh 2015, 80) angenommen und sogar von posttraumatischem Wachstum gesprochen (vgl. Zöllner/ Calhoun/ Tedeschi 2006, 36). In einem gesunden Gehirn werden fast alle eintreffenden Reize innerhalb von 300 bis 400 Millisekunden aussortiert (vgl. Sachsse 2009, 32), nur sehr wenige Reize gelangen also ins Bewusstsein. Innerhalb dieses Prozesses entscheiden die Mandelkerne (Amygdalae), die der Traumaexperte Bessel Van der Kolk als „Rauchmelder des Gehirns“ (Sachsse 2009, 32) bezeichnet, durch eine reflexhafte Reaktion darüber, ob eine Gefahr droht. Ist nun eine Stressreaktion mit erhöhter Wachsamkeit nötig, aktivieren die Mandelkerne diverse Systeme gleichzeitig. Nach

dem estländischen Psychologen Jaak Panksepp<sup>38</sup> handelt es sich dabei um das Panik-Bindung-Parasympathikus-System und das Furcht-Kampf/Flucht-Kognition-Sympathikus-System. Möglicherweise liegen weitere Systeme vor (vgl. Sachsse 2009, 32). Wir reagieren also durch die Reflex-Entscheidung der Mandelkerne auf beispielsweise einen knurrenden Kampfhund mit aufgestelltem Nackenfell automatisch und ohne uns dagegen entscheiden zu können mit Stress.

Das Panik-System<sup>39</sup> reagiert auf die Aktivierung<sup>40</sup> durch die Mandelkerne mit Disstress-Empfindungen, die durch Disstress-Vocalisations, kurz DV (piepsen bei Küken, weinen bei Säuglingen) geäußert werden. Diese DV lösen wiederum Stress in der Mutter aus, die um ihren Stress zu regulieren den Stress des Säuglings regulieren muss. In der Mutter-Kind-Beziehung geschieht dies durch Körperkontakt, Nähe und Sättigung. Biologisch betrachtet wird das System durch die positive Bindungserfahrung veranlasst mit der Ausschüttung von Opioiden beruhigt. Durch mit der Bezugsperson verknüpfte oder andere beruhigende Stimuli wie beispielsweise Musik, Orte, Geräusche oder Hautkontakt werden ebenfalls Opioiden<sup>41</sup> ausgeschüttet. Daher wirken auch diese Reize beruhigend. Nach Panksepps These ist dieses System der Mutterbindung und Aufzucht der Jungen auch für das spätere funktionierende Herdenverhalten verantwortlich.

Das Panik-System ermöglicht dem Tierreich eine weitere Reaktion auf bedrohende Situationen: Die Freeze-Reaktion (Totstellen). Ist die Mutter zu schwach oder abwesend, macht diese Reaktion durchaus Sinn. Während der Freeze-Reaktion „sind Tiere vegetativ hochgradig erregt, sind im Hyperarousal, während sie muskulär erstarren, ihr Laut/ Sprachzentrum abschalten und möglichst leise atmen“ (Sachsse 2009, 34). Diese Situation gleicht derjenigen die unter Panikattacken leidende Personen beschreiben enorm. Doch „beim Menschen gibt es eine Notfall-Reaktion, die über diese Freeze-Reaktion der Panikattacken hinausgeht: die Dissoziation“ (Sachsse 2009, 34). In der Dissoziation werden beide Reizströme, derjenige von außen kommende und der innere unterdrückt, sodass die Person von äußeren Reizen, sowie von inneren physischen, psychischen und emotionalen Reizen abgeschottet ist.

---

<sup>38</sup> Panksepps Modell der Systeme ist wissenschaftlich umstritten, doch Sachsse hält es klinisch für besonders hilfreich (vgl. Sachsse 2009, 32).

<sup>39</sup> Dieser Abschnitt folgt, wenn nicht anders angegeben den Aussagen aus Sachsse 2009, 33-34

<sup>40</sup> Botenstoff ist hier Vorwiegend der Neurotransmitter Glutamat (vgl. Sachsse 2009, 33)

<sup>41</sup> Ein anderer wichtiger beruhigender Botenstoff ist Oxytozin. Er ist der bisher bekannteste bindungsstiftende Neurotransmitter und wirkt bei Geburt, Stillen und in der Sexualität (vgl. Sachsse 2009, 33)

Sie nimmt nichts von dem wahr, was in ihr und um sie herum geschieht. Das Panik-System ist eng an den Parasympathikus gebunden, was bedeutet, dass als Distress-Symptome die „vegetativen Symptome der Angst“<sup>42</sup> (Sachsse 2009, 34) eintreten. Wir reagieren mit Panik, Lähmung und Ohnmachtsgefühlen.

Das Furcht-System<sup>43</sup> ist an den Sympathikus gebunden, mit den Optionen von Kampf und Flucht, engl. fight/ flight ausgestattet und bildet die Basis für kognitive Lernschritte. Der Kern des Sympathikus, der Locus coeruleus (blauer Kern) versorgt das Gehirn mit Noradrenalin. Auch andere Systeme wie das PAG<sup>44</sup> scheinen in einer Gefahrensituation beteiligt zu sein. Im Limbischen System sind wie in der Panikreaktion die Mandelkerne als „Rauchmelder“ für die aversive Alarmreaktion verantwortlich. Der mit den Mandelkernen in Verbindung stehende Hippocampus wirkt beruhigend auf die Mandelkerne indem er „Ordnung in die Sache bringt, Orientierung im Raum vermittelt und die Gefahr einordnen hilft“ (Sachsse 2009, 35). „Gleichzeitig bezieht er alle wichtigen Kortexregionen mit ein, die zur Lösung der Gefahr hilfreich sein können“ (Sachsse 2009, 35). So bewirken Hippocampus und Amygdala das Lernen. Das Kleinhirn ist in diesem Prozess ebenfalls von Bedeutung. Es steuert die für Kampf und Flucht notwendige Muskulatur.

Die für das Furcht-System wichtigsten Neurotransmitter sind Noradrenalin und Adrenalin. Sie erhöhen unsere Vigilanz und unterstützen damit die Lösungsfindung effektiv. Das neurobiologische Korrelat für die Reduzierung des beunruhigenden Hyperarousal ist die belohnende Ausschüttung von Dopamin und Opiaten. Die Lösung prägt sich ein und wird besser abrufbar, weil sie Stress reduziert hat. Dasselbe gilt „natürlich auch für Lösungen wie Alkohol-Abusus, Bulimie oder ein Zwangsritual, das in einer bestimmten Situation als erleichternd registriert wurde“<sup>45</sup> (Sachsse 2009, 36).

---

<sup>42</sup> Die vegetativen Symptome der Angst sind Kloß im Hals, Druck auf der Brust und weiche Knie (vgl. Sachsse 2009, 34).

<sup>43</sup> Dieser Abschnitt folgt soweit nicht anders vermerkt den Aussagen aus Sachsse 2009, 34-39.

<sup>44</sup> Das PAG (Periaquäduktales Grau) ist der für Schmerzunterdrückung verantwortliche Gehirnkomplex. In diesem Kontext koordiniert das PAG die Angst- und Fluchtreflexe (Rüegg 2007, 36).

<sup>45</sup> Beide Systeme interagieren in der Stress-Situation, wobei das Furcht-System das Panik-System durch die Möglichkeit des Findens einer Lösung beruhigt. Mit dem Furcht-System können wir statt zu erstarren versuchen, den Stressor selbst oder mit Hilfe von Außen zu eliminieren. Sachsse's Beispiel hierzu ist einleuchtend: Wenn das Panik-System nach ‚Mama‘ oder um Hilfe schreit, holt das Furcht-System die Feuerwehr (vgl. Sachsse 2009, 38).

#### **4.2.1.2 Stressverarbeitung bei Trauma nach Ullrich Sachsse**

Bleibt das Furcht-System zu lange oder zu heftig aktiv, entstehen durch einen komplexen Ablauf in der über den Hypothalamus aktivierten HPA-Achse (Stressachse) Betaendorphin und das Stresshormon Kortisol. Während Endorphine eine beruhigende Wirkung auf das Panik-System haben, ist Kortisol in sehr geringer Dosierung gedächtnisfördernd und wirkt damit positiv an der Lösungsfindung mit. Kortisol in großen Mengen hingegen, in denen es in einem anhaltenden oder heftigen Hyperarousal produziert wird, „bewirkt eine entzündungshemmende Immunsituation“ (Sack 2010, 24) und „ist [so] daran beteiligt, das Furcht-System wieder herunterzuregulieren“ (Sachsse 2009, 37). Gleichzeitig bewirkt eine massive Kortisolanflutung die Unterbrechung der Bildung von Langzeitgedächtnisspuren. Es wirkt „partiell inhibierend auf die Konsolidierung von traumatischen Erinnerungen“ (Sack 2010, 24). Da Kortisol jedoch nur auf die Reizverarbeitung im Hippocampus einwirkt bleiben Erinnerungen anderer sensorischer Reize bestehen (vgl. Sack 2010, 24). Kortisol bewirkt also die Versprachlichung der Erinnerung und fördert gleichzeitig „die Speicherung von isolierten sensorischen Wahrnehmungen“ (Sack 2010, 24). Es kommt zu „Fragmentierung von Erinnerungen [und folgenden] Amnesien“ (Sack 2010, 25).

In extremen Stresssituationen lernen wir nicht besonders gut, denn in diesen Situationen ist das Stressbewältigungssystem darauf reduziert, den Stress möglichst schnell zu beenden. Alles was in einem solchen Moment um uns herum passiert verliert jegliche Bedeutung. Abgespeichert wird dann nur „das traumatische Ereignis, und zwar in sonst unüblicher Form“ (Sachsse 2009, 38): Während alltägliche Erinnerungen einen komplexen, integrierenden Weg nehmen um schließlich langfristig abgespeichert zu sein werden „traumatische Erfahrungen (scheinbar) [...] direkt im Zentrum des limbischen Systems abgespeichert“ (Sachsse 2009, 52). Es ist anzunehmen, dass die Erinnerungen außerdem nicht im Kortex sondern parallel und unabhängig von diesem direkt in der Amygdala gespeichert werden. Diese Erinnerungen sind dem Kortex nicht zugänglich, was bedeutet dass sie weder hier noch durch Träume verarbeitet werden können und darum möglicherweise als „Erinnerungsabszesse“ den Kern von Intrusionen und Flashbacks bilden (vgl. Sachsse 2009, 52).

Unterstützt wird der beschriebene Vorgang auch durch den in heftigen Stresssituationen entstehenden sehr hohen Adrenalinpiegel, welcher „die Einprägung von Gedächtnisspuren begünstigt“ (Sack 2010, 24). Die so entstandenen Gedächtnisspuren einer traumatischen Situation sind dabei wesentlich stabiler, als es bei normalen, also nicht traumatischen Erinnerungen der Fall ist. So sorgt Adrenalin in extremen Stresssituationen für die benötigte Energie einer „Fight and Flight Response“ (Sack 2010, 25), verschuldet gleichzeitig aber auch die Konsolidierung der emotionalen Erinnerungen an das Trauma, die biologisch gesehen insofern sinnvoll ist, dass eine erneute reale Gefahr besser abgewendet werden kann. Ebenso führt sie aber auch zur Wahrnehmung nicht realer Gefahren als reale Bedrohungen (vgl. Sachsse 2009, 51).

Ist eine Person einer extremen Stresssituation ausgesetzt die ihre individuellen Voraussetzungen übersteigt, schützt sich der Organismus durch Ausblenden einzelner Teile des Erlebens (vgl. Sack 2010, 25). Die verschiedenen vorhandenen Reize verlieren dadurch ihre Kohärenz und werden als Folge zersprengt, isoliert und fragmentiert abgespeichert.

„Dieses ‚Herausfallen‘ einzelner Wahrnehmungsinhalte aus dem Kontext der sonst integriert verarbeiteten sensorischen Information wird als primäre Dissoziation oder peritraumatische Dissoziation bezeichnet. Peritraumatische Dissoziation resultiert aus einer Überforderung der Informationsverarbeitungsprozesse während eines Traumas, gleichzeitig schützt sie jedoch vor der Überschwemmung mit aversiven Reizen und stellt so bei Betroffenen ein Mindestmaß an Handlungsfähigkeit sicher, um die traumatische Situation so gut wie möglich zu überstehen“ (Sack 2010, 25).

Da es sich bei der peritraumatischen Dissoziation um „eine biologisch determinierte Schutzreaktion“ (Sack 2010, 18) handelt, ist sie weder steuerbar noch kontrollierbar. Diese Art des Schutzes ist sehr effektiv, was innerhalb der traumatischen Situation und auch danach als enorm hilfreich empfunden wird. So kann es zu Amnesien von umfangreichen Teilen des Erlebnisses kommen, was primär vor stark belastenden Erinnerungen schützt, auf lange Sicht jedoch dazu führt, dass das Trauma „auch in der Erinnerung fragmentiert“ (Sack 2010, 25) bleibt und damit nicht „in ein kohärentes Narrativ“ (Sack 2010, 25) verarbeitet werden kann. Durch das Trauma ausgelöste dissoziative Schutzreaktionen unterstützen „die Entwicklung von Folgesymptomen“ (Sack, 2010, 18). Zudem begünstigen „die Fragmentierung der Erinner-



ung und das Fehlen funktionaler assoziativer Vernetzungen [...] die Triggerbarkeit traumatischer Erinnerungen durch Auslösereize“ (Sack 2010, 26).

#### 4.2.2 Einflussfaktor Intellektuelle Beeinträchtigung

Die kognitive Verarbeitung während des Traumas ist eng mit dem weiteren Verlauf posttraumatischer Krankheitsbilder verbunden. Nach Ehlers führt „Sich-Aufgeben während einer körperlichen oder sexuellen Gewalttat oder einer politischen Inhaftierung“ (Ehlers 1999, 21) fast zwangsläufig in eine PTBS. Das Sich-Aufgeben bedeutet in diesem Kontext in der eigenen Wahrnehmung jegliche Autonomie zu verlieren und damit „kein Mensch mehr zu sein“ (Ehlers 1999, 21), was nach dem Trauma zu negativen Sichtweisen über sich selbst führt. Man betrachtet sich selbst als schlecht, unfähig oder beschädigt. Dabei ist ebenfalls ausschlaggebend, ob in der Informationsverarbeitung die Fähigkeit besteht, die „Eindrücke auf ihren Wahrheitsgehalt hin“ (Ehlers 1999, 21) zu überprüfen, denn durch die fragmentierte, konfuse Erinnerung kann es auch dazu kommen, dass objektiv falsche Informationen als wahr abgespeichert werden (vgl. Röpke 2013, 19). Dieser Zusammenhang verdeutlicht die Signifikanz des Risikofaktors ‚niedriges kognitives Entwicklungsniveau‘ für die Ausbildung einer Traumafolgestörung (vgl. Abschnitt 4.1.5.3; vgl. Došen 2018, 364). Durch die vorhandene Reizverarbeitungsschwäche fällt es Menschen mit IB schwerer, eigene und fremde „Reize in sinnvolle Informationen umzuwandeln und angemessen auf sie zu reagieren“ (Senckel 2008, 2). Damit ist das Verstehen der Situation und auch situationsspezifisches eigenständiges Handeln, Coping und Lernen nur eingeschränkt möglich. Logische Schlussfolgerungen zu ziehen, das Vergangene von dem ‚Jetzt‘ und Realität von Fiktion unterscheiden zu können sind Merkmale einer reifen kognitiven Entwicklung. Sie ermöglicht die Integration traumatischer Ereignisse in die Lebensgeschichte. Ebenfalls erschwerend wirken sich behinderungsspezifische Funktionsstörungen sowie der erschwerte Umgang mit Stress<sup>46</sup> aus (vgl. Hennische 2015, 5).

---

<sup>46</sup> Nach dem komplexen Stressmodell nach Lazarus (vgl. Hennische 2015, 5) besteht im Umgang mit Stress ein Zusammenhang zwischen emotionalen, kognitiven und sozialen Bedingungen.

### 4.2.3 Chronische PTBS

Die verhaltenstherapeutische Psychologie orientiert sich weitgehend am Modell der chronischen PTBS nach Ehlers und Clark aus dem Jahr 1999. Es ist in Anhang 9 abgebildet. Kern dieses Modells bildet der bereits erwähnte vermeintliche Widerspruch innerhalb der Angstsymptome der Betroffenen. Diese Angst gründet in der Vergangenheit. Nach Ehlers und Clark entwickelt sich eine chronische PTBS nur dann, „wenn die Betroffenen das traumatische Ereignis und/ oder seine Konsequenzen so verarbeiten, dass sie eine schwere gegenwärtige Bedrohung wahrnehmen“ (Ehlers 1999, 13). Nach dem vorliegenden Modell führen zwei verschiedene Prozesse zu dieser Wahrnehmung:

Während PTBS-Patienten enorme Schwierigkeiten mit der willentlichen, vollständigen Erinnerung des traumatisierenden Ereignisses haben, leiden sie unter sehr lebhaftem, ungewolltem und nicht steuerbarem Wiedererleben einzelner Aspekte des traumatischen Ereignisses. Die Erinnerung auf welcher dieses Wiedererleben basiert, ist dabei auf Grund der oben geschilderten Speicherung bruchstückhaft und ungeordnet. Sie basiert auf stark assoziativen Gedächtnis-Verbindungen was bedeutet, dass „sich die Betroffenen beim Abruf der Assoziationen nicht notwendigerweise der Auslöser bewusst“ (Ehlers 1999, 17) sind. Außerdem ist die Erinnerung nicht narrativ, besitzt also keinen Zusammenhang zur Lebensgeschichte. Sie ist weder zeitlich eingeordnet, noch bewertet oder abgeschlossen. Sie ist vielmehr eine als Emotionen abgespeicherte Erinnerung in „Hier-und-jetzt-Qualität“ (Ehlers 1999, 17).

Der zweite nach Ehlers und Clark zur Wahrnehmung einer gegenwärtigen Bedrohung führende Prozess ist die „Interpretation des Traumas und/oder seiner Konsequenzen“ (Ehlers 1999:14). Dabei meinen Konsequenzen die primären Traumasymptome, Verhalten und Reaktionen Dritter sowie finanzielle und berufliche Konsequenzen (vgl. Ehlers 1999, 15). Da die betroffenen Personen oft nicht in der Lage sind das „traumatische Erlebnis als zeitlich begrenztes Ereignis zu sehen“ (Ehlers 1999, 14) wird dem Ereignis und seiner Folgen in der Deutung globale, negative externe und interne Auswirkung zugesprochen (vgl. Ehlers 1999, 15). Folglich wird die „Selbstwahrnehmung als fähige [und] akzeptable Person, die wichtige Lebensziele meistert“ (Ehlers 1999, 15) bedroht oder es werden überall lauende Gefahren vermutet.

## 4.3 Krankheitsentwicklung der PTBS

Da die Symptome nicht nur eng mit der Entwicklung des Störungsbildes verbunden sind, sondern sogar selbst für die weitere Entwicklung der PTBS verantwortlich sind, sollten sie immer im Gesamtzusammenhang betrachtet werden. Es wird dabei zwischen primären und sekundären Symptomen unterschieden, welche Martin Sack wie folgt definiert:

„Mit dem Begriff primäre Traumafolgesymptomatik werden die direkten Folgen einer unzureichenden Verarbeitung des traumatischen Erlebnisses bzw. der mit der traumatischen Erinnerung assoziierten Angst beschrieben. Sekundäre - traumakompensatorische - Symptome sind in der Reaktion auf die primären Traumafolgen entstandene Anpassungsleistungen, die kurzfristig Entlastung, längerfristig aber negative Konsequenzen und Einschränkungen mit sich bringen“ (Sack 2010, 19).

Die primäre posttraumatische Symptomatik beinhaltet intrusive Symptome, Trauma- assoziierte Ängste, dissoziative Reaktionen, Übererregbarkeit und die triggerbare körperliche Stressreaktion. Traumakompensatorische Symptome sind Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug, Scham, Schuldgefühle, Selbstwertprobleme, Suchtmittelkonsum, Zwangshandlungen und Ähnliches (vgl. Sack 2010, 19).

### 4.3.1 Primäre Traumafolgesymptome der PTBS

Die primären Traumafolgesymptome leiten sich direkt aus der oben beschriebenen ungünstigen Verarbeitung des Traumas und der traumaassoziierten Angst ab. Die empfundene Angst der betroffenen Person ist unmittelbar mit dem traumatischen Erlebnis verknüpft und wurde während der Stressverarbeitung konditioniert (vgl. Sack 2010, 20). Die so entstandene Angststruktur wird als unüberwindbar wahrgenommen. Wird nun die Angststruktur durch Trigger oder auch bewusstes Erinnern aktiviert, löst sie noch einmal dieselbe noradrenerge Stressreaktion<sup>47</sup> mit allen Konsequenzen aus wie beim Erleben des eigentlichen traumatischen Ereignisses selbst (vgl. Sack 2010, 24). Die konditionierte Angststruktur verfestigt sich. Durch ein Wechselspiel aus Vermeidungsverhalten gegenüber allen bekannten möglichen Auslösereizen als unbewussten “Versuch, die Angst zu kontrollieren” (Sack 2010, 22) und der folgenden Generalisierung der Angst, also der “Ausweitung der Angst auf

---

<sup>47</sup> Dieser Umstand wird auch als „triggerbare körperliche Stressreaktion“ (Sack 2010, 19) oder „Intensive psychische Belastung bei Konfrontation mit Hinweisreizen“ (Röpecke 2013, 13) bezeichnet.

alle möglichen, dem Auslöseereignis ähnlichen Situationen oder Gedanken” (Sack 2010, 22) wird die Angststruktur mehr und mehr stabilisiert, übermächtig und immer schwieriger “durch korrigierende Erfahrungen oder kognitive Bewältigungsstrategien” (Sack 2010, 21) reduzierbar.

Ein weiteres “charakteristisches Symptom der PTBS ist das ungewollte Wiedererleben. Die Betroffenen haben die gleichen sensorischen Eindrücke und gefühlsmäßigen und körperlichen Reaktionen wie während des Traumas“ (Ehlers 1999, 3). Dieses ungewollte Wiedererleben geschieht in Form von Intrusionen, Flashbacks, Alpträumen und Reenactments (vgl. Sachsse 2009, 52).

Als Intrusion wird das ständige Aufdrängen von Erinnerungsfetzen wie Gedanken, Bilder oder Wortfetzen verstanden (vgl. Sachsse 2009, 52). Diese Form des Wiedererlebens ist nicht willentlich steuerbar (vgl. Sack 2010, 26). Außerdem handelt es sich bei Intrusionen nicht um Erinnerungen, sondern vielmehr um reaktivierte Erfahrungen. „Die Vergangenheit aktualisiert sich gegen unseren Willen und ohne unsere Kontrolle in der Gegenwart“ (Sachsse 2009, 52).

Flashbacks sind kraftvolle Wiedererlebnisse von Gefühlszuständen einer vergangenen Situation. Als Symptom der PTBS beziehen sich Flashbacks auf wiederkehrende Gefühle oder sensorische Wahrnehmungen (vgl. Sachsse 2009, 52) und Eindrücke (vgl. Ehlers 1999, 3) aus der traumatischen Situation. Intrusionen und Flashbacks sind dabei geprägt von dem Gefühl dass das Ereignis genau jetzt passiert wodurch sie belastend und verwirrend sind (vgl. Sachsse 2009, 52). Beide werden durch spezielle Reize (Trigger) ausgelöst, die entweder mit dem Trauma in direkter Verbindung stehen oder durch die traumaspezifische Speicherung im Gehirn in Form von Priming und schlechte Reizdiskrimination zu traumaassoziierten Reizen wurden. Außerdem begünstigt „das Fehlen funktionaler, assoziativer Vernetzungen [...] die Triggerbarkeit traumatischer Erinnerungen durch Auslösereize“ (Sack 2010, 26). Nach Röpke ergibt sich daraus ein „Handeln und Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehrt“ (Röpke 2013: 5). Auch belastende Träume und Alpträume<sup>48</sup> sind Ausdruck unzureichender Verarbeitung im Gehirn. Für die weitere Entwicklung der PTBS bedeutet dies, dass die Traumafolgesymptome, weil sie wahrnehmungsgemäß einer Retraumatisierung ähneln, ebenfalls die Erinnerungsstruktur festigen (vgl. Sack 2010, 24).

---

<sup>48</sup> Möglicherweise stellen Alpträume dabei auch eine versuchte Verarbeitung der Amygdala, des Speicherortes der traumatischen Erinnerungen dar (Sachsse 2009, 52).

Andere primäre Kernsymptome der PTBS sind dissoziative Abwehrversuche<sup>49</sup> in Form von Depersonalisation und Derealisation (vgl. Sachsse 200, 52), Übererregbarkeit und Hyperarousal-Situationen<sup>50</sup>. Die Übererregbarkeit als Traumafolgesymptom bewirkt gleichsam der Situation während des traumatischen Ereignisses die Erfüllung des Bedürfnisses die Stresssituation einzudämmen. In der Konsequenz bedeutet dies die Ausbildung traumakompensatorischer Symptome, vor allem in Form von Vermeidungsverhalten jeglicher Art.

Auch das „Unvermögen, die traumatischen Geschehnisse in Worte zu fassen“ (Sack 2010, 26) basiert auf der traumaspezifischen Speicherung der Geschehnisse im Gehirn als fragmentierte Erinnerungen ohne narrative Komponente.

#### 4.3.2 Sekundäre traumakompensatorische Symptome

Die sekundären Symptome der PTBS sind eine Reaktion auf die primären Traumafolgesymptome. Sie sind Anpassungsleistungen auf diese ersten, direkt mit dem Trauma verbundenen Symptome. Kurzfristig bewirken sie Erleichterung, doch langfristig verfestigt sich die Ausprägung der primären Symptome durch sie. Dies geschieht etwa durch die Vermeidung von Triggern (vgl. Sachsse 2009, 53). Zusätzlich verhindert Vermeidung die Verarbeitung und Integration der traumatischen Situation mit der Folge, dass die wahrgenommenen Reize ihre Bedrohlichkeit in „Hier-und-Jetzt“ Qualität behalten. Die traumakompensatorischen Symptome sind damit langfristig höchst dysfunktional, obwohl sie kurzfristig Erleichterung verschaffen (vgl. Ehlers 1999, 18). Nach Ehlers sind sie eng mit der Interpretation der traumatischen Situation sowie deren Folgen verknüpft (vgl. Ehlers 1999, 18).

Das Vermeidungsverhalten als wichtigstes Symptom der Traumakompensation umfasst Gedankenunterdrückung, Schlafvermeidung als Vermeidung von Alpträumen (vgl. Ehlers 1999, 18), Sicherheitsverhalten, sowie die Vermeidung von Reizen

---

<sup>49</sup> Mit Dissoziation wird der Zustand der emotionalen Entfernung bezeichnet (vgl. Sachsse 2009, 153). Dissoziation ist eine automatische Schutzreaktion des Körpers, die in extrem belastenden und überfordernden Situationen auftritt. Dabei bezeichnet die Depersonalisation den Verlust des Persönlichkeitsgefühls, während sich Derealisation auf die gestörte und verfremdete Wahrnehmung der Umwelt bezieht. So haben betroffene Menschen beispielsweise „zeitweise das Gefühl, dass ihr Körper oder Teile ihres Körpers nicht zu ihnen gehören“ (Sachsse 2009, 112).

<sup>50</sup> Im Hyperarousal sind Patienten „extrem dünnhäutig, äußerst wachsam (Hypervigilanz), hochgradig misstrauisch bis zur Paranoia, zeigen übertriebene Schreckreaktionen und Konzentrationsschwierigkeiten“ (Sachsse 2009, 53) und reagieren besonders stark auf Stimuli aller Art. Röpke erweitert den Zustand der Übererregbarkeit um folgende Eigenschaften: Schwierigkeiten ein- und durchzuschlafen, Reizbarkeit und Wutausbrüche sowie Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. Röpke 2013, 15). Nach Linden zählen auch Gedächtnisschwierigkeiten, die Unfähigkeit sich zu entspannen und erhöhte Erregbarkeit zu den Symptomen (vgl. Linden 2011, 511).

durch Meidung des Ortes des Geschehens (vgl. Ehlers 1999, 20). Das Sicherheitsverhalten schützt subjektiv und kurzfristig vor dem Eintreten erneuter Gefahren, verhindert jedoch zeitgleich „die Überprüfung der Annahme, dass die Katastrophe eintreten wird, wenn das Verhalten nicht ausgeführt wird“ (Ehlers 1999, 20). Durch Gedankenverdrängung intensivieren sich die spontanen, unkontrollierbaren intrusiven Symptome (vgl. Ehlers 1999, 18). Auch die Vermeidung von Reizen<sup>51</sup> führt dazu, dass nach und nach immer mehr Reize vermieden werden. Eine weitere dysfunktionale, traumakompensatorische Verhaltensweise ist das Grübeln über das Trauma und dessen Folgen. Es behindert die Elaboration des Traumagedächtnisses und „stärkt [...] wahrscheinlich problematische Interpretationen wie ‘das Trauma hat mein Leben ruiniert‘“ (Ehlers 1999, 21) und führt zu Empfindungen wie Niedergeschlagenheit, Ärger, Anspannung und Hoffnungslosigkeit. Selbstwertprobleme, sozialer Rückzug, Scham und Schuldgefühle im Fall dass die eigene Person besser davongekommen ist als Andere gelten als Folgen (vgl. Sack 2010, 19). Nebensymptome sind sich Verkriechen, Angst vor Auseinandersetzungen, Interessenverlust und Entfremdung (vgl. Linden 2011, 511).<sup>52</sup>

All diese Symptome vermeiden, dass die Traumaerinnerung ins Narrativ integriert wird und verhindern somit auch eine langfristige Besserung.

#### 4.3.3 Traumafolgesymptome bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Neben der beschriebenen Symptomatik liegen folgende Besonderheiten innerhalb der Bezugsgruppe vor. So weißt Stefan Meir (2015) darauf hin, dass Menschen mit IB „nach traumatisierenden Erfahrungen ein eher unorganisiertes Verhalten“ (Meir 2015, 14) zeigen. „Übererregung, Impulsivität, [...] ungesteuerte Aggression [und] Apathie“ (Rießbeck 2013, 209), Schlafstörungen, dissoziative Symptome, die Angst vor dem schlafen gehen, Situationsbedingte Panik- und Angstäußerungen, sowie „Störungen vegetativer Funktionen“ (Došen 2018, 363) erwähnen die Autoren

---

<sup>51</sup> Jemand, der traumabedingt zunächst beispielsweise eine irrationale Angst vor dem aktiven Autofahren entwickelt, kann diese Angst durch Vermeidung auf verknüpfte Reize übertragen sodass er oder sie über die Angst in einem Auto mitzufahren die Angst vor Autos im Allgemeinen und daraufhin die Angst vor Straßen entwickelt und schließlich nicht mehr das Haus verlässt.

<sup>52</sup> Auch Suchtmittelkonsum (vgl. Sachsse 2009, 36), Zwangshandlungen und selbstverletzendes Verhalten (vgl. Sachsse 2009, 49) bieten eine Möglichkeit Traumafolgesymptome zu kompensieren. Eine weitere traumakompensatorische Maßnahme kann die Isolation und Abspaltung der Gefühle sein. Der konstruktive Symptomkomplex beschreibt diese Art der Vermeidung. Zugehörige Symptome sind Depression, Somatisierungsstörungen, Schmerzsyndrome, Anhedonie und hypochondrische Symptome (vgl. Sachsse 2009, 53).

explizit. Die auftretenden Verhaltensweisen treten dabei stark akzentuiert auf. Hennicke nennt hier „heftige aggressiv-expansive Impulsivität, ‚Verweigerung‘ und [depressiven] Rückzug“ (Hennicke 2015, 5). Diese Verhaltensweisen geschehen oft scheinbar ohne Grund (vgl. Senckel 2008, 7). Eine Besonderheit ist das Auftreten elementarer (frühkindlicher) reflexartiger Reaktionen auf Auslösereize im Erwachsenenalter (vgl. Rießbeck 2013, 209), die objektiv betrachtet bizarre und automatisierte Formen annehmen können. Senckel nennt hier beispielsweise autoaggressives Schlagen oder Beschimpfen (vgl. Senckel 2008, 8).

Amor benennt im Zusammenhang mit sexueller Traumatisierung neben stereotypen, autistischen und sexuell aggressiven Verhalten<sup>53</sup> außerdem psychosomatische Symptome wie „Kloßgefühl und Brennen im Mund“ (Amor 2015, 48), „Atem- und Schluckbeschwerden, Essstörungen, Bauch- und Unterleibschmerzen, Hormonerkrankungen, Hauterkrankungen, Asthma, [...] Lähmung, [sowie einen hohen] Muskeltonus in Hüft-, Knie-, und Genitalbereich“ (Amor 2015, 49). Einkoten und Einnässen als Symptome sind insofern wirksam als sie Ekel und Distanz herbeiführen (vgl. Amor 2015, 48).

#### 4.4 Behandlung der PTBS

Grundsätzlich steht fest, dass Traumafolgestörungen bei Menschen mit IB auch in Form einer psychologischen Therapie behandelbar sind (Rießbeck 2013, 213). Darüber hinaus könnten Menschen mit IB die „durch Verringerung der traumatischen Last“ (Rießbeck 2013, 213) freiwerdende Energie für die Bewältigung anderer problematischer Lebensbedingungen nutzen. Aufgrund des sozialarbeiterischen Kontextes und des Fokuses auf dem Verstehen der betroffenen Person sowie den Möglichkeiten einer professionellen pädagogischen Unterstützung dieser Menschen fällt dieser Abschnitt verhältnismäßig knapp aus.

---

<sup>53</sup> Sexuell aggressives Verhalten in Form von öffentlicher Selbstbefriedigung oder dem Ausüben „sadistischer Fantasien an Schwächeren“ (vgl. Amor 2015, 48), welches hauptsächlich der Kompensation und Rache dient. Senckel nennt zusätzlich das posttraumatische Nachspielen von Gewaltsituationen mit Spielfiguren, ohne dabei Emotionen zu zeigen (vgl. Senckel 2008, 8).

#### 4.4.1 Besonderheiten in der Diagnose

Um eine erfolgreiche Behandlung von PTBS zu ermöglichen, sollte PTBS die primäre vorliegende psychische Störung<sup>54</sup> sein (vgl. Ehlers 1999, 23). Darüber hinaus muss der Zeitpunkt der Interventionen weise gewählt werden. So darf sich die betroffene Person während der Behandlung nicht mehr in realer Gefahr befinden. Aufgrund der hohen Quote der Spontanremission innerhalb des ersten Jahres nach dem Trauma ist es im Normalfall sinnvoll die Interventionen erst nach mindestens drei Monaten zu starten<sup>55</sup> (vgl. Ehlers 1999, 24).

Wie Abschnitt 3.5.2 zeigt, ist eine ganzheitliche, multidisziplinäre Diagnostik bei Menschen mit IB unbedingt notwendig. In Diagnose und Therapie zu beachten sind außerdem individuell ausgeprägte „Kommunikationsbeeinträchtigungen, Konzentrations- und Ausdauerschwierigkeiten“ (Rießbeck 2013, 209), eine geringe Belastbarkeit (Meir 2015, 17) oder Underreponding (vgl. Meir 2015, 14) seitens der betroffenen Person. Möglichkeiten bieten hier die Verwendung von Hilfsmitteln zur Kommunikation und der Rückgriff auf eine Fremdanamnese. „Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse sowie besondere Interaktionssituationen“ (Meir 2013, 16) können als diagnostische Hinweise dienen und auch eine Evaluation des Behandlungsverlaufes kann aufschlussreich sein.

Rießbeck erachtet für die diagnostische Erfassung drei Ebenen als wichtig, die im Idealfall im direkten Lebenskontext der betreffenden Person eruiert werden:

1. „individuell: Symptome, Verhaltensauffälligkeiten, Beeinträchtigung von Wahrnehmungskanälen, Sprachverarbeitung, Kommunikationsfähigkeit, Lebensgeschichte, insbesondere Bedingungen der Entstehung der Behinderung, somatische Beeinträchtigungen [...], Schmerzen, Entwicklungshemmungen, intellektuelle Einschränkungen, Kompetenzen und Defizite
2. familiär: Stellung in der Familie, Etikettierung, evtl. Stigmatisierung, Beziehungserfahrungen, Beziehung zwischen innerfamiliären und äußeren Hilfsstrukturen

---

<sup>54</sup> Nach Sachsse bedeutet eine falsche Diagnose eine falsche Behandlung, die unter Umständen als Trigger das Trauma verstärkt anstatt es zu verarbeiten (vgl. Sachsse 2009, 108). Ferner sollte in der Behandlung auf komorbide Störungsbilder Rücksicht genommen werden. Eine bestehende akute Suizidgefahr sollte der PTBS vorgestellt behandelt werden, bestehender Alkohol- und Substanzenmissbrauch sollte unter Umständen ebenfalls vorgestellt behandelt, zumindest aber in der Therapie berücksichtigt werden (vgl. Ehlers 1999, 23). Patienten, die in der Vorgeschichte eine Psychose aufweisen, sind für die Behandlung nicht geeignet und für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ergibt sich eine weitaus längere Behandlungszeit (vgl. Ehlers 1999, 24)

<sup>55</sup> Bei Patienten mit sehr stark ausgeprägten Symptomen kann allerdings ein vorzeitiger Start sinnvoll sein. Das Debriefing, also die interventionelle Konfrontation innerhalb der ersten Tage weist laut maßgebender Studien jedoch keine oder sogar negative Effekte auf die Entwicklung der PTB-Symptome auf (vgl. Ehlers 1999, 24).



3. sozial: aktuelle Lage, existenziell, Beziehungsnetz, kulturell, Ausmaß der Integration im nachbarschaftlichen bzw. kommunalen Alltag, Beziehungen zu behinderungsspezifischer Bezugsgruppe“ (Rießbeck 2013, 209 – 210).

Auch die „Wahrnehmungen der Betreuungspersonen und Untersucher“ (Meir 2015, 15) spielen im Prozess der Diagnose und Behandlung eine nicht zu unterschätzende Rolle, denn selbst die professionelle Wahrnehmung ist im Kontext von Traumatisierung primär von eigenen Vorerfahrungen und eventueller persönlicher Empfänglichkeit für bestimmte Trigger abhängig (vgl. Meir 2015, 16) und prägt damit Einschätzungen, Vorlieben und Entscheidungen. Zusätzlich sind Erfahrungen mit der Bezugsgruppe unbedingt notwendig (vgl. Rießbeck 2013, 213).

#### 4.4.2 Allgemeine Aspekte der Behandlung

##### 4.4.2.1 Das natürliche Verarbeitungssystem traumatischer Erfahrungen

Sachsse (2009) beschreibt sehr eindrücklich, wie traumatische Erfahrungen im Idealfall durch uneingeschränkte Aufnahme, Verständnis, Schutz, Sicherheit, Verteidigung, Solidarität und Loyalität der Bezugsgruppe verarbeitet werden können. Durch eine klare Trennung, durch die der Feind außen ist, und innen “nur Schutz, nur Verständnis und Solidarität” (Sachsse 2009, 54) herrschen, können Schock und Versteinerung des Traumas durch Annahme und Aufnahme durch die Bezugsgruppe langsam gelöst werden. Mit der körperlichen “Umarmung erfährt unser Körper eine Außenstruktur, die wir uns dann nicht mehr durch unsere Erstarrung selbst geben müssen und Hautkontakt, Nähe und Wärme führen zu einer Endorphin-Ausschüttung” (Sachsse 2009, 54). Die natürliche, schmerzliche Reaktion auf Todesangst, Entsetzen, Panik und Ohnmacht kann in sicherem Rahmen geschehen und so die entsetzliche Erfahrung verarbeitet werden. Die in Folge auftretenden Alpträume können überstanden werden, weil neben uns jemand über unseren Schlaf wacht (vgl. Sachsse 2009, 55). Darüber hinaus fördern Gespräche, Ablenkung, oder Verkriechen in der kommenden Zeit die weitere Verarbeitung.

Nach Sachsse verarbeiten 85% der Betroffenen traumatische Erlebnisse gestützt durch ihr soziales Netzwerk innerhalb von drei bis sechs Monaten. Auch philosophische oder spirituelle Weltbilder in denen Unrecht, Pech und Willkür vorkommen können unterstützend wirken (vgl. Sachsse 2009, 55).

#### **4.4.2.2 Ziele der Behandlung**

Nach Sack ist das Ziel der Behandlung von PTBS, neben der "Habituatation"<sup>56</sup> von Angst und Belastung [...], die Modifikation der Erinnerung und das Erarbeiten eines individuellen, entlastenden Narrativs, das die Perspektive des Überlebens und der Gegenwart einschließt" (Sack 2010, 33). Diese Modifikation geschieht durch „die korrigierende Erfahrung, dass Angst durchgestanden werden kann" (Sack 2010, 23). So verliert das Trauma an Schrecken und wird zu einem relativ erträglichen, eindeutig der Vergangenheit zugeordneten Ereignis (vgl. Sachsse 2009, 56).

#### **4.4.2.3 Voraussetzungen der traumatherapeutischen Behandlung**

Bei Menschen mit IB ist zu beachten, dass vor einer traumatherapeutischen Behandlung folgende drei Voraussetzungen erfüllt sind. Diese sind größtenteils Aufgabe der Bezugspersonen und Pädagog\*innen im nahen Betreuungsumfeld:

1. Die betroffene Person ist außer Gefahr (vgl. Rießbeck 2013, 213). Došen führt zusätzlich an, dass die Stress auslösenden Umstände erkannt werden müssen. Darüberhinaus gilt es selbige aus dem Umfeld der Person zu entfernen „und die Umgebung an die Grundbedürfnisse der Person“ (Došen 2018, 364) anzupassen.
2. Die betroffene Person ist ausreichend stabilisiert und fühlt sich sicher. „Eine überschaubare und nachvollziehbare Tagesstruktur, verlässliche personale und tragfähige Beziehungen, Raum für Rückzug und Schutz auch in der Krise“ (Meir 2015, 17) gelten als hilfreich. Bei manchen Personen macht diese Stabilisierung den Großteil der Behandlung aus.
3. Die betroffene Person sowie deren Umfeld stimmen einer Therapie explizit zu (vgl. Meir 2015, 17) und insbesondere das Umfeld ist bereit diesen schwierigen und intensiven Prozess zu begleiten und mitzutragen. Zudem richtet sich die Therapie immer nach „den Voraussetzungen und Möglichkeiten des Klienten und seines sozialen Umfeldes“ (Meir 2015, 16).

Auch während der Traumatherapie ist eine intensive Zusammenarbeit in Form von einer interdisziplinären Behandlung sinnvoll (vgl. Abschnitt 3.5.2). Die hieraus er-

---

<sup>56</sup> Nach Sack nimmt „die zu Beginn der Behandlung oft sehr starke Angst [...] nach 10 bis 15 Minuten - schon aufgrund des Verlaufs der normalen physiologischen Stressreaktion - ab“ (Sack 2010, 23). Dadurch wirkt sie weniger bedrohlich und viel eher überwindbar.

wachsenen Aufgaben der pädagogischen Disziplin sowie deren Handlungsmöglichkeiten werden in Kapitel 5 erörtert.

#### 4.4.3 Psychologische Traumabehandlung<sup>57</sup>

Die verhaltenstherapeutische Behandlung von PTBS setzt sich primär aus In-Sensu-Konfrontation und kognitivem Rekonstruieren zusammen und wird durch In-Vivo-Konfrontation ergänzt. In-Sensu-Konfrontationen sind dabei Expositionsverfahren, in denen sich die Patient\*in “die belastendste Traumaerinnerung mit allen Einzelheiten” (Linden 2011, 514) vergegenwärtigt<sup>58</sup> und diese in Präsens- und in Ich-Form verbalisiert (vgl. Ehlers 1999, 42). Vor allem innerhalb der Narrativen Therapie haben sich In-Sensu-Expositionen bei Menschen mit IB bereits bewährt (vgl. Glasenapp 2015, 37). In-Vivo-Konfrontationen, wie beispielsweise “Autofahren nach traumatisch erlebten Verkehrsunfällen” (Linden 2011, 515) bilden ein praktisches Äquivalent zu In-Sensu-Konfrontationen. Sie gelten als wesentlich belastender (vgl. Glasenapp 2015, 37).

Došen nennt zusätzlich EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) für die Behandlung von Menschen mit leichter und mittelgradiger IB als aussichtsreiche Möglichkeit der Behandlung von PTBS, auch wenn hier bisher keine ausreichenden wissenschaftlichen Hintergründe vorliegen (vgl. Došen 2018, 364).

Die Modifikation traumatischer Erinnerungen spielt in der Traumabehandlung eine entscheidende Rolle. Nach einer gezielten Aktivierung der Traumaerinnerung durch Expositionsbehandlung (vgl. Sack 2010, 30) geschieht die assoziative Modifizierung der traumatischen Erinnerungen durch die “Verknüpfung mit funktionaler Information (z.B. ‘Ich habe es überlebt’)” (Sack 2010, 32). Damit ist die Modifikation traumatischer Erinnerungen ein Lernvorgang:

“Wird der eingeprägte Gedächtnisinhalt erinnert, d.h. erneut aktiviert, gerät die Erinnerung wieder in einen labilen Zustand. Normalerweise wird die Erinnerung dann in unveränderter Weise wieder abgespeichert (Rekonsolidierung), wodurch sie sich noch fester einprägt. Der Prozess der Rekonsolidierung von Erinnerungen kann jedoch gestört werden. Falls eine neue Information zu der bestehenden Erinnerung assoziiert wird, können sich beispielsweise neue neuronale Verknüpfungen ausbilden. Konditionierte Reaktionsmuster, wie etwa Angst- und Stress-

---

<sup>57</sup> In Ehlers (1999): Posttraumatische Belastungsstörungen ist ein ausführlicher Handlungsapparat hierzu aufgeführt.

<sup>58</sup> Gemeint sind alle Sinnesqualitäten: Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen (Linden 2011, 514)

reaktionen, können so in modifizierter Weise neu abgespeichert werden“ (Sack 2010, 29).

Für den Erfolg der Behandlung ist es unbedingt notwendig, dass die Patient\*in sich von der Therapeut\*in verstanden und in der Therapiesituation sicher fühlt (vgl. Ehlers 1999, 29).

## 5 Der traumatisierte Mensch mit intellektueller Beeinträchtigung im pädagogischen Handlungskontext

In der Traumabehandlung bei Menschen mit IB ist die pädagogische Arbeit explizit nicht nur Beiwerk der Psychotherapie sondern stellt „ein eigenes, wichtiges Feld zur Bewältigung traumatischer Belastungen dar“ (Kühn 2015, 39). Aufgrund des spärlichen Forschungsstandes zur Thematik wird in der Literatur häufig auf die Modellierung von Erkenntnissen aus der Traumapädagogik zurückgegriffen. Dies macht vor dem Hintergrund der phasenhaften emotionalen- und Persönlichkeitsentwicklung durchaus Sinn. Es muss aber beachtet werden, dass erwachsene Menschen mit IB über Lebenserfahrung und einen erwachsenen Körper verfügen und dass sie trotz allem Geschehenen ihr Leben irgendwie gemeistert haben. Daher müssen die Hilfen sehr individuell an ihre Bedürfnisse angepasst werden (vgl. Kessler 2016, 236). Gleichzeitig ist der „Kontext struktureller Gewalt und gesellschaftlicher Diskriminierung“ (Mattke 2015a, 154) zu beachten. Auch hier sind entsprechende Maßnahmen angezeigt.

### 5.1 (Trauma)pädagogische Haltung

Traumapädagogische Konzepte und Methoden gründen vor allem in einer pädagogischen Grundhaltung, die „von Respekt, Verständnis und der Bereitschaft zur Beziehung geprägt sein“ (Weiß 2016, 92) muss. Nach Weiß umfasst diese Haltung die Deutung auffälliger Verhaltensweisen als „normale Reaktion auf eine extreme Stressbelastung“ (Weiß 2016, 92); die Annahme eines guten Grundes<sup>59</sup> für auffälliges Verhalten<sup>60</sup>, Reaktionen und Vorannahmen; die Würdigung all dessen was die betroffene Person in ihrem bisherigen Leben geleistet und überstanden hat;

---

<sup>59</sup> Glasenapp (2015, 20) deutet auffälliges Verhalten als Schutz. Die eigene Unversehrtheit zu schützen ist ein guter Grund, selbst wenn dies auf dysfunktionale Weise erfolgt.

<sup>60</sup> Selbst regulatorische Probleme wie einnässen, erbrechen, Schmerzen können auf ein Trauma zurückführbar sein (vgl. Irblich 2006, 121). Das Wissen über diese Verbindungen befähigt zu angemessenem Handeln.

sowie den Willen diesen Menschen dahingehend zu unterstützen ein gutes Leben führen zu können und dafür das eigene Fachwissen zur Verfügung zu stellen ohne der betroffenen Person die Expertise für das eigene Leben abzuerkennen (vgl. Weiß 2016, 92). Das Wissen um Intellektuelle Beeinträchtigung und die dazugehörige sozioemotionale Entwicklung, das Wissen um Besonderheiten der Lebenswirklichkeit der betroffenen Menschen und „das Wissen um die Beeinträchtigung der Stressregulation durch traumatische Erfahrungen“ (Irblich 2006, 121) speist diese traumpädagogische Haltung und erleichtert es, die seitens der Klient\*in aufkommende Wut, Verzweiflung, Aggression, Angst oder emotionale Taubheit nicht persönlich zu nehmen.

Aus der traumpädagogischen Grundhaltung resultieren folgende Forderungen an die Pädagog\*innen: Der Schutz der betroffenen Person, die Vermeidung von Retraumatisierung, die Offenheit für Gespräche, der Glaube an das Gesagte und das Entwickeln kreativer Ideen, um schwache kognitive Leistungsfähigkeit zu kompensieren<sup>61</sup>. Außerdem die Fähigkeit individuelle Stressoren der betroffenen Person wahrzunehmen und diese als solche zu identifizieren (vgl. Kühn 2015, 43), auch dann wenn eigene Handlungen den Stress ausgelöst haben und darüber hinaus die Fähigkeit sich selbst als Teil des Ganzen zu sehen. Das erfordert neben Empathie und Wachsamkeit ein hohes Maß an Reflexionsbereitschaft sowohl gegenüber der eigenen Vergangenheit<sup>62</sup> als auch gegenüber dem eigenen professionellen Handeln. Mattke stellt außerdem „die Achtung von Bedürfnissen [...], Verschwiegenheit und Takt [...] [sowie ein] Begegnen mit Respekt und Würde“ (Mattke 2015a, 156) ins Zentrum der pädagogischen Handlungen.

## 5.2 Hilfen bei Traumatisierung: Stabilisierung und Sicherheit

In den Hilfen für traumatisierte Menschen stehen immer Schutz, Sicherheit, Selbstermächtigung und Stabilisierung<sup>63</sup> im Fokus. Dies gilt insbesondere für Kinder (vgl. Weiß 2016, 186; 120), aber genauso für erwachsene Menschen mit IB (vgl. Mattke 2015a, 151; vgl. Kessler 2016, 237; vgl. Kühn 2015, 40; vgl. Glasenapp 2015,

---

<sup>61</sup> Dazu gehört auch nachzufragen, wenn man etwas nicht versteht oder nicht sicher ist, ob man etwas richtig verstanden hat.

<sup>62</sup> Es handelt sich hier um persönliche Vorerfahrungen (man sieht nur was man kennt ) (vgl. Meir 2015,15) und die mit diesen verbundene persönliche Triggerbarkeit (vgl. Meir 2015, 16).

<sup>63</sup> Natürlich sollte dabei verhindert werden, dass die Stabilisierung nicht tiefer in „eine dysfunktionale Vermeidungshaltung“ (Glasenapp 2015, 30) führt.

30). In den Hilfen ist dabei eine geduldige Grundhaltung von Nöten, um der betroffenen Person möglichst wenig Druck zu machen und damit einhergehenden Kontrollverlust zu vermeiden (vgl. Glasenapp 2015, 31). Eine validierende Beziehungsgestaltung<sup>64</sup> ergänzt durch dialektisches Vorgehen mit akzeptanz- und veränderungsfokussierten Strategien ist unerlässlich (vgl. Glasenapp 2015, 32). Um Stabilisierung zu ermöglichen sind die nun folgenden Bereiche unbedingt zu beachten.

### 5.2.1 Äußere Sicherheit

An erster Stelle steht „Die Herstellung und das Garantieren äußerer Sicherheit“ (Mattke 2015a, 155). Hier ist die räumliche Trennung vom Täter<sup>65</sup> (wenn es einen gibt) genau so wichtig wie die Schaffung struktureller Sicherheit durch ein stabiles und geschultes Betreuerteam (vgl. Schulte 2015, 176) sowie strukturelle Klarheit und die Durchschaubarkeit von Prozessen<sup>66</sup> (vgl. Kessler 2016, 238). Ein ernstzunehmendes Problem ist dabei, dass „Einrichtungen der Behindertenhilfe [...] per se keine sicheren Orte“ (Kühn 2015, 40) sind. Kühn führt dies auf professionelle Hilflosigkeit in der Auseinandersetzung mit unverständlichen Verhaltensweisen, unzureichendes Fachwissen, strukturelle Belegungszwänge und den Mangel an professionellen und finanziellen Ressourcen zurück (vgl. Kühn 2015, 40). Hinzu kommt die häufig bestehende geografische Nähe zum Täter. Die ungenügende Barrierefreiheit kurzfristiger Notfallunterkünfte intensiviert dies (vgl. Göpner/ Maskos 2015, 115). Als unbedingte Voraussetzung für die Entwicklung sicherer Orte in der Behindertenhilfe nennt Kühn die pädagogische Triade von Adressat\*in, Pädagog\*in und Einrichtung (vgl. Abschnitt 5.3.) sowie den geschützten Dialog. Der geschützte Dialog ist das Modell einer kontextübergreifenden, kleinschrittigen Hilfemaßnahme mit dem Ziel Selbstwirksamkeit zu erleben und Kompetenzen zu entwickeln ohne dabei überfordert zu werden (vgl. Kühn 2015, 42).

---

<sup>64</sup> Sie äußert sich durch Anerkennungen wie „Es ist ok, Angst zu haben [...]. Angst kann hilfreich sein und uns schützen“ [...] [statt Diffamierung durch Aussagen wie] „Du musst doch keine Angst haben““ (Glasenapp 2015, 32).

<sup>65</sup> Auch hier gilt es, die Entscheidung der betroffenen Person zu respektieren (vgl. Glasenapp 2015, 33) und ihr Vertraulichkeit zu garantieren. Das kann „schwer auszuhalten sein, z.B. wenn die Klientin weiterhin sexuelle Grenzerfahrungen erleidet, die sie nicht alleine beenden kann, aber auch nicht will, dass eine Bezugsperson, die helfen könnte, darüber informiert wird“ (Bazuin 2015, 185).

<sup>66</sup> Wichtig sind im Betreuungsalltag hier beispielsweise das Wissen darum, wann welcher Mitarbeiter im Dienst und damit Ansprechpartner ist, Benachrichtigungen im Krankheitsfall, die Möglichkeit sich an die Leitung zu wenden, etc.

## 5.2.2 Stabilisierung und innere Sicherheit

An zweiter Stelle stehen Stabilisierung und innere Sicherheit. Sie können durch sichere Bindungserfahrungen und Selbstermächtigung entwickelt werden.

Im Hinblick auf die sozioemotionale Entwicklung nach Došen (vgl. Abschnitt 3.3.2) bietet die Erfahrung einer sicheren Bindung die Chance, alte Entwicklungsblockaden zu überwinden. Auch Kessler sieht in einer sicheren Bindung die Möglichkeit zu Exploration und Entwicklung die hilft „Verhaltensweisen wie Selbstverletzung, Schreien usw. abzubauen“ (Kessler 2016, 237). Insbesondere auf Stresssituationen mit Bindung, Sicherheit und Beruhigung zu antworten ist Teil einer sicheren Bindung (vgl. Irrblich 2006, 212). Die entwicklungsfreundliche Beziehung nach Barbara Senckel und Ulrike Luxen ist hier eine passende Methode (vgl. Senckel 2013, 1).

Selbstbestimmung, Selbstermächtigung, die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und der Aufbau eines Selbstwertes meinen insbesondere das Zurückerlangen der Kontrolle über das eigene Leben und die eigene Wirksamkeit in der Welt. Gelebte Selbstbestimmung in der Traumabehandlung, der Glaube an das Gesagte (auch vor Gericht), Erfahrungen in selbstorganisierten politischen Interessensgruppen (vgl. Kessler 2016, 239) und vor allem Psychoedukation, Empowerment und Kohärenzerfahrungen unterstützen ihre Entwicklung.

Die Psychoedukation beinhaltet Aufklärung „über die Folgen von Traumatisierung für Körper und Seele“ (Bazuin 2015, 192) und vor allem im Bereich der sexuellen Traumatisierung ebenfalls „Information über Sexualität und sexuelle Gewalt“<sup>67</sup> (Matte 2015a, 159). Sie verdeutlicht, dass die eigenen Reaktionen nicht steuerbar waren und die aktuelle Gemütslage und das aktuelle Verhalten kein Versagen darstellt, sondern als normale Reaktion auf etwas Schreckliches verstanden werden können. Im Zusammenhang mit Kohärenz sind hier „Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und [...] Sinnhaftigkeit“ (Kessler 2016, 236) im Kontext von Krankheit und Gesundheit von Bedeutung. Empowerment in Form von Skills-Training bedeutet sich selbst kennenzulernen und in Stresssituationen oder bei überschäumenden Emotionen besser zurechtzukommen (vgl. Glasenapp 2015, 34). Dies geschieht mittels Übungen zu

---

<sup>67</sup> Hier ist überdies zu beachten, dass bei intellektuell beeinträchtigten sexuell traumatisierten Männern unter anderem aufgrund vermeintlicher „Erregung während des Übergriffs“ (Amor 2015, 47) häufig die Angst entsteht nun homosexuell geworden zu sein. Dieses und andere Tabus in Verbindung mit Sexualität gilt es aufzudecken und zu verarbeiten. Offenheit Annahme und Akzeptanz in der professionellen Beziehungsgestaltung sind hier angezeigt.

Achtsamkeit, zwischenmenschlichen Fertigkeiten, Stresstoleranz, dem Umgang mit intensiven Emotionen (vgl. Glasenapp 2015, 35) und ressourcenorientierten Techniken auf kognitiv und imaginativ angemessenen Niveau (vgl. Glasenapp 2015, 36). Dialog als Austausch und im Gegensatz zu Ausgrenzung sowie die damit verbundene Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wirken ebenfalls stabilisierend (vgl. Kühn 2015, 43). Auch der Aufbau sozialer Netzwerke und die Intensivierung persönlicher Beziehungen unterstützen dies.

### 5.3 Pädagogische Triade

Die pädagogische Triade beschreibt eine ganzheitliche Betrachtungsweise der Maßnahme des sicheren Ortes als Voraussetzung von traumasensibler Pädagogik. Die Adressat\*in steht dabei gleichberechtigt neben der individuellen professionellen Persönlichkeit und den institutionellen Bedingungen (vgl. Kühn 2015, 42). Nur wenn auf allen drei Ebenen Sicherheit gewährleistet ist kann traumasensible Pädagogik gelingen:

*Tabelle 3: „Die pädagogische Triade“ nach Kühn (2015, 41)*

Adressat*in	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönlicher, privater Rückzugsraum</li> <li>• Verlässlicher, einschätzbarer Tagesablauf</li> <li>• Klare Transparenz der Dienstplanung</li> <li>• Effizientes Beteiligungs- und Beschwerdemanagement</li> <li>• Zuverlässige Bezugsangebote</li> </ul>
Pädagog*in	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuell-professionelle Befähigung und fachliche Aus- und Fortbildung</li> <li>• Fähigkeit zur Unterscheidung: traumabezogenes oder behinderungsbedingtes Verhalten</li> <li>• Verlässliche Dienstplanung und funktionierende Work-Life-Balance</li> <li>• Mindestens monatliche Supervision und Fachberatung</li> <li>• Traumasensible Vorgesetzte und entsprechende Versorgung</li> <li>• Verlässliche Arbeitsverträge und Karriereplanung</li> </ul>
Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparente Abläufe und Entscheidungsprozesse</li> <li>• Traumasensibles Verständnis in allen Hierarchieebenen</li> <li>• Transparenz über offene und geheime Einrichtungsregeln</li> <li>• Ausgewogenes Verhältnis von pädagogischem und wirtschaftlichem Interesse</li> </ul>



- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Bewusstheit einer besonderen Fürsorgepflicht von Führungskräften für MitarbeiterInnen</li></ul> |
|---|

An dieser Stelle sollen einige weitere Voraussetzungen Beachtung finden:

Um eine solche traumapädagogische Haltung hervorbringen zu können und die beschriebene Sicherheit zu bewirken benötigen Pädagog\*innen selbst einen geschützten Rahmen. Hier ist es notwendig die persönlichen Grenzen zu kennen und einen guten Umgang mit Verantwortung<sup>68</sup> zu pflegen (vgl. Glasenapp 2015, 33). Ein funktionierendes Team kann hier unterstützen. Dafür ist die Einbeziehung der Mitarbeiter\*innen in Personalfragen notwendig. Der Leitung kommt hier und darüber hinaus eine entscheidende Rolle zu. Sie ist dafür verantwortlich, ein gutes, sicheres Umfeld mit klaren Rahmenbedingungen (vgl. Sauder 2015, 110) samt Unterstützung, Respekt und Anerkennung für die geleistete Arbeit zu garantieren. Seitens des Arbeitgebers ist außerdem die Bereitstellung von Gesundheitsfürsorge zentral (vgl. Kessler 2016, 240).

In diesem Zusammenhang bleibt das Risiko der Sekundärtraumatisierung zu beachten. Der intensive Austausch mit traumatisierten Personen fordert seitens der professionellen Begleiter\*innen „einen hohen psychischen Tribut“ (Linden 2011, 518). Die sogenannte sekundäre Traumatisierung ist in der intensiven Auseinandersetzung mit traumatischen Erfahrungen Dritter begründet. Schutz bieten der professionelle Austausch in Netzwerken oder in Supervision sowie „die bewusste Planung persönlicher Entspannungs- und Freizeitmöglichkeiten“ (Linden 2011, 518). Ein reflektierter Umgang entsprechend der eigenen Möglichkeiten und Grenzen im Bezug auf Nähe und Distanz ist unvermeidlich.

Auch wenn oder vielleicht gerade weil diese Arbeit höchst anspruchsvoll ist, spricht Wilma Weiß in diesem Kontext von einer „zum Handeln befreiende[n] Kraft des Wissens“ (Weiß 2016, 199).

## 5.4 Prävention

Grundsätzlich ist Prävention von Gewalt durch drei Kriterien gekennzeichnet: „Voraussetzung von Fachwissen, Priorität Schutz und Vieldimensionalität statt Ein-

---

<sup>68</sup> Gemeint ist hier die Unterscheidung von regulärer Verantwortung (für das aktuelle fachliche Handeln) und irrtümlich durch die betreute Person zugeschriebene Verantwortung (für die traumatisierenden Ereignisse) sowie die Abgrenzung von Zweiter (vgl. Glasenapp 2015, 33).

dimensionalität“ (Mattke 2015b, 87). So sollte Prävention auf gesellschaftspolitischer und auf institutioneller Ebene geschehen und sowohl täterpräventive als auch opferpräventive Ansätzen folgen.

Wie Abschnitt 4.1.1 zeigt gibt es unterschiedliche Arten von Traumatisierung. Bei Traumatisierungen die in der frühen und späten Kindheit geschehen und zu Entwicklungslähmungen führen können, ist ein präventives Vorbeugen nur durch umfangreiche und vielseitige Elternarbeit möglich. Weiter scheint eine frühe behutsame Diagnostik bei auffälligem Verhalten sinnvoll. So können erste Symptome frühzeitig in den Kontext der basalen Bedürfnisse und der Familiengeschichte gestellt und dadurch Schlimmeres verhindert werden.

Aus den in Abschnitt 5.2 beschriebenen Hilfen nach einer Traumatisierung sind ebenfalls traumapräventive Maßnahmen ableitbar: äußere und innere Sicherheit, sichere Bindungen, Selbstwert, Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit, Entscheidungen selbst zu treffen, Prozesse zu verstehen, Psychoedukation und darüber hinaus soziale Netzwerke und Teilhabe wirken präventiv (vgl. Göpner/ Maskos: 2015, 122).

Im Bereich der Prävention sexueller Gewalt existentiell ist zudem die Aufklärung über Sexualität und sexuelle Gewalt sowie das Etablieren einer selbstbestimmten Sexualität. Der eigene Körper, die geschlechtliche Identität, Beziehungen samt aller Wünsche, Hoffnungen und Schwierigkeiten, die Sexualität sowie emotionale Differenzierungen in den Bereichen Scham, Selbstbestimmung, Grenzen, Übergriffe und der Verweis an mögliche Hilfen sind hierbei wichtige Themen (vgl. Huber 2015, 143). ‚Nein‘ zu etwas sagen zu lernen, in einem Kontext<sup>69</sup> in dem gerade das oftmals von außen gar nicht gewollt ist, stellt diesen Kontext vor die Herausforderung eine ernstgemeinte Kultur der selbstständigen Entscheidungen zu etablieren (vgl. Meir 2015, 13).

Damit präventive pädagogische Maßnahmen greifen, ist die multidimensionale konzeptuelle Einbettung von Traumaprävention in pädagogischen Institutionen unabdingbar. Diese beinhaltet für den Bereich der Prävention sexueller Gewalt<sup>70</sup> „im Vorfeld sexuelle Gewalt auf allen Ebenen weitgehend zu vermeiden, Krisensituationen richtig einzuschätzen und dementsprechend zu handeln und adäquat mit Menschen

---

<sup>69</sup> So birgt unter diesen Umständen bereits der „Betreuungsalltag das Risiko für eine (Re-)Traumatisierung“ (Meir 2015, 13).

<sup>70</sup> Prävention von sexueller Traumatisierung soll hier als Beispiel für Traumaprävention in Einrichtungen fungieren.

umzugehen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, ohne sekundärtraumatisierend zu handeln“ (Sauder 2015, 99). Ulrike Sauder formuliert in diesem Kontext folgende Inhaltspunkte eines solchen Konzepts<sup>71</sup>: Die Verankerung der Haltung des Trägers zu dieser Thematik in Leitbild, Konzeption und Qualitätsmanagement sowie deren Auswirkung auf das Schutzkonzept und die professionelle Vernetzung. In der Mitarbeiter\*innenführung muss die Prävention sexuell traumatisierender Gewalt konzeptionell durch einen kooperativen „Führungsstil, Standards beim Einstellungsverfahren, das Schaffen von Rahmenbedingungen<sup>72</sup>, die ‚MitarbeiterInnenpflege‘, die Sensibilisierung der MitarbeiterInnen [und] ein angemessenes Krisenmanagement“ (Sauder 2015, 102) sowie Standards beim Umgang mit Krisen auf Klient\*innenebene (vgl. Sauder 2015, 109) verankert sein. Auch für die Prävention struktureller Gewalt und die anderer Gewaltarten sind klare konzeptionelle Rahmenbedingungen und die Sensibilisierung der Mitarbeiter\*innen unabdingbar.

Des Weiteren sind Vernetzung und Kooperation mit präventiv wirksamen Angeboten außerhalb der Einrichtung enorm wichtig für die Prävention von Gewalt und die von Traumafolgestörungen (vgl. Göpner/ Maskos 2015, 120). Die bestehenden äußeren Barrieren in Form von Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Ausstattung<sup>73</sup> (vgl. Göpner/ Maskos 2015, 114) und auch die inneren Barrieren in Form von Vorbehalten und Ängsten seitens der Fachkräfte aus dem primären Betreuungsumfeld der betroffenen Personen (vgl. Göpner/ Maskos 2015, 115) müssen dazu abgebaut werden.

## 6 Ausblick

Um die Zukunft traumatisierter Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung besser gestalten zu können sind vor allem folgende Themenkomplexe wichtig:

1. Die Etablierung von Handlungswissen zu Trauma, Traumapädagogik und den psychologischen Besonderheiten der Bezugsgruppe für Mitarbeiter\*innen der

---

<sup>71</sup> Für ein ausführliches konzeptuelles Beispiel zur Prävention sexueller Traumatisierung in der Behindertenhilfe siehe Sauder 2015, S. 99-111.

<sup>72</sup> Die Rahmenbedingungen umfassen Fortbildungen, Supervision, Fallbesprechung, Teamarbeit und Vernetzung (vgl. Sauder 2015, 104f)

<sup>73</sup> Der Hauptanteil der Fachberatungsstellen ist relativ hochschwellig (ungeeignet für Rollstuhlfahrer\*innen). Des Weiteren gibt es kaum Einrichtungen, die den besonderen Bedürfnissen blinder oder gehörloser Menschen adäquat begegnen können (vgl. Göpner/ Maskos 2015, 114).

Behindertenhilfe durch Fortbildungen, Supervision und Reflexion sowie die Integration dieses Wissens in die Heilpädagogische Ausbildung.

2. Die Entwicklung pädagogischer (Schutz)konzeptionen unter Berücksichtigung von Traumapädagogik und Traumaprävention in der Behindertenhilfe. Die Vernetzung mit Hilfsangeboten, die Umsetzung und Erweiterung bereits bestehender Konzepte zur multiprofessionellen Zusammenarbeit in Diagnostik und Behandlung und die Forschung zu Möglichkeiten traumapädagogischer Hilfen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.
3. Seitens pädagogischer Institutionen und Träger muss der Rahmen für eine professionelle traumapädagogische Arbeit geschaffen werden.
4. Die Vernetzung von Psychologie, Psychiatrie und Pädagogik zur interdisziplinäre Diagnostik und Behandlung.
5. Gesellschaftspolitisch ist erstens die Finanzierung von entstehenden Programmen, Fort- und Weiterbildungen, Konzepten, Einrichtungen sowie die Förderung von Vernetzung zwischen den beteiligten Professionen angezeigt. Zweitens ist die Sicherstellung von Inklusion vor allem in Form von Teilhabe, Selbstermächtigung, Erweiterungen der Unterstützungsmöglichkeiten (zum Beispiel durch Anwendung von Konzepten zur Glaubwürdigkeit von Zeugenaussagen vor Gericht oder durch Finanzierung von Übersetzung in Gebärdensprache in Beratungsstellen) unbedingt zu fördern.
6. In Aus- und Weiterbildungen insbesondere für Ärzt\*innen und Psycholog\*innen als Angehörige anderer mit der Bezugsgruppe in professionellen Kontakt stehenden Personen muss die Integration fach- und bezugsgruppenspezifischen Wissens unbedingt geschehen. Für den psychologischen Bereich stehen daneben vor allem Kenntnisse über integrative Diagnostik und Behandlung im Fokus. Auf medizinischer und psychiatrischer Ebene ist vor allem eine Sensibilisierung gegenüber Traumareaktivierung und Retraumatisierungsrisiken durch empfundene Hilflosigkeit (Kommunikation, medizinische Eingriffe, Sachverhalte nicht verstehen etc.) von Bedeutung. Zusätzlich ist im Zusammenhang mit Schmerzen und bei der Verschreibung von Psychopharmaka Vorsicht geboten.

## Literaturverzeichnis

Abilgaard, P. (2016): Stärkung von Resilienz im Alter. In: Müller, S.V./ Gärtner, C. (Hrsg.): Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen. Wiesbaden: Springer, 383-399.

Amor, A. (2015): Sexuelle Gewalt gegen Jungen und Männer mit einer sogenannten geistigen Behinderung. In: Mattke, U. (Hrsg.): Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer, 40-54.

Bazuin, A. (2015): „Den Wolf der Freude füttern“. Materialien und Methoden bei der Beratung von sexuell traumatisierten Frauen mit Lernschwierigkeiten. In: Mattke, U. (Hrsg.): Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer, 181-196.

Becker, D. (2006): Erfindung des Traumas – verflochtene Geschichten. 2. Auflage. Berlin: Edition Freitag.

Bojamin, S. (1985): Neuropsihologija razvojnoga doba I opsti reedukativni metod. Belgrad: Privredna Press.

Bowlby, J. (1971): Attachment and loss. London: Hogarth Press.

Böwling, G./ Freyberger, H. J. (2016): Traumareaktivierung und Retraumatisierung im Alter. In: Müller, S.V./ Gärtner, C. (Hrsg.): Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen. Wiesbaden: Springer, 331-343.

Bösebeck, F. (2017): Ambulante und stationäre Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. In: Zeitschrift für Epileptologie, 2017 (4), 258-265

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019a): ICD-10-GM. Online unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F70-F79.html> (Zugriff: 16.06.19).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019b): ICD-11 (Version 4/19). Online unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (Zugriff: 21.06.19).

Döpfner, M. (2018): Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung, In: Falkai, P./ Wittchen, H.-U. (Hrsg.): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe, 39-116.

Dörner, K./ Plog, U./ Bock, T./ Brieger, P./ Heinz, A./ Wendt, F. (Hrsg.)(2017): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. 24. vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrieverlag.

Došen, A. (2018): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. 2. überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Eagleman, D. (2017): The Brain. Die Geschichte von dir. München: Pantheon.

Ehlers, A. (1999): Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe.

Elstner, S./ Salzmann, E. (2014): Angst- und Zwangsstörungen, Belastungs-, dissoziative und somatoforme Störungen. In: Schanze, C. (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer, 129-146.

Emerson, E. (2001); Challenging behaviour: analysis and interpretation in people with severe intellectual disabilities. 2. Auflage. Cambridge: Cambridge University Press.

Fischer, G./ Riedesser, P. (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. erweiterte Auflage. München: Reinhardt.

Frei, E.X. (2001): Betreuung geistig Behinderter mit psychischen Störungen: Aufgabe oder Zumutung? In Frei, E.X. / Furger, M./ Kehl, D. (Hrsg.): Geistig behindert und psychisch krank. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung. Biel: Druckerei Schüler AG, 9-19.

Glaserapp, J. (2015): Besondere Bedingungen in der Diagnostik und Therapie. In: Hennische, K. (Hrsg.): Seelische Verletzungen (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung – Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14. November 2014 in Kassel. Berlin: Materialien der DGSGB (Bd. Nr. 33),19-38.

Göpner, K./ Maskos, R. (2015): Zusammenarbeit hilft! Vernetzung als Weg der Prävention und Intervention bei sexualisierter Gewalt gegen Frauen mit Lernschwierigkeiten. In: Mattke, U. (Hrsg.): Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer, 112-123.

Häßler, F. (2014): Diagnose von Intelligenzminderung. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie, 2014 (8), 159-163.

Haveman, M./ Stöppler, R. (2014): Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Handbuch für eine inklusive medizinisch-pädagogische Begleitung. Stuttgart: Kohlhammer.

Heckmann, C. (2012): Alltags- und Belastungsbewältigung und soziale Netzwerke. In: Beck, I./ Greiving, H. (Hrsg.): Lebenslagen und Lebensbewältigung, Behinderung, Bildung, Partizipation. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik; Bd. Nr. 5), 115-123.

Hennicke, K. (2015): Zur Einführung: Stress und Trauma, in: Hennicke, K. (Hrsg.): Seelische Verletzungen (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14. November 2014 in Kassel. Berlin: Materialien der DGSGB (Bd. Nr. 33), 4-12.

Hertz, B. (2014): Normalität und Abweichung. In: Feuser, G./ Hertz, B./ Jantzen, W. (Hrsg.): Emotion und Persönlichkeit, Behinderung, Bildung, Partizipation. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik; Bd. Nr. 10), 171-177.

Huber, A. (2015): Schlafende Hunde wecken?! In: Mattke, U. (Hrsg.): Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer, 142-148.

Irblich, D. (2006): Posttraumatische Belastungsstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung 2006 (2), 112-121.

Jantzen, W./ Meyer, D. (2014): Isolation und Entwicklungspsychopathologie. In: Feuser, G./ Hertz, B./ Jantzen, W. (Hrsg.): Emotion und Persönlichkeit, Behinderung, Bildung, Partizipation. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik; Bd. Nr. 10), 38-63.

Kandel, E.R. (2006): In search of memory. New York: Norton.

Kessler, R.C./ Sonnega, A./ Bromet, E/ Hughes, M/ Nelson, C.B. (1995): Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. In: Archives of General Psychiatry, 1995 (12), 1048-1060.

Kessler, T. (2016): Behindert uns nicht! Ansätze, Ideen und Entwicklungsaufgaben für eine Traumapädagogik in der Behindertenpädagogik. In: Weiß, W./ Kessler, T./ Gahleitner, S.B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

King, B.H./ Toth, K.E./ Hodapp, R.M./ Dykens, E.M. (2009): Intellectual Disability. In: Sadock, B.J./ Sadock, V.A./ Ruiz, P. (Hrsg.): Kaplan & Saddock's comprehensive

textbook of psychiatry. 9. Auflage. Philadelphia: Wolters Kluwer; Lippincott Williams; Wilkins, 3444-3474.

Kolb, J. (2014): Emotionaler Entwicklungsstand, Erfassung und Umsetzung im aktiven Milieumanagement. In Schanze, C. (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 43-51.

Kreiner, B./ Schrimpf, M./ Gahleitner, S.B./ Pieh, C. (2015): Überlegungen zur Diagnostik traumatischer Belastungen. In: Gahleitner, S.B./ Leitner, A./ Frank, C. (Hrsg.): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim; Basel: Beltz Juventa, 80-94.

Kühn, M. (2015): Praxis der Traumapädagogik – Was muss im Alltag der Betreuung beachtet werden? In: Hennicke, K. (Hrsg.): Seelische Verletzungen (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung – Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14. November 2014 in Kassel. Berlin: Materialien der DGSGB (Bd. Nr. 33), 39-45.

LeDoux, J.E. (1996): The emotional brain. London: Weidenfeld & Nicolson

Linden, M./ Hautzinger, M. (Hrsg.) (2011): Verhaltenstherapiemanual. 5. Auflage. Berlin; Heidelberg: Springer.

Luria, A.R. (1973): The working brain. London: Penguin.

Mattke, U. (2015a): Handlungsorientierungen in der pädagogisch-therapeutischen Begleitung sexuell traumatisierter Menschen mit geistiger Behinderung. In: Mattke, U. (Hrsg.): Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer, 151-163.

Mattke, U. (2015b): Prävention professionell planen und wirkungsvoll praktizieren. In: Mattke, U. (Hrsg.): Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer, 87-98.

Macha, T./ Petermann, F. (ohne Jahr): Intelligenzminderung. Dorsch Lexikon der Psychologie. Online unter: <https://portal.hogrefe.com/dorsch/intelligenzminderung-1/#> (Zugriff: 04.05.2019).

Meins, W. (2000): Epidemiologie der Psychopharmakotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Häßler, F./ Fegert, J.M. (Hrsg.): Moderne



Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Schattauer, 77-84.

Meir, S. (2015): Besondere Bedingungen in der Diagnostik und der Therapie. In: Hennicke, K. (Hrsg.): Seelische Verletzungen (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung – Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14. November 2014 in Kassel. Berlin: Materialien der DGSGB (Bd. Nr. 33), 13-18.

Meyer, T./ Lutz, M. (2017): Geistige Behinderung: Nomenklatur, Klassifikation und die Beziehung zu Epilepsien. In: Zeitschrift für Epileptologie, 2017 (4), 251-257.

Muschalla, B./ Linden, M. (2011): Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. In: Der Nervenarzt, 2011 (7), 917-931.

Molina, F.D. (2018): Trauma und Traumafolgestörungen - Herausforderungen für die professionelle Beziehungsgestaltung. Hamburg: Diplomica.

Neuhäuser, G./ Steinhausen, H.-C. (2003): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation, 3. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Peseschkian, N. (2009): Mikrotraumen oder die sogenannten Kleinigkeiten – Das Drama der kleinen Verletzungen. Online unter: <http://rpp2009.org/Die-Traumatisierung/> (Zugriff: 13.07.2019).

Piaget, J. (1953): The child's construction of reality. London: Routledge.

Purtscher-Penz, K. (2015): Traumatisierung in der Kindheit und Jugend. Hilfe durch Psychotherapie und Traumapädagogik. In: Gahleitner, S.B./ Leitner, A./ Frank, C. (Hrsg.): Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim; Basel: Beltz Juventa, 95-105.

Rießbeck, H. (2013): Patienten mit Behinderungen. In: Sack, M./ Sachsse, U./ Schellong, J.: Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.

Rohrmann, E. (2012): Leben im Heim. In: Beck, I./ Greving, H. (Hrsg.): Lebenslagen und Lebensbewältigung, Behinderung, Bildung, Partizipation, Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik; Bd. Nr. 5), 277-280.

Röpke, S. (2013): Curriculum Traumatherapie. Kurs I: Theoretische Grundlagen I, Traumabearbeitung I (überwiegend non-komplexe PTBS). Berlin: AWP-Berlin.

Rüegg, J.C. (2007): Gehirn, Psyche und Körper: Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. 4. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Sachsse, U. (2009): Traumazentrierte Psychotherapie. 2. Nachdruck 2013. Stuttgart: Schattauer.

Sack, M. (2010): Schonende Traumatherapie. Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. 1. Nachdruck 2011. Stuttgart: Schattauer.

Sappok, T/ Voß, T./ Millauer, E./ Schade, C/ Diefenbacher, A. (2010): Psychotherapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Theoretischer Hintergrund und praktische Umsetzung. In: Der Nervenarzt, 2010 (7) 827-836.

Sauder, U. (2015): Sexuelle Gewalt als Herausforderung für Einrichtungen der Behindertenhilfe. In: Mattke, U. (Hrsg.): Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer, 99-111.

Schanze, C./ Schmitt, R. (2014): Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland. In Schanze, C. (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen. 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 395-402.

Schellong, J./ Hanschmidt, F./ Ehring, T./ Knaevelsrud, C./ Schäfer, I./ Rau, H./ Dyer, A./ Krüger-Gottschalk, A. (2019): Diagnostik der PTBS im Spannungsfeld von DSM-5 und ICD-11. In: Der Nervenarzt, 2019 (7), 733-739.

Schmid, M./ Fegert, J.M./ Petermann, F. (2010): Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. Kindheit und Entwicklung. In: Zeitschrift für klinische Kinderpsychologie, 2010 (1), 47-63.

Schmidt, H. (2014): Tauglichkeit internationaler Diagnosesysteme. In: Schanze, C. (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 34-35.

Schrötle, M. (2015): Lebenssituationen und Gewalterfahrungen von Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung in Deutschland. In: Mattke, U. (Hrsg.): Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer, 29-39.

Schulte, C. (2015): Pädagogisch-therapeutische Begleitung sexuell traumatisierter Kinder mit geistiger Behinderung. In: Mattke, U. (Hrsg.): Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer, 164-180.

Seidel, M. (2014): Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland: Statistik, Lebenswelten, Hilfesysteme und Sozialrecht. In: Schanze, C. (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und –pädagogen. 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer, 6-17.

Senckel, B. (2008): Wunden, die die Zeit nicht heilt – Trauma und geistige Behinderung. In: Geistige Behinderung, 2008 (3), 246-256.

Senckel, B./ Luxen, U. (2013): Die entwicklungsfreundliche Beziehung. Online unter: <http://www.efbe-online.de/uploads/1/7/2/3/17232140/efbe-onlinetextversion4a.pdf> (Zugriff: 20.07.2019).

## SGB IX

Sovner, R./ Hurley, A.D. (1986): Four factors affecting the diagnosis of psychiatric disorders in mentally retarded persons. In: Psychiatric Aspects of Mental Retardation Review's, 1986 (9), 9-14.

Sroufe, L.A./ Rutter, M. (1984): The domain of developmental psychopathology. In: Child Development, 1984 (1), 17-29.

Stein, M.B./ Walker, J.R./ Hazen, H.L./ Forde, D.R. (1997): Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. In: American Journal of Psychiatry, 1997 (8), 1114-1119.

Störmer, N. (2014): Herausfordernde Handlungsweisen. In: Feuser, G./ Hertz, B./ Jantzen, W. (Hrsg.): Emotion und Persönlichkeit, Behinderung, Bildung, Partizipation. Stuttgart: Kohlhammer (Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik; Bd. Nr. 10), 257-261.

Stöppler, R. (2017): Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. 2. aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhard.

Swaab, D. (2010): We are our brains: From the womb to Alzheimer's. Amsterdam; Antwerpen: Uitgeverij Contact.

Terr, L. (1991): Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht. München: Kindler.

Theunissen, G. (2010): Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – bürgerschaftliches Engagement. In: Theunissen, G./ Schirbort, K. (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – soziale Netze – Unterstützungsangebote. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 59-96.

Theunissen, G. (2011): Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. 5. Überarbeitete Auflage. Regensburg: Klinkhardt.

Weiß, W. (2013): Phillip sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim; Basel: Beltz Juventa.

Wittchen, H.-U. (2018): Wichtige Änderungen von DSM-IV zu DSM-5. In: Falkai, P./ Wittchen, H.-U. (Hrsg.): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe, 1107-1118.

Zemp, A. (2002): Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen in Institutionen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2002 (1), 610-652.

Zöllner, T./ Calhoun, L.G./ Tedeschi, R.G. (2006): Trauma und persönliches Wachstum. In: Maerker, A./ Rosner, R. (Hrsg.): Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Stuttgart: Thieme, 36-45.

# Anhang

Anhang 1	Erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung .....	78
Anhang 2.1	Basale Bedürfnisse nach Entwicklungsstand .....	79
Anhang 2.2	Basale emotionale Bedürfnisse.....	79
Anhang 3	Typische Auffälligkeiten (maladaptive Symptome) psychosozialer Entwicklungsstörung nach Persönlichkeitsniveau .....	80
Anhang 4	Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten nach Schwere der intellektuellen Beeinträchtigung .....	81
Anhang 5	Untersuchungsschema für die integrative Diagnostik .....	82
Anhang 6	Modell der Integrativen Diagnose.....	83
Anhang 7	Grafik zur integrativen Behandlung .....	84
Anhang 8	Symptombereiche der Posttraumatischen Belastungsstörung.....	85
Anhang 9:	Die chronische PTBS nach Ehlers und Clark .....	86

## Anhang 1      Erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Risikofaktor		Beispiel/ Folge
Biologisch	Syndrome Sensorische Defizite Epilepsie Stoffwechselstörungen  Medikamente  Körperliche Störungen	Autismus bei tuberöser Sklerose Misstrauen/ Wahn bei Hörstörung Forcierte Normalisierung Schilddrüsenerkrankung bei Down-Syndrom Sedierung, Depression, Sexuelle Funktionsstörung Bewegungsstörungen, Stressabbau reduziert
Psychisch	Intelligenz reduziert  Stresstoleranz reduziert  Kommunikationsprobleme  Dysfunktionale Bewältigungsstrategien Sozio-emotionale Entwicklung beeinträchtigt	Problemlöse- und Introspektionsfähigkeit reduziert Aggressivität oder Rückzug bei Unruhe/ Veränderung Austausch- und Beratungsmöglichkeiten reduziert  Verhaltensauffälligkeiten Verhaltensauffälligkeiten, z.B. Wutanfälle
Sozial	Missbrauch Fehlende Partnerschaft Über-/ Unterstimulation Fehlende Arbeitsfähigkeit	Traumatisierung Fehlende emotionale Unterstützung Unruhe, Resignation Selbstbewusstsein reduziert, Langeweile

(Quelle: Sappok et al. 2010, 828)

## Anhang 2.1 Basale Bedürfnisse nach Entwicklungsstand

Niveau/ Phase	Physio- logische Bedürf- nisse	Territorium	Beweg- lichkeit	Senso- rischer Input	Materielle Umgebung	Soziale Interaktion
<b>0-6 Monate</b>	Labilität	Konstanter Platz im Paum	Bestimmte Körperteile	Inte- Grations- problem	Material für Sensorische Stimulation	Bindungs- verhalten
<b>6-18 Monate</b>	Über- wiegend stabil	Konstanz des Raumes	Körperliches Material	Labilität	Senso- pathisches Material	Bindung
<b>18-36 Monate</b>	Stabilität	Haus	Materielle Umgebung	Stabil	Exploration von Material	Individu- ation
<b>3-7 Jahre</b>	Stabil	Zu Hause, Schule	Leistung	Stabil	Kreativität	Identifi- kation
<b>7-12 Jahre</b>	Stabil	Schule, Umgebung	Kompetenz	Stabil	Produktivität	Realität

(Quelle: Došen 2018, 78)

## Anhang 2.2 Basale emotionale Bedürfnisse

<b>Phase 1 (0-6 Monate)</b>	Basale emotionale Bedürfnisse (Freude, Entspannung) sind an die Regulation physiologischer Bedürfnisse gekoppelt, Integration von sensorischen Reizen, Struktur von Ort, Zeit, Person und Aktivitäten, Konstanz in der Umgebung und die Stimulation von Bindungsverhalten
<b>Phase 2 (6-18 Monate)</b>	Körperlicher Kontakt, Bindungsperson, Bindung, soziale Stimulation, Sicherheit, Umgang mit Material
<b>Phase 3 (18-36 Monate)</b>	Zunehmende Distanz im Kontakt, Festigung eines bestimmten Autonomiegrades, Belohnung von sozialem Verhalten
<b>Phase 4 (3-7 Jahre)</b>	Identifikationsfigur, soziale Akzeptanz, soziale Kompetenz
<b>Phase 5 (7-12 Jahre)</b>	Erkennen eigener Leistungen, Vollwertigkeit, Produktivität und Kreativität im Umgang mit der materiellen Welt, feste Regeln im Sozialverhalten

(Quelle: Došen 2018, 79)

### Anhang 3

## Typische Auffälligkeiten (maladaptive Symptome) psychosozialer Entwicklungsstörung nach Persönlichkeitsniveau

<b>Störung der Homöostase</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Probleme der physiologischen Regulation (z.B. Schlafen, Essen, Verdauung)</li><li>• Probleme der sensorischen Integration</li><li>• Selbststimulation durch isolierte Reize</li><li>• Veränderungen in der Umgebung</li><li>• Wutausbrüche</li><li>• selbstverletzendes Verhalten</li><li>• Stereotypien</li><li>• Zurückgezogenheit</li><li>• Passivität</li></ul>
<b>Bindungsstörung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Suche nach Körperkontakt</li><li>• Apathie in bedrohlichen Situationen</li><li>• Angst vor Fremden</li><li>• schnelle Stimmungswechsel</li><li>• impulsive Reaktion bei Frustration</li><li>• Aggressivität gegenüber Bindungspersonen</li><li>• selbstverletzendes Verhalten bei hoher Frustration</li><li>• zwanghaftes Beschäftigen mit Material</li><li>• entwickelte Rituale</li></ul>
<b>Störung der Selbst-Fremd-Differenzierung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Suche nach ständiger Aufmerksamkeit wichtiger Personen</li><li>• nicht allein sein können</li><li>• kein oder wenig Interesse an Material</li><li>• unruhig, hyperaktiv, chaotisch</li><li>• kein Interesse an Altersgenossen</li><li>• stur den eigenen Willen durchsetzen wollen</li><li>• negativistisch</li><li>• oppositionell</li><li>• destruktiv</li><li>• gereizt</li><li>• überwiegend dysphorisch verstimmt</li></ul>
<b>Störung der Ich-Strukturierung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abhängigkeit von der Beaufsichtigung durch wichtige Personen</li><li>• egozentrisch</li><li>• Autoritätskonflikt</li><li>• Versagensangst</li><li>• wenig Interaktion mit Gleichaltrigen</li><li>• geringe Selbstregulation</li><li>• Impulsivität</li><li>• kein Selbstvertrauen</li><li>• Flucht in eine Fantasiewelt</li><li>• Somatische Beschwerden bei psychischen Spannungen</li></ul>

(Quelle: Došen 2018, 83)



## Anhang 4 Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten nach Schwere der intellektuellen Beeinträchtigung

Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung	Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
Schwerste IB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störung der psychophysiologischen Homöostase</li> <li>• Kontaktstörungen</li> <li>• Autismus-Spektrum-Störung</li> <li>• Selbstverletzendes Verhalten</li> <li>• Stereotypes Verhalten</li> <li>• Störung des Bindungsprozesses</li> <li>• Psychotische Zustände</li> <li>• Maladaptives Verhalten</li> </ul>
Schwere IB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotische Störungen</li> <li>• Affektive Störungen</li> <li>• Bindungsstörung</li> <li>• Trennungsangst</li> </ul>
Mittelgradige IB	<p>Störungen der Individuation und der Identifikationsprozesse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungen mit oppositionellem Trotzverhalten</li> <li>• Psychotische Zustände</li> <li>• Affektive Störungen</li> <li>• Angststörungen</li> <li>• Zwangsstörungen</li> <li>• Maladaptives Verhalten</li> </ul>
Leichte IB	<p>Störungen von Prozessen in der Phase des Realitätsbewusstseins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ADHS</li> <li>• Psychotische Zustände</li> <li>• Affektive Störungen</li> <li>• Delinquentes Verhalten</li> </ul>

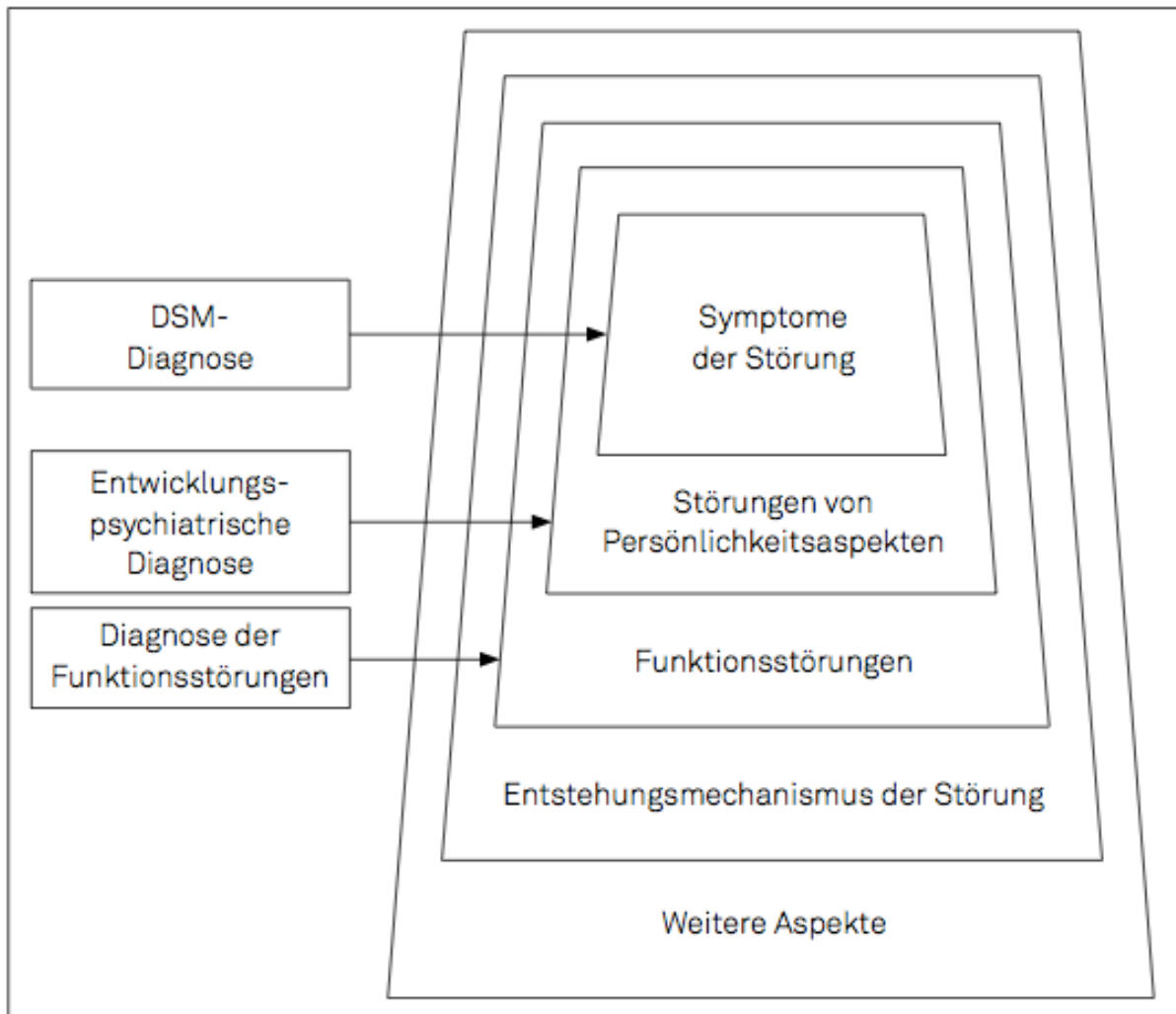
Quelle: (Došen 2018, 231-278)

## Anhang 5      Untersuchungsschema für die integrative Diagnostik

1. *Anamnese*
  - Beschreibung des Problems
  - Milieubedingungen
  - medizinische Familienanamnese
  - Beschreibung der Entwicklung (mit besonderem Augenmerk auf die verschiedenen Entwicklungsphasen)
  - Beschreibung der heutigen Situation (was berichtet der Patient selbst und was berichten andere)
2. *Beobachtung des Verhaltens*
3. *Körperliche Untersuchung* (allgemeine körperliche und neurologische Untersuchungen einschließlich genetischer Diagnostik; weitergehende Diagnostik evtl. motorischer und sensorischer Abweichungen sowie psychosozialer Funktionseinschränkungen)
4. *Psychologische und heilpädagogische Untersuchung*
  - kognitives Entwicklungsniveau
  - soziales Entwicklungsniveau und Anpassungsfähigkeit des Verhaltens (adaptives Verhalten)
  - emotionales Entwicklungsniveau
  - Persönlichkeitsentwicklung und Persönlichkeitsmerkmale
  - neuropsychologische Untersuchung
  - Verhaltensanalyse
5. *Psychiatrische Untersuchung*
  - Bewusstseinsqualität
  - Orientierung zu Zeit, zu Ort und zur Person
  - formale Denkstörungen
  - inhaltliche Denkstörungen
  - Störungen des Gefühlslebens
  - Störungen von Wille und Motivation
  - Störungen von Motorik und Haltung
  - Störungen physiologischer Funktionen
  - Störungen sensorischer Funktionen
  - Verhaltenseigenschaften (Persönlichkeitszüge)
  - basale emotionale Bedürfnisse und Motivationen
  - basale Lebensprobleme
  - Copingmechanismen
  - Interaktionsmuster
6. *Untersuchung der schulischen und beruflichen Leistungsfähigkeit*
7. *Stärken der Person*
8. *Untersuchung der Lebensbedingungen*
9. *Sonstige relevante Untersuchungen*

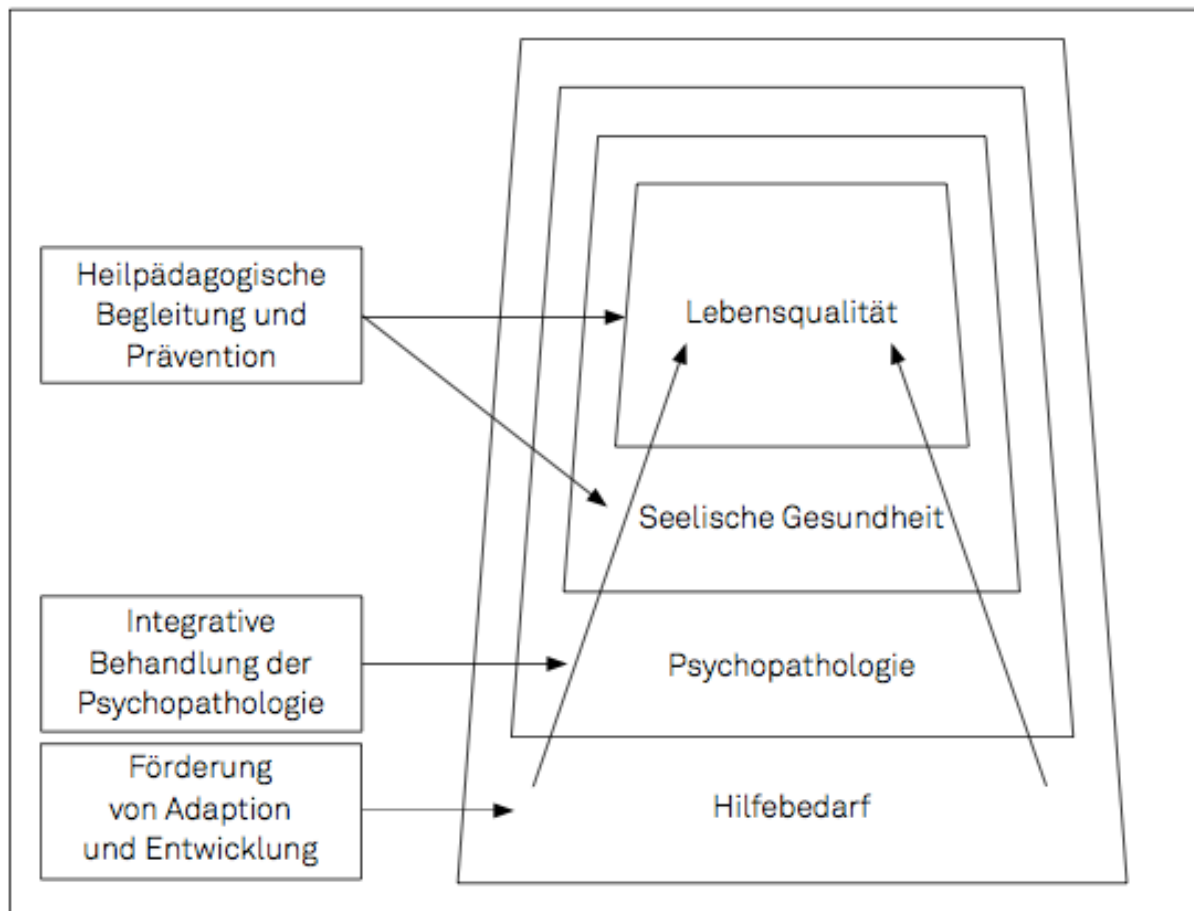
(Quelle: Došen 2018, 92)

## Anhang 6 Modell der Integrativen Diagnose



(Quelle: Došen 2018, 120)

## Anhang 7 Grafik zur integrativen Behandlung



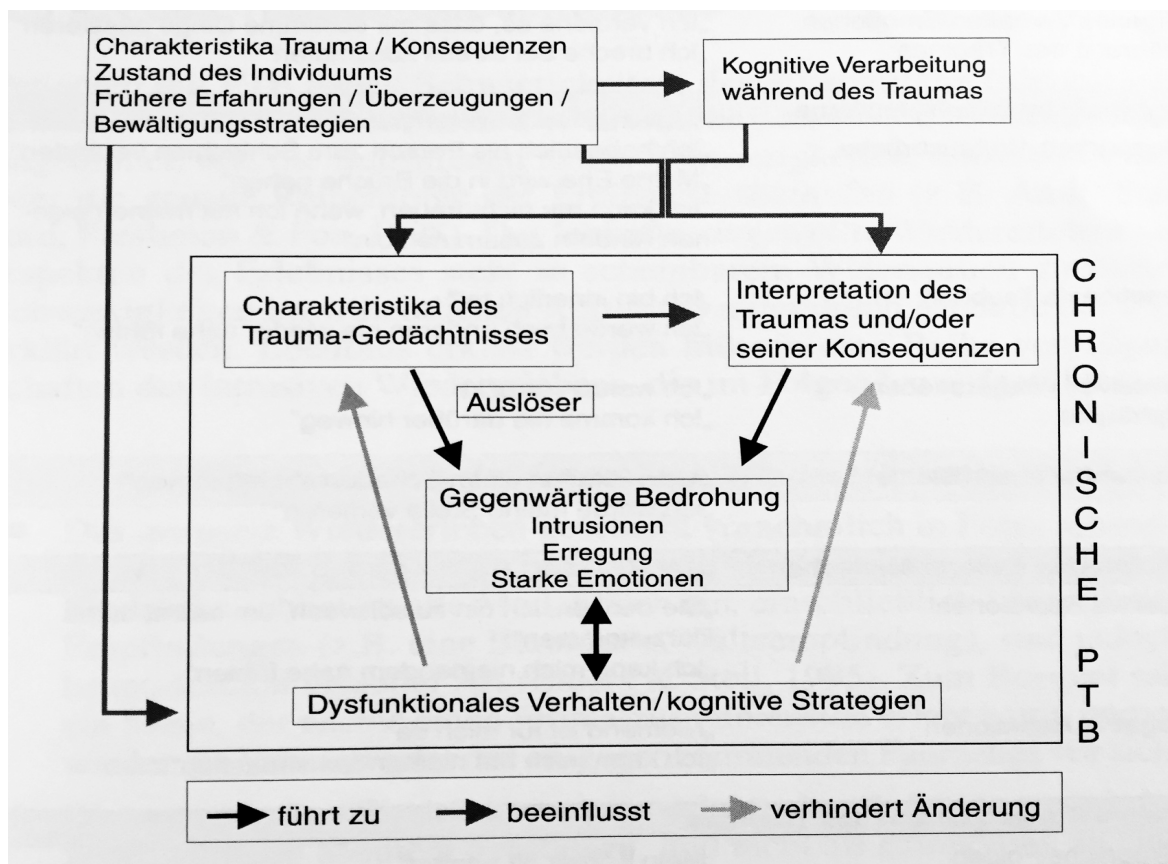
(Quelle: Došen 2018, 127)

## Anhang 8      **Symptombereiche der Posttraumatischen Belastungsstörung**

<p><b>Wiederholen</b> traumatischer Erfahrungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Gedanken (Belastende Erinnerungen)</li> <li>▪ Bildern (belastende/ängstigende Träume)</li> <li>▪ Somatisch (Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt)</li> <li>▪ Handeln (Neuinszenierungen traumaspezifischer Inhalte)</li> </ul>
<p><b>Ständiges Vermeiden</b> von traumabezogenen Reizen und Erinnerungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orte</li> <li>▪ Personen</li> <li>▪ Gedanken</li> <li>▪ Gefühlen</li> <li>▪ Situationen</li> <li>▪ Interaktionen</li> <li>▪ Erinnerungen</li> </ul>
<p><b>Probleme bei der Steuerung physiologischer Antworten auf Stress</b> (Andauernde Symptome erhöhter körperlicher Erregung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schlafstörungen</li> <li>▪ Erhöhte Anspannung</li> <li>▪ Übermäßige Schreckreaktionen</li> <li>▪ Konzentrationsschwierigkeiten</li> <li>▪ Reizbarkeit</li> <li>▪ Wutausbrüche</li> </ul>
<p><b>Intensive psychische Belastung bei Konfrontation</b> mit internalen oder externalen Hinweisreizen. Diese können ein Symbol für ein Trauma sein oder an einen Teilaspekt erinnern.</p>
<p><b>Verlust der Fähigkeit</b>, am Alltag teilzuhaben und Liebe und Befriedigung zu erleben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten</li> <li>▪ Verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten</li> <li>▪ Einschränkung der affektiven Bandbreite</li> <li>▪ Entfremdung / Rückzug</li> </ul>
<p><b>Bei Kindern und Jugendlichen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regression (Mutismus, Einnässen, Einkoten, Nahrungsverweigerung)</li> <li>▪ Ausgeprägte agitierte Erregungszustände infolge bestimmter Schlüsselreize</li> <li>▪ Schlafstörungen</li> <li>▪ Alpträume</li> <li>▪ Angst vor Dunkel</li> <li>▪ Angst vor Alleinsein</li> <li>▪ Verlust bereits erworbener Entwicklungsniveaus</li> <li>▪ Bindungsstörung</li> </ul>

(Quelle: Meir 2015, 15)

## Anhang 9: Die chronische PTBS nach Ehlers und Clark



(Quelle: Ehlers 1999, 13)

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen 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