Klaus Hennicke
(Hrsg.)

Seelische Verletzung (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung

Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB
am 14. November 2014 in Kassel

Materialien der DGSGB
Band 33

Berlin 2015

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Informationen sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

ISBN 978-3-938931-34-9

®2015 Eigenverlag der DGSGB, Berlin
Internet: klaus.hennicke@posteo.de
1. Aufl. 2015

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.
Printed in Germany.
Druck und Bindung: sprintout Digitaldruck GmbH, Grunewaldstr. 18, 10823 Berlin

Seelische Verletzung (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung - Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14. November 2014 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Klaus Hennicke	**4**
Zur Einführung: Stress und Trauma	
Stefan Meir	**13**
Besondere Bedingungen in der Diagnostik und der Therapie	
Jan Glasenapp	**19**
Verstehen - Lernen – Lehren. Wie können traumabezogene (psycho)therapeutische Konzepte im pädagogischen Alltag genutzt werden?	
Martin Kühn	**39**
Praxis der Traumapädagogik - Was muss im Alltag der Betreuung beachtet werden?	
Susanne Schmid	**46**
Überlegungen zu einem Versorgungskonzept nach Großschadens-ereignissen	
Autorinnen und Autoren	**56**

Zur Einführung: Stress und Trauma

Klaus Hennicke

Belastungen und Anpassungsstörungen

Erfahrungen von Belastungen und Bedrohungen aller Art und auf allen Dimensionen des Lebens (körperliche, psychische und soziale) sind unvermeidlich. Sie sind wesentlicher Motor unserer psychosozialen Entwicklung, wenn es gelingt, diese Erfahrungen in unsere Persönlichkeit zu integrieren. Wenn sie als aktuelle Herausforderungen unbeschädigt bewältigt werden können, bedeutet das eine günstige Voraussetzung, auch spätere, kommende Belastungen zu bewältigen. Das Grundmodell, dass diese Vorgänge beschreibt, wurde in den 1930er von Hans SELYE (1907-1982), ein österreichisch-kanadischer Mediziner als *Anpassungsleistungen* des Organismus an die Belastungen entdeckt und als Lehre vom Anpassungs- oder Adaptationssyndrom des Körpers auf erhöhte Belastungen („Stresskonzept“, „Stressmodell“) weltweit bekannt. Es war eine bahnbrechende Entdeckung und bot erstmals ein robustes Modell über den über Gehirn, Nervenbahnen und Hormone vermittelten Zusammenhang von Körper und Seele.

Es beschreibt einen biologisch festgelegten Ablauf vegetativer Reaktionsphasen des menschlichen Organismus zur Bewältigung bedrohlicher Situationen. Der körperliche Zustand soll damit in die Lage versetzt werden, sich der Situation stellen zu können („Kampf“ oder „fight“) oder der Bedrohung zu entkommen („Flucht“ oder „flight“). Diese einfache Verhaltensschema „Kampf oder Flucht“ gehört zu menschlichen Grundausstattung. Es wird natürlich sowohl durch die je individuellen körperlichen und psychologischen Voraussetzungen als auch durch verschiedenen sozialen und sachlichen Kontextbedingungen sowie durch die Art und Weise der Bedrohung/Belastung selbst „ausgestaltet“ oder modifiziert.

Zunächst wurde sehr bald erkannt, dass die Anpassungsmöglichkeiten des Organismus nicht unendlich vorhanden sind. Andauernde Stressbelastung kann zu einer Überanspruchung oder andauernden Überforderung führen, die aufgrund der hormonellen Überfunktionen körperliche Schäden bedingen kann (Schwächung des Immunsystems, Verdauungsprobleme, Magengeschwür, Herzinfarkt, erhöhter Blutdruck, Gefäßverengung mit Arteriosklerose, Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt). Diese Situation wurde als „Disstress“ bezeichnet und ist heute noch Teil der „multifaktoriellen“ Erklärungen vieler körperlicher Erkrankungen.

Gleichzeitig wurde klar, dass auf der psychologischen Ebene Belastungen von den einzelnen Personen sehr unterschiedlich wahrgenommen werden z.B. in ihrer Bedrohlichkeit, und in sehr unterschiedlicher Weise damit umgegangen werden kann. Richard S. Lazarus entwickelt ab den 1960er Jahren sein erweitertes, komplexes Stressmodell und konnte zeigen, dass in vielfältiger Weise kognitive, emotionale und soziale Bedingungen und Faktoren ein Rolle spielen, wie der Einzelne mit Stress umgeht und was das für ihn für Folgen hat („Coping“).

Unter psychiatrischen Aspekten wird die „Akute Belastungsreaktion“ (ICD-10 F43.0) beschrieben als Reaktion auf eine außergewöhnliche (körperliche und psychische) Belastung mit manchmal sehr heftiger und auffälliger Symptomatik, die im Kern bereits alle Aspekte tiefgreifender, traumatischer Reaktionsweisen zeigt, aber nach wenigen Stunden oder Tagen wieder abklingt. Die Alltagsbezeichnungen seelischer „Schock“ oder akute „Krise“ fallen unter diese Kategorie. Plötzlich Stimmungs-, Verhaltens- und Antriebsänderungen bei Menschen mit Intelligenzminderung, die nach Veränderungen auftreten, auch wenn diese von außen als sehr geringfügig eingeschätzt werden, könnten unter diesem Aspekt verstanden werden.

Als psychiatrisches Pendant zum „Disstress“ können die sog. „Anpassungsstörungen“ (ICD-10 F43.2) aufgefasst werden. In der Definition der ICD-10 handelt es sich um *längerdauernde Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und die während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder auch nach schwerer körperlicher Krankheit auftreten.* Die Menschen geraten also unter Belastungen in eine seelische Verfassung, die sie in ihren alltäglichen Lebensvollzügen erheblich und häufig im Sinne eines Teufelskreises zunehmend beeinträchtigt. Sie werden unausgeglichen, impulsiv-aggressiv, andauernd angespannt, ängstlich oder/und depressiv verstimmt, manchmal regressive Tendenzen, antriebs- und leistungsgemindert, verstärkter Suchtmittelgebrauch. Bei Menschen mit Intelligenzminderung sind diese genannten Verhaltensweisen stark akzentuiert (z.B. heftige aggressiv-expansive Impulsivität, „Verweigerung“ und depressiver Rückzug).

Stressreaktionen, Reaktionen mit übermäßige, andauernden Stress (Disstress), akute Erlebnisreaktionen und Anpassungsstörungen sind sämtliche –obwohl in vielfältiger Weise auch biologisch begründet – menschliche *Anpassungs-strategien* an Anforderungen, Belastungen, Bedrohungen, die mehr oder weniger bewusst und unter eigener Kontrolle, also im Sinne einer bestehenden persönlichen Handlungsfähigkeit gestaltet werden. Sie dienen der Bewältigung und sind daher subjektiv sinnvoll. Sie erscheinen dann als gestört oder werden im Sinne des psychiatrischen Modells als Störung eingeschätzt, wenn sie die

Funktionsfähigkeit des Betroffenen in signifikanter Weise betreffen und subjektiv als „Leiden“ (unangenehme, nicht steuerbare, störende, emotionale kränkende Einschränkung oder Beeinträchtigung) erlebt werden.

Für unseren Kontext ist entscheidend, dass bei den eben beschriebenen Problemfeldern die subjektive Handlungsfähigkeit mehr oder weniger erhalten bleibt und dass das Resultat der Handlungen die mehr oder (häufiger) weniger funktionale Bewältigung der Belastungen ist. Wenn die Belastungen einen traumatischen Charakter annehmen, ist der Betroffene dem Ereignis ohnmächtig und schutzlos ausgeliefert und er verliert weitgehend die aktuelle Handlungsfähigkeit.

Traumatische Erfahrungen und Posttraumatische Belastungs-störungen

Fischer & Riedesser (2003) habe dafür die m.E. treffendste Definition von „Trauma“ geliefert: Ein seelisches Traum *„(ist) ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungs-möglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.* Die Internationale Krankheitsklassifikation ICD-10 formuliert dies so: *„Ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“.*

Die *traumatische Reaktion* läuft auf ganz basalen neuropsychologischen Ebenen ab, die nicht steuerbar sind, anders als bei den oben beschriebenen nichttraumatischen Belastungen. Sie ist durch drei wesentliche Veränderungen gekennzeichnet:

Die betroffene Person befindet sich in einer ausweglosen Situation (bildlich gesprochen in der „traumatischen Zange“), die sie auf allen Ebenen der Person „erstarren“ lässt („Konstriktion“): z.B. emotionale Gefühllosigkeit, körperliche Bewegungsunfähigkeit, soziale Abwehr und Rückzug. Der seelisch-körperliche Situation verändert sich in einen Zustand andauernder, fortwährender Aktivierung von Körper und Seele („Hyperarousal“ = übermäßiges Erregungsniveau). Von besonderer Bedeutung ist, dass das traumatische Ereignis unverändert, d.h. unverarbeitet in der Seele verbleibt („Intrusion“) und jederzeit – bei bestimmten Auslösern („Trigger“) – als Ganzes oder in Teilen ins Bewusstsein kommen kann (sog. „Nachhallerinnerungen“ oder „flashbacks“). Auch diese Verhaltensauffälligkeiten sind zunächst zu verstehen als nachvollziehbare und verständliche Anstrengungen der Person, mit den Verletzungen umzugehen. Insofern sind sie Ausdruck der „sinnvollen“ Selbstschutzanstrengungen, um mit dem eigentlich Unerträglichen

zurechtzukommen, sie sind aber keine Bewältigungsstrategien des Traumas im engeren Sinn, d.h. sie lösen das Problem nicht, lassen es allenfalls erträglicher werden. Im Umgang mit traumatisierten Menschen sollten daher die „Äußerungsformen“ nicht als „pathologisch“ etikettiert werden. Die Betroffenen selbst aber erleben diese Zustände als leidvoll, beeinträchtigend und hinderlich, und die Umwelt sieht häufig erhebliche Einschränkungen der Funktionsfähigkeit. Aufgrund der tiefgreifenden emotionalen Beeinträchtigungen allerdings sind traumatisierte Menschen oftmals nicht in der Lage, therapeutische Hilfe zu nutzen.

Wenn es der Person gelingt, damit ein hinreichend zufriedenes Leben zu führen ohne allzu viele Funktions- resp. Teilhabebeeinträchtigungen, wird sie selbst und ihre personale Umwelt nicht darauf drängen, therapeutische Hilfe zu suchen. In dem Augenblick aber wo die Lebensvollzüge derart eingeschränkt sind, dass die Person darunter leidet, oder tatsächlich die Anpassung an übliche Lebensbedingungen nicht mehr gelingt, sind Interventionen auf welcher Ebene und mit welchen Methoden auch immer ethisch angezeigt.

Abb.1: Mögliche psychiatrische Störungsbilder nach traumatischen Erfahrungen

Traumatische Lebenserfahrungen werden in der Psychotherapie und Psychiatrie als die wichtigsten ursächlichen Bedingungen für die Entstehung psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten angesehen. Abb. 1 zeigt, dass praktisch alle wesentlichen psychischen Störungsbilder als Traumfolgestörungen auftreten können. Es gibt daher keinen Grund anzunehmen, dass dies bei Menschen mit Intelligenzminderung nicht so ist, vielmehr sogar eine höhere Wahrscheinlichkeit für diese Zusammenhänge besteht, wie im Folgenden ausführlicher belegt wird. Es müsste zudem genauer untersucht werden, ob sich in der großen Gruppe der Menschen mit Intelligenzminderung und Problemverhalten (sog. Herausforderndem Verhalten) (vgl. COOPER, 2007) ohne eine definierte psychiatrische Diagnose nicht viele mit Traumafolgestörungen verbergen.

Bedrückende Realität

Menschen mit Intelligenzminderung sind aufgrund zahlreicher individueller und psychosozialer Bedingungen und Faktoren einem hohen Risiko ausgesetzt, *belastende Erfahrungen* zu machen und durch diese Belastungen traumatisiert zu werden. Beide Risiken sind signifikant höher als bei nicht intelligenzgeminderten Personen.

Solche belastenden Erfahrungen sind zunächst alle Lebensereignisse, die auch bei nicht-beeinträchtigten Menschen eine schwere Belastung darstellen z.B. Verluste wichtiger Bezugspersonen, Bedrohungen, Krankheiten, medizinische Eingriffe, Unfälle, Naturereignisse, Gewalt und Missbrauch). Darüber hinaus sie die Risiken für körperliche, sexuelle und emotionale Gewalt und Missbrauch signifikant erhöht und zwar in allen Lebenskontexten (Familie, Schule, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Umwelt/Gesellschaft). Beispielsweise wird die Häufigkeit, sexuelle Misshandlung oder Missbrauch zu erfahren, wie folgt eingeschätzt (vgl. auch ZEMP et al., 1997; KLEIN et al., 1998; SOBSEY, 1994; SINASON, 1993; FIRTH et al., 2001):

- Das Risiko für sexuellen Missbrauch ist 4-10 mal höher als bei nichtbeeinträchtigten Menschen (MORANO, 2001)
- Die sexuellen Gewalterfahrung bei intelligenzgeminderten Kindern sind wesentlich gravierender (SOYLU et al., 2013).
- Nahezu 100% der befragten männl. und weibl. Heimbewohner (ZEMP, 2002) haben sexuelle Übergriffe erlebt
- Die Dunkelziffer wird als extrem hoch eingeschätzt (THARINGER et al. 1990), weil z-B- nur die krassesten Vorfälle in Einrichtungen bekannt oder berichtet werden (MARCHETTI & McCARTNEY 1990).

Vor allem die häufig lebenslange Abhängigkeit von Betreuungspersonen, die Erfahrung der eigenen Macht- und Wehrlosigkeit sowie des Ausgeliefertseins,

fehlende Kenntnisse über und Erfahrungen mit partnerschaftlicher Sexualität spielen dabei eine wichtige Rolle. In gleicher Weise werden durch diese und andere Bedingungen die Wahrscheinlichkeiten für emotionalen und körperlichen Missbrauch erhöht (vgl. BALDERIAN, 1991; MENCASP, 2001).

Die Lage für die Menschen mit Intelligenzminderung verschärft sich zudem durch das erhöhte Risiko, von belastenden Ereignissen eher traumatisiert zu werden als nichtbehinderte Menschen. Das hat vielerlei Gründe (vgl. u.a. VOSS, 2010; SENCKEL, 2008; BERGER, 2000; TOMASULO & RAZZA, 2007; HERPERTZ-DAHLMANN, 2008; STREEK-FISCHER et al, 2009; MEVISSEN & DE JONGH, 2010; FISCHER & RIEDESSER; 1999; LITZ & ROEMER, 1996; KAPFHAMMER, 2000), die im Folgenden stichwortartig aufgelistet werden sollen:

1. Annahme einer von vornherein erhöhten seelischen Verletzlichkeit (Vulnerabilität) infolge
   - niedriger („früher“) sozio-emotionaler Entwicklungsstand
   - früher emotionaler Beeinträchtigungen durch unsichere Bindung, Deprivationserfahrungen, frühe Verlusterfahrungen; unangemessene, aversive Erziehung
   - der kognitiven Beeinträchtigungen im Umgang mit Belastungen, Gefahren, Gewalt;
   - unangemessene/geringe/fehlende Copingstrategien und Ressourcen
   - geringer oder fehlender Sprachkompetenz, Ereignisse zu verbalisieren oder mitzuteilen
2. Geringe/fehlende protektive bzw. korrektive Faktoren durch nicht hinreichende Verfügbarkeit und/oder Qualität der sozialen Unterstützung: Ereignisse können nicht mitgeteilt werden, werden nicht wahrgenommen oder werden nicht geglaubt
   - Geringes Bewusstsein resp. psychologische Abwehr für die Risiken bei den Bezugspersonen und professionellen Helfern
   - objektiv belastende, unangemessene Lebensumstände (Über- und Unterforderungen, Unverständnis, Diskriminierung, Isolation, Mobbing; „Förderterror“; invasive, schmerzhafte, langwierige medizinische Maßnahmen); daher auch hohes Risiko der Retraumatisierung
   - oftmals intensive emotionale und/oder strukturelle Nähe zum Täter in der Betreuungssituation
3. Ereignisse und Belastungen (oftmals in der Außensicht als sehr gering belastend bewertet) geschehen häufig multipel, dabei wiederholt aufeinanderfolgend oder gleichzeit-kumulativ auf körperlicher, psychologisch-emotionaler und sozialer Ebene.

Schlussfolgerungen

1. Die erhebliche Bedeutung traumatischer Lebenserfahrungen im Leben von Menschen mit Intelligenz-minderung *muss* für alle unterstützenden und begleitenden Personen Anlass sein, Verhaltensauffälligkeiten auch in diesem Kontext wahrzunehmen und - falls sich *entsprechende* Hinweise ergeben - dafür zu sorgen, dass eine qualifizierte Diagnostik durchgeführt wird.
2. Dies ist eine fachlich anspruchsvolle Aufgabe, die nur durch entsprechende Fachleute durchgeführt werden kann. Nur sie können entscheiden, ob entsprechende psycho- bzw. traumatherapeutische Hilfen angezeigt sind (vgl. IRBLICH, 2005)
3. Eine traumabezogene Psychotherapie (in betreuenden Settings) muss „traumapädagogisch“ unterstützt werden. Gleichzeitig müssen die psychotherapeutischen Erkenntnisse in der Betreuungspraxis berücksichtigt werden. Ob Traumapädagogik allein eine hinreichende Hilfe bedeutet, ist nicht auszuschließen.
4. In allen Lebenskontexten von Menschen mit Intelligenz-minderung ist es von entscheidender Bedeutung, dass die unterstützenden und begleitenden Personen sich auf ein gemeinsames Grundverständnis des Problems („Störungsmodell“) verständigen und bereit sind, die häufig multimodalen Interventionen zu koordinieren und längerfristig durchzuhalten.
5. Einrichtung spezialisierter ambulanter und (teil-) stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Diagnostik- und Behandlungsangebote für Menschen mit Intelligenzminderung (gem. Art.24 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Hier befindet sich die Psychiatrie in der absoluten *Bringschuld*.
6. Verstärkte Nutzung interner Ressourcen der Behindertenhilfe für den (heil-) pädagogischen und alltagspädagogischen Umgang (Professionalisierung) zur Bereitstellung eines „therapeutischen Milieus“ (*Traumapädagogik*); Vernetzung mit regionalen gesundheitsbezogenen Hilfeangeboten mit Klärung der jeweiligen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Literatur

BALDERIAN, N (1991): Sexual abuse of people with developmental disabilities. Sexuality and Disability 9 (4): 323–335

BERGER, E. (2000): Nachwort. In: HÄßLER, F., FEGERT, J.M. (Hrsg.): Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Therapiekompendium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Schattauer, Stuttgart, New York, S.119-120

COOPER, S.-A., SMILEY, E., MORRISON, J., WILLIAMSON, A., ALLAN, L. (2007): Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. British Journal of Psychiatry 190, 27-35

FIRTH H; BALOGH R; BERNEY T; BRETHERTON K; GRAHAM S; WHIBLEY S. (2001): Psychopathology of sexual abuse in young people with intellectual disability. J Intellect Disabil Res 2001, 244-52

FISCHER, G., RIEDESSER, P. (1999) : Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Auflage München, Basel

HERPERTZ-DAHLMANN, B. (2008): Posttraumatische Belastungsstörung. In: HERPERTZ-DAHLMANN, B., RESCH, F., SCHULTE-MARKWORT, M., WARNKE, A. (2008): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart, New York, S. 969-983

IRBLICH, D. (2005). Diagnostik posttraumatischer Belastungsreaktionen und Anpassungs-störungen. In B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.), Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch (S. 399-411). Göttingen: Hogrefe.

IRBLICH, D. (2006): Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: KLAUSS, T. (2006) (Hg.): Geistige Behinderung – Psychologische Perspektiven. Edition S, Universitätsverlag Winter, Heidelberg, S. 121-138

KAPFHAMMER, H.-P. (2000): Posttraumatische Belastungsstörung. In: MÖLLER, H.J., LAUX, G., KAPFHAMMER, H.-P. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotharapie. Springer, Heidelberg, S.1247-1272

KLEIN, S., WAWROK, S., FEGERT, J. (1998): Aus der Forschung: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung - die Sicht der Betroffenen, Analyse institutioneller Hilfsmöglichkeiten und eine bedarfsorientierte Versorgungsplanung. Geistige Behinderung H.1, S. 77-81

LITZ, B.T., ROEMER, L. (1996): Post-traumatic stress disorder: An overview. ClinPsychol.Psychth. 3, 153-168

MARCHETTI, A.G., McCARTNEY, J.R. (1990): Abuse of persons with mental retardation: Characteristics of the abused, the abusers, and the informers. Mental Retardation 6, 367-371

MCCARTHY, J. (2001). Post-traumatic stress disorder in people with learning disability. *Advances in Psychiatric Treatment,* 7 (3), 163-169.

MENCAP, Respond, UK Voice, 2001, Behind closed doors: preventing sexual abuse of adults with a learning disability. http://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/behind_closed_doors.pdf (Zugriff: 28.6.2009)

MEVISSEN L1, DE JONGH A (2010): PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities: a review of the literature. Clin Psychol Rev. 30 (2010) 308-16

MEVISSEN, L., LIEVEGOOD, R., SEUBERT, A. & DE JONGH, A. (2011). Do persons with intellectual disability and limited verbal capacities respond to trauma treatment?. Journal of Intellectual & Developmental Disability, 36(4), 278-283

MITCHELL, A. & CLEGG, J. (2005). Is Post-Traumatic Stress Disorder a helpful concept for adults with intellectual disability? *Journal of Intellectual Disability Research, 49* (7), 552-559.

MORANO, J.P. (2001): Sexual abuse of the mentally retarded patient: Medical and legal analysis for the primary care physician. Primary Care Companion on the Journal of clinical Psychiatry 3,3 (2001)126-135

REMSCHMIDT, H; SCHMIDT, M. H., POUSTKA, F. (Hrsg.) (2006). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Huber

RYAN, R. (1994). Posttraumatic stress disorder in persons with developmental disabilities. *Community Mental Health Journal, 30* (1), 45-54.

SENCKEL, B. (2008): Wunden, die die Zeit nicht heilt – Trauma und geistige Behinderung Geistige Behinderung 47,3 (2008)246-256

SINASON, V. (1993): Psychotherapie mit misshandelten geistig behinderten Kindern. In: Hennicke K., Rotthaus W. (Hrsg.) (1993): Psychotherapie und Geistige Behinderung, Dortmund, S.71-93

SOBSEY, D. (1994): Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance. Paul H. Brooks, Baltimore

SOYLU, N., ALPASLAN, A.H., AYAZ, M., ESENYL, S., ORUC, M. (2013): Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adilescents with and without intellectual disabilities. Res Develop Disab 34 (2013) 4334-4342

STREEK-FISCHER, A., FEGERT, J.M., FREYBERGER, H.J. (2009): Kap. 28 Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Fegert, J.M., Streek-Fischer, A., Freyberger, H.J. (Hrsg.) Adoleszenzpsychiatrie. Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Schattauer, Stuttgart, New York, S. 311-327

THARINGER, D., HORTON, C.B., MILLEA, S. (1990): Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. Child abuse and Neglect 14, 312

TOMASULO, D.J. & RAZZA, N.J. (2007): Postraumatic stress disorder.In: Flechtcher, R., Loschen, E., Stavraki, C., First, M. (Eds.): Diagnostic Manual – Intellectuaol Disorder (DM-ID): A textbook of diagosis of mental disorders in persons with intellectual disabilities. NADD Press, Kingston, NY, pp.356-378

TURK J, ROBBINS I, WOODHEAD M. (2005): Post-traumatic stress disorder in young people with intellectual disability. J Intellect Disabil Res.49(2005)872-5

UN-Konvention

VOSS, T. (2010): Besonderheiten in der Diagnostik von Traumafolgestörungen bei Menschen mitgeistiger Behinderung. Medizin für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung 7, 2 (2010)25-32

ZEMP, A., PIRCHER, E., SCHOBEL, H, (1997): Sexualisierte Gewalt im behinderten Alltag. Jungen und Mädchen mit Behinderung als Opfer und Täter. Projektbericht. Bundesministerium für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz. Wien

ZEMP, A. (2002): Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen in Institutionen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51. Jahrgang 2002, 610-652

Besondere Bedingungen in der Diagnostik und der Therapie

Stefan Meir

Einführung

Der Beitrag entstand vor dem Hintergrund des Problems, dass in der Praxis oft Menschen durch Verhalten auffallen, das uns diagnostisch in verschiedene Richtungen weist. Der Not der Betroffenen steht dann das Problem gegenüber, dass wir die Symptome nicht sicher einem Störungsbild zuordnen können. So ist es dann auch schwer, eine passende Unterstützung oder Behandlung abzuleiten.

Gerade bei symptomatisch heterogenen Erscheinungsbildern und massiven emotionalen Reaktionen der Betroffenen wie auch ihrer Begleit- und Bezugspersonen muss die Frage nach einer möglichen Traumatisierung als Entstehungshintergrund gestellt werden.

Dass Menschen belastende Ereignisse als traumatisierend erleben können, und dass traumatisierende Erfahrungen ganz unterschiedlich verarbeitet werden können, steht heute außer Frage. Entscheidend sind dabei die subjektiven Erlebnisweisen des Betroffenen und nicht die Maßstäbe des Beobachters. Darin liegt eine besondere persönliche und fachliche Herausforderung.

Menschen mit Behinderungen erleben häufiger Ereignisse, die für sie mit grenzwertigen oder auch überschreitenden Handlungen verbunden sind. Vor allem aber können sie diese häufig nicht aktiv beeinflussen. Solche Erfahrungen können traumatisierend wirken. Traumata können also schon im alltäglichen pflegerischen und begleitenden Umgang gesetzt werden. Darüber hinaus sind Menschen mit geistiger Behinderung neben ihrer kognitiven Beeinträchtigung häufig auch in ihrer emotionalen Entwicklung retardiert. Damit können sie Interaktionen und Anforderungen nicht so schnell erfassen und beurteilen. Sie sind damit leichter verführbar und zu überreden. Eine aktive Beteiligung an Entscheidungsprozessen wird oft nicht in ausreichendem Maß ermöglicht. In Betreuungskontexten wird auf diese Voraussetzungen oftmals wenig Rücksicht genommen. Von daher ist bereits im Betreuungsalltag das Risiko für eine (Re-)Traumatisierung und die Entwicklung komplexer Folgestörungen erhöht. Zu weiteren Hintergründen und Fakten siehe auch die Einführung von HENNICKE in diesem Band.

Probleme in der Diagnostik

Wie Menschen mit geistiger Behinderung solche Erfahrungen verarbeiten und wie sich eventuelle traumabedingte Störungen im Alltag zeigen können, ist oftmals schwer zu erkennen. Es bedarf einer sorgfältigen Diagnostik mit multiprofessionellen Perspektiven und Kompetenzen, um das jeweilige Symptombild diagnostisch zu verstehen und einen Behandlungsweg zu finden. Im Folgenden soll gezeigt werden, welche Schwierigkeiten bei der Diagnostik traumabedingter psychischer Störungen auftreten können und wie damit umgegangen werden kann. Dazu zunächst eine tabellarische Auflistung verschiedenen Symptombereiche der posttraumatischen Belastungsstörung (siehe Tab.1). Dabei wird deutlich, dass diese Symptome, vor allem dann, wenn sie einzeln gefunden werden, nicht spezifisch sind. Sie können also diagnostisch in ganz unterschiedliche Richtungen weisen:

- Vermeidungsverhalten kann auch motiviert sein durch andere Bedürfnisse, erlebtes Unwohlsein oder Unlust, Unsicherheit oder Angst, soziale Normen und Regeln.
- Körperliche Erregung kann auf seelische Belastungen oder Konflikte, auf emotionale Zustände wie Wut oder Angst oder auch auf Schmerzen hinweisen. Natürlich kann auch ein „positiver“ emotionaler Zustand (Freude, Erwartung, Lust) zugrunde liegen.
- Der Zustand einer psychischen Belastung kann durch einzelne oder durch eine Kombination von mehreren Faktoren bedingt werden.

ELSTNER & SALZMANN (2014) weisen zudem darauf hin, dass Menschen mit Intelligenzminderung nach traumatischen Erfahrungen ein eher unorganisiertes Verhalten zeigen. Das Erscheinungsbild und die Ausprägung der Symptome sind abhängig vom Befinden der Betroffenen, deren Kompetenzen und Kompensationsmöglichkeiten. Zur Erfassung einzelner Faktoren wie auch der Zusammenhänge bedarf es daher sowohl eines Blicks auf das Ganze wie auch auf Details. SCHMIDT & MEIR (2014) beschreiben strukturelle und methodische Besonderheiten in der Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Die psychiatrische Diagnostik ist bei Menschen mit geistiger Behinderung oftmals erheblich durch die Besonderheiten der Ausdrucksformen und Symptomatiken erschwert. Die Unterscheidung von Verhaltensweisen als Ausdruck der kognitiven Beeinträchtigungen oder als Symptomatik einer Störung ist manchmal schwierig. Die Betroffenen können meistens wenig oder gar nicht eine Empfindung oder ein Leiden konkret benennen, einen Schmerz lokalisieren oder für uns verständlich kommunizieren („underreporting“). Umso mehr ist also eine fachlich kompetent durchgeführte, mehrschrittige Diagnostik gefordert (HENNICKE, 2015).

Tab. 1: Symptombereiche der Posttraumatischen Belastungsstörung
Wiederholen traumatischer Erfahrungen • In Gedanken (Belastende Erinnerungen) • Bildern (belastende/ängstigende Träume) • Somatisch (Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt • Handeln (Neuinszenierungen traumaspezifischer Inhalte)
Ständiges **Vermeiden** von traumabezogenen Reizen und Erinnerungen • Orte • Personen • Gedanken • Gefühlen • Situationen • Interaktionen • Erinnerungen
Probleme bei der Steuerung physiologischer Antworten auf Stress (Andauernde Symptome erhöhter körperlicher Erregung) • Schlafstörungen • Erhöhte Anspannung • Übermäßige Schreckreaktionen • Konzentrationsschwierigkeiten • Reizbarkeit • Wutausbrüche
Intensive psychische Belastung bei Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen. Diese können ein Symbol für ein Traumas sein oder an einen Teilaspekt erinnern.
Verlust der Fähigkeit, am Alltag teilzuhaben und Liebe und Befriedigung zu erleben. • Vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten • Verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten • Einschränkung der affektiven Bandbreite • Entfremdung / Rückzug
Bei Kindern und Jugendlichen: • Regression (Mutismus, Einnässen, Einkoten, Nahrungsverweigerung) • Ausgeprägte agitierte Erregungszustände infolge bestimmter Schlüsselreize • Schlafstörungen • Alpträume • Angst vor Dunkel • Angst vor Alleinsein • Verlust bereits erworbener Entwicklungsniveaus • Bindungsstörung

Schließlich sei darauf hingewiesen, dass die Wahrnehmungen der Betreuungspersonen und Untersucher abhängig von deren Vorerfahrungen mit traumatisierten Menschen sowie von ihrer fachlichen Expertise sind. Sie sehen nur, was sie suchen und kennen. Zudem können traumabezogene Symptome

eigene traumatische Erfahrungen triggern und individuelle Reaktionsmuster auslösen wie Überachtsamkeit, Verleugnung, subjektive Erregung mit Angst oder Wut. Diese können die Wahrnehmung entscheidend prägen. Im diagnostischen Prozess sollten also immer auch die Dynamiken und Motive der Untersucher berücksichtigt werden.

Was sind mögliche Auswege?

Zunächst müssen bei einer sorgfältigen Anamnese auch mögliche schwierige Bedingungen im Leben des Betroffenen und seiner sozialen Umwelt in der *individuellen Bedeutung* erfragt und interpretiert werden. Da traumatisierende Erfahrungen oft nicht integriert sind, nicht erinnert werden oder auch zu sehr angst- und schambesetzt sind, ist es den Betroffenen oftmals nicht möglich darüber zu berichten. Daher muss nach solchen Erfahrungen explizit gefragt werden.

Zur Differenzierung des Symptombildes ist gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung die multiaxiale Diagnostik (REMSCHMIDT et al., 2006), wie sie in der KJP etabliert wurde, hilfreich (MEIR-KORELL, 2003). Eine Verlaufsdiagnostik zur Evaluation des Behandlungsverlaufs ist unerlässlich. Sie gibt uns vor allem bei atypischen, für uns zunächst nicht nachvollziehbaren Verläufen wichtige Hinweise zum Verständnis der speziellen Bedingungen. So können auch Einflussfaktoren gefunden werden, die uns zunächst nicht bekannt waren. Die Analyse von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen sowie besonderen Interaktionssituationen in den ersten Kontakten kann wichtige diagnostische Hinweise ergeben insbesondere dann, wenn andere Kommunikationsmöglichkeiten nicht gegeben sind.

Die beschriebenen Dynamiken können am ehesten in einer fallorientierten, manchmal sogar nur in einer person- oder teamzentrierten Supervision aufgedeckt werden. Sie sind ein notwendiges Element der Behandlung.

Therapie

Ist einmal die Diagnose gestellt, entsteht häufig der Wunsch, möglichst viele therapeutische Maßnahmen möglichst schnell einzusetzen. Aber Therapie ist nur dann hilfreich, wenn sie sich an den Voraussetzungen und Möglichkeiten des Klienten und seines sozialen Umfeldes orientiert. Zudem muss geklärt werden, ob es Prioritäten gibt und in welcher zeitlichen Abfolge die Maßnahmen eingesetzt werden. Als sehr hilfreich hat sich dabei eine „Fallkoordination“ (oder „Fallmanagement“) über einen Fachtherapeuten oder eine Fachinstitution (z.B. eine psychiatrische Institutsambulanz) erwiesen (GOLDBECK et al., 2005).

Traumatherapie muss gerade bei Menschen mit einer geistigen Behinderung *weit mehr* umfassen als die gezielte Exposition mit Emotionen und Kognitionen im Zusammenhang mit solchen Erfahrungen. Zunächst und in manchem Fall hauptsächlich stehen Maßnahmen zur Stabilisierung im Vordergrund: Eine überschaubare und nachvollziehbare Tagesstruktur, verlässliche personale und tragfähige Beziehungen, Raum für Rückzug und Schutz auch in der Krise sind Bausteine hierfür (HENSEL, 2012). Verschiedenste Techniken wie Entspannungsverfahren, Kompetenzaufbau und Kompetenzerweiterung, Milieutherapie, Körpertherapie und kreative Therapien sowie vor allem auch Psychoedukation mit den wichtigen Bezugspersonen können hierbei helfen. In der häufig durch Angst, Scham und Geheimnissen oder durch eingeschränkte Verbalisationsfähigkeit geprägten und „gehemmten" Behandlungssituation sind „kreative Einfälle" und Flexibilität seitens der Therapeuten hilfreich (ROBERTZ & HEIDENREICH, 2012).

Oft kann erst nach einem längeren Zeitraum eine deutliche Entlastung und eine Stabilisierung sowie eine tragfähige vertrauensvolle Beziehung erreicht werden. Erst dann kann an eine weitere Aufarbeitung der traumatischen Erfahrungen und ihrer Folgen durch Konfrontation gedacht und der Versuch unternommen werden, die Erfahrungen in das eigene Leben zu integrieren. Die explizite Zustimmung des Betroffenen und seines Umfeldes sind zwingend. Aufgrund der individuellen Bedingungen von Menschen mit geistigen Behinderungen ergeben sich oft erhebliche Schwierigkeiten infolge der Grenzen der Erinnerungsfähigkeit und der Kommunikation sowie der Belastbarkeit. Oftmals kommt es allerdings im Therapieverlauf zu überraschenden Wendungen, eröffnen sich neue, kompetenzerweiternde Fähigkeiten und Möglichkeiten (z.B. in den kreativen Angeboten oder in Kleingruppensettings). Diese Entwicklungen sind oftmals „hochdynamisch" und erfordern von allen Beteiligten erhebliche Flexibilität und Bereitschaft. Grundlegend ist hierbei nicht eine besondere Therapie, sondern die Unterstützung einer reflektierten Haltung.

Aus den genannten Gründen wird ein rein formalisiertes Vorgehen nach Therapiemanualen nicht empfohlen. Dennoch ist es wichtig, mit deren Hilfe die therapeutische Arbeit immer wieder systematisch zu reflektieren und sich zu orientieren, um nicht z.B. in einer fürsorglichen Schutzhaltung verhaftet zu bleiben oder sich in „Kreativität" zu verlieren. Verschiedene Autoren betonen daher die *Notwendigkeit* einer konfrontativen und integrativen Therapie, um vor allem den Einfluss der starken körperlichen Reaktionen und das Gefühl des Ausgeliefertseins zu reduzieren (PIEPER & BENGEL, 2008).

Literatur

Elstner, Samuel; Salzmann, Eckhart (2014): „Angst- und Zwangsstörungen, Belastungs-, dissoziative und somatoforme Störungen“. In: Schanze, Christian (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Schattauer, Stuttgart, S. 129-146.

Hennicke, Klaus (2015): Überlegungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht zur Gestaltung des Transitionsprozesses. In: Seidel, Michael (Hrsg.): Grundsätzliche und spezielle Aspekte der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Materialien der DGSGB, Bd. 34, Berlin (im Druck 2015)

Hensel, Thomas (2012): „Ambulante Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen- Methoden und Techniken“. In: Hennicke, Klaus (Hrsg.): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Verlag, Marburg, S. 149-171

Goldbeck, Lutz; Laib-Koenemund, Anita; Fegert, Jörg M. (2005): „Hilfeprozess-Koordination im Kinderschutz“. Projektbericht, Universitätsklinikum Ulm, Kinder-und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie.

Meir-Korell, Stefan (2003): „ Psychologische Maßnahmen“. In: Neuhäuser, Gerhard & Steinhausen, Hans-Christoph: Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. Kohlhammer, Stuttgart, S. 232-247

Pieper, Georg; Bengel, Jürgen (2008): „Traumatherapie in sieben Stufen. Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual (SBK)“. Huber, Bern.

REMSCHMIDT, H; SCHMIDT, M. H., POUSTKA, F. (Hrsg.) (2006). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Huber

Robertz, Ursula; Heidenreich, Stephanie (2012): „Spezifische Therapieangebote für traumatisierte intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen“. In: Hennicke, Klaus (Hrsg.): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Verlag, Marburg, S. 80-113

Schmidt, Holger; Meir, Stefan (2014): „Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten“. In: Schanze, Christian (Hrsg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Schattauer, Stuttgart, S. 30-35

Verstehen - Lernen – Lehren.

Wie können traumabezogene (psycho)therapeutische Konzepte im pädagogischen Alltag genutzt werden?

Jan Glasenapp

Im Fokus dieses Beitrages stehen nicht neue Erkenntnisse über Traumata, Traumatisierungen und Traumafolgestörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung, sondern vielmehr die Vermittlung des entsprechenden Wissens an Kolleginnen und Kollegen. Verstehen - Lernen - Lehren bedeutet dann: Wie kann das Verständnis für Menschen mit Traumatisierungen und ihre schmerzhaften Lebenserfahrungen erweitert, gelernt werden? Und wie kann dieses Lernen didaktisch vermittelt, gelehrt werden?

Hintergrund dieses Vorgehens ist die Hypothese, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Behindertenhilfe die zentrale Schnittstelle darstellen, wenn es darum geht, wissenschaftliche Erkenntnisse im Alltag hilfreich umzusetzen. Ihr Wissen, ihre Kompetenzen, ihre Fähigkeiten aber auch ihre Haltung stehen im Mittelpunkt der Qualität von Hilfen (SCHWEIZER & GLASENAPP, 2002).

Der vorliegende Beitrag stellt einen Praxisbericht dar, in dem ich meine Erfahrungen als Dozent in der Behindertenhilfe mit der nun zehnjährigen Durchführung eines Schulungskonzeptes „Menschen mit herausforderndem Verhalten als traumatisierte Menschen verstehen (lernen)“ zusammenfassen möchte. Welche Erkenntnisse waren dabei hilfreich, welche Heuristik hat sich bewährt, welche potentiellen Gefahren sind zu berücksichtigen?

Verstehen ist nicht alles!

Verstehen und Verändern sind die zwei Seiten einer pädagogisch-therapeutischen Medaille, die im Alltag kontinuierlich auszubalancieren sind.

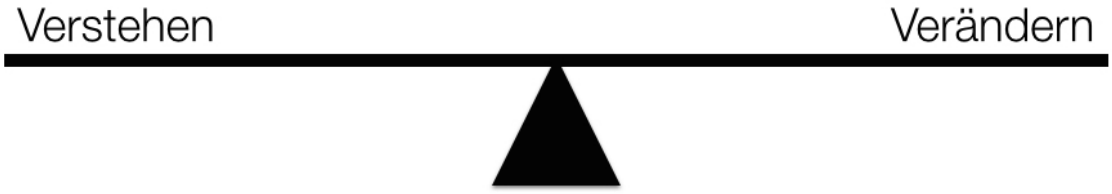

Abb. 1: Die Balance von Verstehen und Verändern.

Immer dann, wenn die Waage zu sehr in Richtung eines zu Viel an Verstehens kippt, drohen Gefahren für alle Beteiligten. Einen schwersttraumatisierten Menschen zu 100 % zu verstehen, birgt die Gefahr, als professionell Tätiger selbst traumatisiert zu werden. Die Erfahrung mit Co-Abhängigkeit etwa lehrt, dass es in jeder Form von helfenden Beziehungen ein dysfunktionales zu Viel an Verständnis geben kann. Denn Veränderung kann sich nur aus einer neuen Perspektive heraus ergeben, die die Sicht der betroffenen Person in irgendeiner Weise erweitert. Dies ist nicht mehr möglich, wenn es zu einer Verschmelzung von Sichtweisen kommt.

Andererseits bestehen genauso Gefahren, wenn die Waage zu sehr in Richtung Veränderung kippt. Noch so richtige und gut gemeinte Empfehlungen verfehlen ihr Ziel, wenn die Empfängerin oder der Empfänger dieser Empfehlungen uns mit unserer Absicht gar nicht versteht oder sogar einen Druck verspürt. Dieser Druck kann dazu führen, dass eine Person sich gegen jegliche Veränderung wehrt, einzig und allein aufgrund der Tatsache, dass an ihr gezogen und gezerrt wird. Unzählige wahrgenommene Konflikte in der Behindertenhilfe beruhen auf diesem Problem der Reaktanz. In diesen Fällen ist es wichtig, die Waage wieder mehr ins Gleichgewicht zu bringen durch die Förderung von mehr Verständnis.

Die Schutzfunktion von Verhalten

Der möglicherweise wichtigste Aspekt in der Förderung von Verständnis für traumatisierte Menschen ist die Schutzfunktion ihres Verhaltens. Aus verhaltenstherapeutischer Sicht lässt sich jedes Verhalten, jeder Gedanke und jedes Gefühl unter dem Aspekt seiner Funktion beleuchten. So auch bei traumatisierten Menschen, deren Verhalten dann im weiten Sinne primär eine zentrale Aufgabe hat, die Realisierung von Schutz.

$$f(\text{Verhalten}) = \text{Schutz}$$

Abb. 2: Die Schutzfunktion von Verhaltensweisen.

Diese Schutzfunktion lässt sich gut mit einem anschaulichen Bild vermitteln, dem Regenschirm. Dieses Bild beruht darauf, dass jeder Mensch ein Ich hat. Dieses Ich ist eine Konstruktion, das bedeutet, dieses Ich ist nicht irgendwo lokalisierbar, sondern Menschen konstruieren es, um den Anforderungen ihrer Umwelt besser begegnen zu können. Es ist also zweckmäßig, in der Welt in der wir leben eine Vorstellung vom eigenen Ich zu haben. Dieses Ich ist dabei wie

ein Muskel. Wenn wir einen Muskel schonen, werden wir keinen starken Muskeln bekommen. Wenn wir einen Muskel überfordern, wird er reißen und ebenfalls nicht stärker werden. Genauso verhält es sich mit dem Ich. Um ein starkes Ich zu entwickeln, braucht es einerseits Anforderungen, an denen es wachsen kann, an denen es andererseits aber keinen Schaden nimmt. Leider bietet das Leben nicht immer dieses optimale Mischungsverhältnis. Immer wieder kommt es zu Überforderungssituationen in der Ich-Entwicklung. In diesen Situationen verfügt das Ich über einen Schutzmechanismus, mit dem es sich vor dem metaphorischen Regenschauer der Überforderung schützen kann, ein Regenschirm, den es bei Bedarf aufspannen kann.

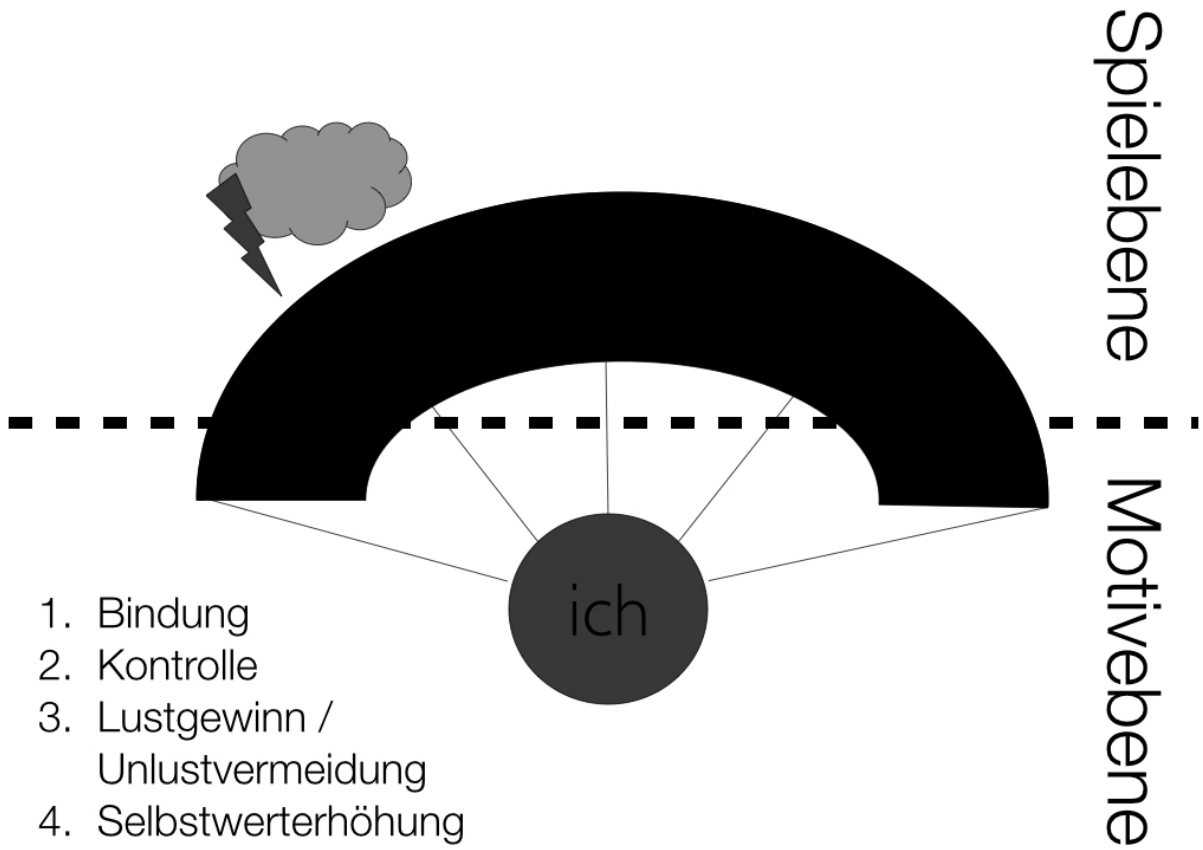

Abb. 3: Der schützende Regenschirm in der Ich-Entwicklung.

Wenn allerdings aus dem Regenschauer ein anhaltender Zustand wird, wenn Menschen überhaupt nicht mehr die Erfahrung machen können, den Regenschirm auch wieder einzuklappen, dann droht die Gefahr, dass die Scharniere einrosten und aus dem an sich flexiblen Regenschirm etwas starres wird, ein Panzer. Das Problem des Panzers wiederum besteht darin, dass Menschen sich auf der Oberfläche das Panzers ganz anders verhalten, ganz anders fühlen und sich ganz anders präsentieren können, als das Ich darunter möglicherweise Bedürfnisse hat. Mit SACHSSE (2004) kann daher zwischen der

Spiegelebene auf der Oberfläche des Panzers - wobei psychologische Spiele in der Regel für die Beteiligten nicht wirklich lustig sind - und der Motivebene darunter unterschieden werden.

Auf der Suche nach den grundlegenden Motiven eines Menschen erweist sich die Theorie der Grundbedürfnisse von EPSTEIN (1993) in seiner Einfachheit als sehr hilfreich (vgl. GRAWE, 1998). Dieser unterscheidet vier zentrale psychologische Bedürfnisse: das Bedürfnis nach Bindung, nach Kontrolle, nach Lustgewinn beziehungsweise Unlustvermeidung sowie nach Selbstwerterhöhung. Traumatisierende Lebenserfahrungen stehen vermutlich immer mit Verletzungen oder Kränkungen dieser Grundbedürfnisse in Zusammenhang. Herausfordernde Verhaltensweisen, psychische Erkrankungen und insbesondere Traumafolgestörungen können dann auf kritische biografische Lebenserfahrungen in Zusammenhang mit diesen vier Grundbedürfnissen zurückgeführt werden, um das Verständnis für das aus aktueller Sicht dysfunktionale und als problematisch erlebte Verhalten im Hier und Jetzt zu fördern.

Warum gerade jetzt? Zum Kontext des Themas

Es ist hilfreich, die Beschäftigung mit dem Thema Traumata, Traumatisierung und ihre Folgen in einen größeren Kontext zu stellen. Der gesellschaftliche Wandel hat wesentlich dazu beigetragen, das Thema intensiver zu fokussieren. Die Folgen traumatisierender Kriegserfahrungen haben im Nachkriegsdeutschland nicht nur eine ganze Generation geprägt, sondern hinterlassen noch generationsübergreifend ihre Spuren in der Gegenwart. Die Frauenbewegung beispielsweise hat aufdecken können, wie häufig die Erfahrung sexuellen Missbrauchs die Lebensrealität von Menschen kennzeichnet. Und erst kürzlich wurden Misshandlungen im pädagogischen Kontext der letzten Jahrzehnte nicht nur von kirchlich getragenen Einrichtungen bekannt und diskutiert.

Die Allgegenwart von traumatisierenden Lebenserfahrungen wird dabei durch eine intensive mediale Berichterstattung noch verstärkt.

Gleichzeitig ist es erforderlich, daran zu erinnern, dass ein Großteil der Erkenntnisse über Traumatisierungen, ihre Ursachen, aber auch viele der anerkannten therapeutischen Verfahren mit umfangreichen finanziellen Mitteln beispielsweise des US-amerikanischen Militärs gefördert werden. Angesichts der sehr hohen Suizidrate von Veteranen und ihres unermesslichen Leidensdruckes eine sicherlich notwendige Investition, es bleibt jedoch diskussionswürdig, wenn im zivilen Bereich Erkenntnisse der Militärforschung genutzt werden.

Ein weiterer Aspekt der Auseinandersetzung mit diesem Thema, gerade jetzt, stellen traumatisierende Erfahrungen von Professionellen dar, die sowohl die eigene Lebensgeschichte betreffen können, als auch den beruflichen Kontext, wo es zu unterschiedlichen Formen von Gewaltanwendung durch Betreute kommen kann, aber auch zu unter dem Stichwort Mobbing zusammengefassten Gewalterfahrungen durch Kolleginnen und Kollegen wie durch Vorgesetzte.

Dabei ist es wichtig, vor der Durchführung jeder Art von Fortbildung zum Thema Traumata und Traumafolgen als möglichen Nebenwirkungen zu beachten, anzusprechen und Umgangsmöglichkeiten festzulegen, wenn es durch die fachliche Bearbeitung des Themas zu einer Aktualisierung eigene traumatischer Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildung kommt. Denn es ist schlichtweg unmöglich, sich mit dem Thema Traumatisierung von Menschen mit Intelligenzminderung zu beschäftigen, ohne gleichzeitig immer wieder an mögliche eigene traumatische Erfahrungen zu denken und mit den beteiligten Gefühlen in Kontakt zu kommen.

Arbeitsdefinition

Ein Trauma ist zunächst nichts anderes als eine Verletzung, sowohl in körperlicher wie auch in psychischer Hinsicht. Diese Verletzungen tun in aller erster Linie weh, sie sind schmerzhaft. Eine Verletzung an sich sagt aber noch nichts darüber aus, wie diese Verletzung anschließend verarbeitet wird, so dass es zu einer Traumatisierung und Traumafolgestörungen kommt.

Diese entstehen, um eine Arbeitsdefinition anzubieten, *wenn das Trauma mit seiner emotionalen Dimension die verfügbaren physischen, psychischen und sozialen Ressourcen übersteigt und somit nicht angemessen verarbeitet werden kann. In der Folge kommt es zu einer Instabilität im physischen, psychischen und/oder sozialen Gleichgewicht.*

Diese Definition ist sinnvollerweise von hinten zu lesen. Das bedeutet, Ausgangspunkt jeder Beschäftigung mit der möglichen Traumatisierung eines Menschen ist immer irgendeine Art von Instabilität im Hier und Jetzt. Diese kann körperliche Aspekte betreffen (bei unklaren somatischen Befunden, Erregungszuständen, Schlafstörungen, diffusen Schmerzzuständen, Essstörungen, sexuellen Störungen, Immunschwäche etc.), psychische Aspekte (bei emotionaler Instabilität, Angstzuständen, Selbstwertproblemen etc.) oder auch soziale Aspekte (bei instabilen und unsicheren Bindungsmustern, generellen Kontaktproblemen etc.). Immer dann, wenn solche Instabilitäten im Leben eines Menschen nicht durch einfache, naheliegende Hypothesen erklärbar sind, lohnt sich der Einstieg in die Lebensgeschichte des Menschen, um schmerzhafte biografische Erfahrungen zu identifizieren, die seine

Verarbeitungsmöglichkeiten überstiegen haben, so dass sie nicht angemessen verarbeitet werden konnten. Was das bedeutet, dazu später mehr.

Das Kontinuum traumatisierender Lebenserfahrungen

In der Beschäftigung mit traumatisierenden Lebenserfahrungen kann es hilfreich sein, diese als ein Kontinuum von konkreter Gewalteinwirkung einerseits und einem invalidierenden Lebensumfeld andererseits zu verstehen. Häufig werden auf der Suche nach kritischen Lebenserfahrungen in der Lebensgeschichte eines Menschen konkrete Gewalterfahrungen fokussiert, sei es *der* sexuelle Missbrauch, *die* körperliche Misshandlung, *der* schwere Unfall etc. Diese Big-Bang-Ereignisse stellen jedoch nicht die einzige mögliche Ursache von Traumafolgestörungen dar. Genauso traumatisierend kann für einen Menschen ein invalidierendes Lebensumfeld sein, bei dem seine Emotionen nicht für wahr genommen werden, er mit seinem Erleben als falsch entwertet wird, er nicht mehr mit seinen Bedürfnissen erkannt und in diesen beantwortet wird.

Die Auswirkungen einer solchen fehlenden emotionalen Resonanz können schön demonstriert werden mit einen Videoclip über das Stil-Face-Experiment, in dem die Reaktionen eines Kleinkindes gezeigt werden auf eine Mutter, die ihr Kind zwar anschaut, ohne darüber hinaus aber emotional zu reagieren.

So zynisch dieser Vergleich sein mag, wenn wir die Wahl hätten - und die haben wir nicht - sollten wir immer die konkrete Gewalteinwirkung gegenüber einer Entwicklung in einem invalidierenden Lebensumfeld vorziehen, denn abgeschlossene, singuläre Ereignisse lassen sich später leichter verarbeiten als die Atmosphäre, die auf unsere gesamte Ich-Entwicklung eingewirkt hat. Besonders dramatisch ist es, wenn beide Aspekte zusammen wirken: Wenn ein Mensch beispielsweise missbraucht wird und obendrein dieses Erleben und der damit verbundene Schmerz von seinem Umfeld nicht nur nicht wahrgenommen, sondern als falsch dargestellt und entwertet wird.

Für den diagnostischen Prozess ist es daher wichtig, nach beiden Qualitäten an möglichen Ursachen von Traumatisierungen zu explorieren, sowohl in Richtung Gewalterfahrungen Fragen zu stellen, die mitunter dokumentiert sind (z.B. in Arztbriefen), als auch in Richtung der emotionalen Entwicklungsatmosphäre, gegebenenfalls Hausbesuche durchzuführen und die Eltern-Kind-Interaktion in natürlicher Umgebung zu beobachten. Dabei darf nicht in Vergessenheit geraten, dass Eltern in aller Regel nicht zum Spaß ihren Kindern ein invalidierendes Lebensumfeld bieten, sondern hierfür eigene Traumatisierungen der Bezugspersonen einen möglichen Grund darstellen können. Daher ist zu unterstreichen, wie wichtig eine systemische Betrachtung von vermeintlichen Problemverhalten ist und entsprechende Interventionen anzubieten, die den gesamten Kontext des Menschen berücksichtigen.

Konkret können eine Vielzahl an Ereignissen traumatisierende Lebenserfahrungen darstellen, wie z.B.:

- ablehnende Grundbotschaften,
- unsichere, chaotische Bindungsmuster,
- kritische Lebensereignisse (Krankheiten und körperliche Behinderungen, Trennung, Umzüge, Bezugspersonenwechsel),
- Entwicklung unter isolierenden Bedingungen (primäre und sekundäre Isolation),
- konkrete Gewaltanwendung, Misshandlungen, Missbrauch,
- strukturelle Gewalt im Sinne der „totalen Institution“.

Die Traumafolgestörung modulierende Aspekte

Das gleiche Ereignis kann für unterschiedliche Menschen unterschiedliche Folgen haben. Die Frage also, wann und wie, unter welchen Umständen bestimmte Lebenserfahrungen traumatisierenden Folgen haben können, lässt sich Anhang folgender Aspekte überprüfen, die sich überlagern können:

Das Ausmaß an Fortbestehen traumatisierender Bedingungen. Je länger traumatisierende Lebensbedingungen bestehen, umso höher ist auch das Risiko, in der Folge unter einer Traumatisierung zu leiden. Die praktische Folge aus dieser Erkenntnis ist sehr einfach: Traumatisierende Lebensbedingungen schnellstmöglich zu beenden. Doch gleichzeitig erweist sich dieses einfache Ziel häufig als sehr schwer umzusetzen. Wenn es beispielsweise innerhalb von Familien oder anderen bedeutsamen sozialen Gruppen zu schmerzhaften, traumatisierenden Erfahrungen kommt, kann das Beenden, also das Auflösen der Familie oder des Systems an sich wieder eine traumatisierende Lebenserfahrung darstellen. Das Abwägen, welcher Schaden dann überwiegt, und eine daraus folgende schmerzhafte Entscheidung zu fällen, kann eine so schwierige Aufgabe darstellen, dass manchmal lieber weggeschaut wird. Genauso problematisch erweist es sich, wenn Menschen von sich aus, mit dem Anspruch auf Selbstbestimmung, immer wieder traumatisierende Situationen aufsuchen. Diese und weitere Dilemmata können Helfende vor Herausforderungen stellen, die es durch kollegiale Beratung und gegebenenfalls Supervision zu reflektieren gilt.

Das Ausmaß an wahrgenommener Lebensgefahr. Je höher die wahrgenommene Lebensgefahr während einer kritischen Lebenserfahrung ist, umso höher wird das Risiko für eine Traumafolgestörung sein. Wenn ich mich hingegen in einer Situation befinde, die objektiv betrachtet extrem gefährlich ist, ich subjektiv diese Gefahr aber überhaupt nicht wahrnehme, wird die Gefahr für spätere Traumatisierung eher gering sein. Im Umkehrschluss kann allerdings die Wahrnehmung von Lebensgefahr, selbst wenn diese objektiv gar

nicht besteht, die anschließende Verarbeitung in Richtung einer Traumatisierung deutlich begünstigt, was beispielsweise auf Menschen zutreffen kann, die über eine hohe Fantasie verfügen oder psychosenahe Wahrnehmungsverzerrungen haben.

Das Ausmaß an erlebter Kontrolle über die traumatisierende Situation. Wer hat im Falle eines unverschuldeten Autounfalls das höhere Risiko an einer Traumafolgestörung zu leiden? Der Fahrer / die Fahrerin oder der Beifahrer / die Beifahrerin? Es wird in der Regel wohl der Beifahrer / die Beifahrerin sein, da für diese Person der erlebte Kontrollverlust weit höher war. Kontrollverlust ist demzufolge die mit einer traumatisierenden Situation einher gehende zentrale Erfahrung. Und je höher der erlebte Kontrollverlust, umso höher wird auch das Risiko für Folgestörungen sein. Gleichzeitig kann entsprechend der Attributionstheorie das konsequente Externalisieren von Ursachen schmerzhafter Erfahrungen als außerhalb der eigenen Person liegend einen protektiven Bewältigungsmechanismus darstellen.

Das Ausmaß an zwischenmenschlichem Konfliktpotenzial. Dieser Aspekt lässt sich über einen erneut zynischen Vergleich erklären: Wenn ich die Wahl hätte - und die habe ich nicht - von einem anonymen Täter oder dem eigenen Vater missbraucht zu werden, sollte ich immer den anonymen Täter wählen. Denn in der anschließenden Verarbeitung dieses Ereignisses könnte ich wesentlich klarer und eindeutiger einem anonymen Täter gegenüber hilfreiche Wut empfinden als gegenüber einer Person, mit der ich weiterhin auf unterschiedliche Weise und mit unterschiedlichen Bedürfnissen in Kontakt stehe. Vor diesem Hintergrund sind alle Grenzverletzungen in Abhängigkeitsverhältnissen, nicht nur von Betreuerinnen und Betreuern gegenüber Behinderten, sondern auch von Vorgesetzten gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber Auszubildenden oder Praktikantinnen und Praktikanten als besonders schwerwiegend einzuschätzen.

Das Ausmaß an folgender sozialer Unterstützung. Auch dieser letzte Aspekt ist zunächst einfach zu vermitteln, denn je mehr Menschen nach traumatisierenden Lebenserfahrungen alleine gelassen werden, je weniger sie die Möglichkeit haben, soziale Unterstützung zu erfahren, umso höher wird ihr Risiko sein, an einer Traumafolgestörung zu leiden. Doch dieser Aspekt hat auch eine zweite Seite, die ihn kompliziert werden lässt: Erfahrungen mit verordnetem Debriefing, bei dem Berufsgruppen mit einem hohen Risiko für die ständige Konfrontation mit traumatisierenden Erfahrungen während der Arbeit, wie z.B. Rettungssanitäter, aufgefordert und angeleitet wurden, nach ihrem Einsatz über das Erfahrene zu sprechen, zeigten, dass die Gefahr für Posttraumatische Belastungsstörungen zunahm. Dieser Befund unterstreicht, wie wichtig erneut das Thema Kontrolle in Zusammenhang mit Traumatisierung

ist. Wenn nämlich die soziale Unterstützung kein freiwilliges Angebot mehr ist, sondern selbst mit latentem Druck versehen wird, nach dem Motto: „Ein guter Heilerziehungspfleger spricht darüber, wenn er etwas Schmerzhaftes erlebt hat!“, dann kann dieser Druck den erlebten Kontrollverlust verstärken und damit das Risiko für eine Traumafolgestörung erhöhen. Doch gleichzeitig sollten betroffene Kolleginnen und Kollegen nicht sich selbst überlassen und deren erlebten Erfahrungen vergessen werden, sondern ein freiwilliges Gesprächsangebot ruhig immer wiederholt werden. Denn häufig machen Betroffene die Erfahrung, dass wenn sie bereit sind, über das Erlebte zu sprechen, ihr Umfeld sich schon wieder mit ganz anderen Themen beschäftigt und sich möglicherweise gar nicht mehr richtig daran erinnert, was damals passiert ist.

Die Verarbeitung traumatisierender Lebenserfahrungen

Glücklicherweise liegen mittlerweile zahlreiche Erkenntnisse darüber vor, wie traumatisierende Lebenserfahrungen verarbeitet werden. Diese Erkenntnisse können hilfreich sein, um Verhaltensweisen im Kontext von Verstehen zu beleuchten, sowohl für die Betroffenen selbst als auch für diese begleitenden Professionellen.

Zwei Modelle haben sich dabei als besonders hilfreich erwiesen:

Die Amygdala vergisst nie! Dieser Satz ist natürlich Quatsch, denn die Amygdala hat an sich kein eigenes Gedächtnis. Die Amygdala spielt zunächst in jeder gefährlichen Situation eine zentrale Rolle und aktiviert bei Bedarf körperliche Schutzfunktionen. Dabei ist sie einerseits vorgeprägt auf bestimmte Reize (wie z.B. Schlangen), kann aber grundsätzlich durch Lernerfahrungen auf alle möglichen weiteren Reize konditioniert werden, die dann zu Triggern werden. Die Reaktionen der Amygdala dienen dem Schutz und erfolgen weit schneller als eine reflektierte Überprüfung der Reize überhaupt möglich ist (z.B. stellt sich die Schlange bei näherer Betrachtung als tot heraus, vgl. ausführlich LEDOUX, 2001). Selbst wenn die Reaktionen der Amygdala später durch neue und korrigierende Lernerfahrungen nicht grundsätzlich verhindert werden können, gibt es hemmende Bahnen vom Präfrontalkortex (PFC), die ihre Reaktionen mindern können. Genau auf der Stärkung dieser hemmenden Bahnen beruhen erfolgreiche Therapien für den Umgang mit Ängsten. Für viele Menschen ist es hilfreich, eigene und beobachtete Erregungszustände in Zusammenhang mit traumatisierenden Lebenserfahrungen auf die zentrale Funktion der konditionierten Amygdala-Reaktion zurück zu führen. In einem inneren „Dialog mit der Amygdala“ (GLASENAPP, 2013, S. 204) können Patienten lernen, respektvoll die mit der Amygdala-Reaktion einher gehende Erregung herunter zu regulieren.

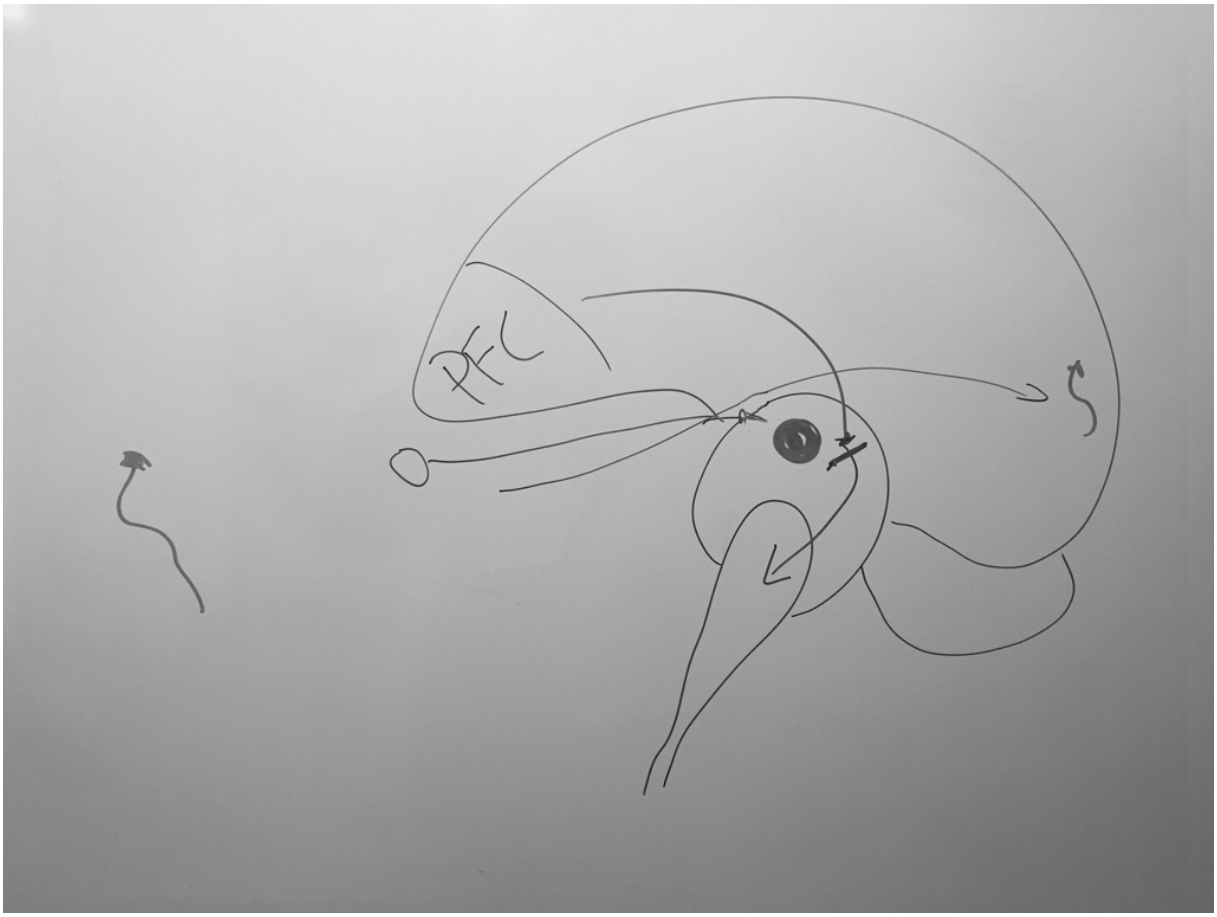

Abb. 4: Einfache Illustration der Amygdala und ihrer zentralen Funktion.

Heißes und kaltes Gedächtnis. Sehr vereinfacht und zu didaktischen Zwecken reduziert dargestellt, wird jedes bedeutsame Ereignis in unserem Gedächtnis durch zwei unterschiedliche Prozesse abgespeichert, sowohl im heißen wie auch im kalten Gedächtnis. Das heiße Gedächtnis beinhaltet dabei die mit einem Ereignis verbundenen Gefühle, das kalte Gedächtnis die mit dem Ereignis verbundenen Fakten. Während idealerweise beide Prozesse assoziiert sind und sich gegenseitig anregen, wird bei einem besonders schmerzhaften, überfordernden, traumatisierenden Ereignis zunächst der heiße Prozess, also die mit dem Ereignis einhergehenden Emotionen abgespalten, um weiterhin funktionieren zu können, was sehr funktional sein kann. Darüber hinaus können auch Aspekte des kalten Gedächtnisses abgespalten werden, so dass Menschen sich nicht mehr an Details oder das traumatisierende Ereignis an sich erinnern. Doch die faktischen und emotionalen Erinnerungen sind nicht einfach weg, sondern verselbständigen sich über die Zeit und können sich in Form von Erregungs- und Angstzuständen, aufblitzenden Empfindungen und Erinnerungsfragmenten um das traumatisierende Erlebnis wieder in das Bewusstsein des Betroffenen drängen. Das Ziel ist dann, diese dissoziierten

Gedächtnisprozesse wieder zusammen zu führen (vgl. ausführlich FIEDLER, 2001).

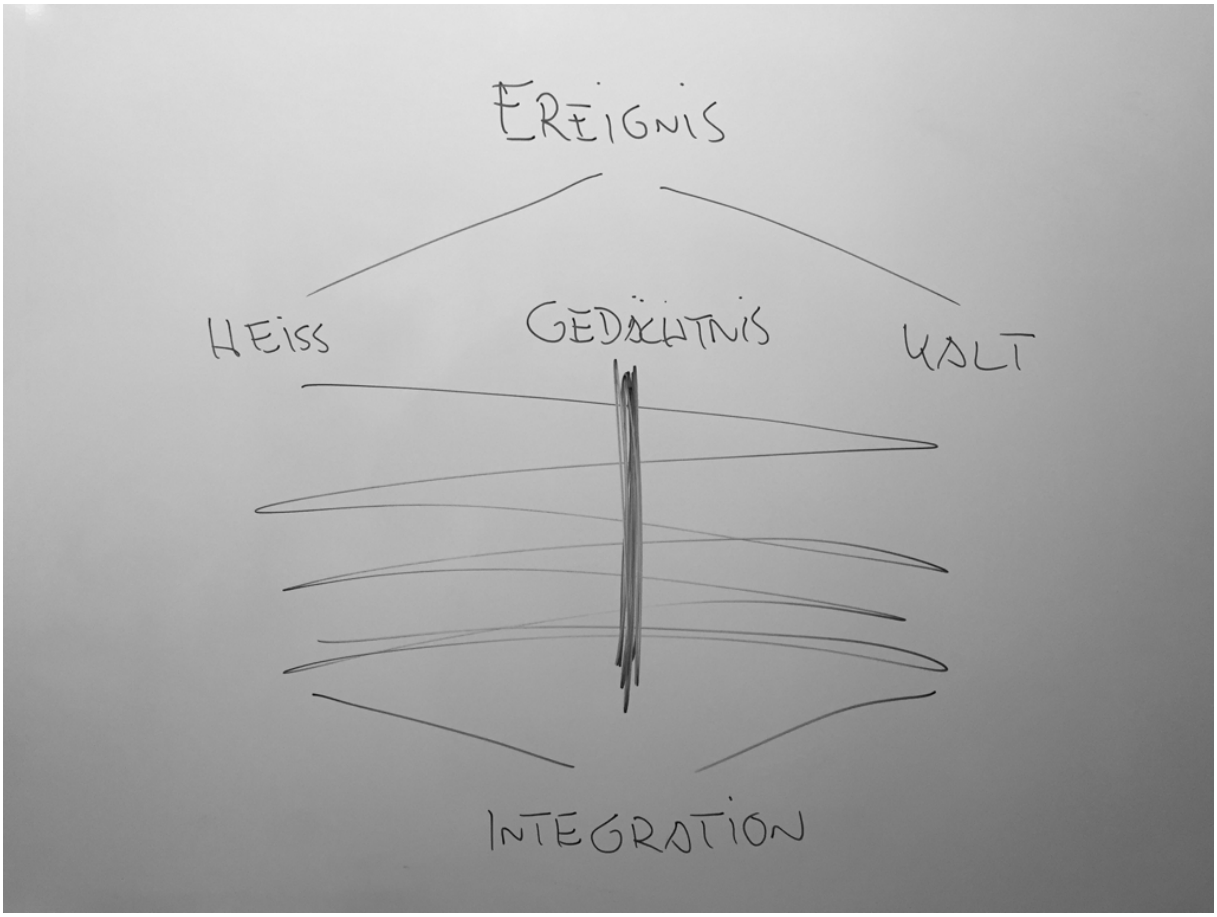

Abb. 5: Einfache Illustration von heißem und kaltem Gedächtnis.

Diagnosen von in Folge traumatisierender Lebens-erfahrungen leidenden Menschen

Selbst wenn die Diagnosestellung nicht in den Aufgabenbereich von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Behindertenhilfe fällt, kann es dennoch sinnvoll sein, die wichtigsten traumatisierungsbedingten Diagnosen kennen, erkennen und benennen zu lernen.

Dabei können kurzfristige, mittelfristige und langfristige Folgen von traumatisierenden Erfahrungen diagnostisch unterschieden werden. Zu den kurzfristigen, da einem traumatisierenden Ereignis zeitlich unmittelbar folgenden Störungen gehören die akute Belastungsreaktion, ein psycho-physischer Schockzustand, und verschiedene Anpassungsstörungen mit depressiven und ängstlichen Symptomen. Zu den mittelfristigen, da mitunter erst längere Zeit nach einem Ereignis auftretend und bis Jahre lang anhaltenden Störungen zählt als sicherlich bekannteste Diagnose die

Posttraumatische Belastungsstörung mit ihren Flashbacks, aber auch die sehr heterogene Gruppe der Dissoziativen Störungen. In der klinischen Praxis fällt dabei auf, dass gerade diese bei Menschen mit Intelligenzminderung immer noch sehr selten diagnostiziert werden. Zu den langfristigen, da oftmals lebensbegleitenden Folgen gehören sowohl die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (u.a. Borderline) und die anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung als auch möglicherweise die geistige Behinderung an sich.

Letzteres ist natürlich nur eine Hypothese, die jedoch aufgrund der häufig nicht bekannten Ursachen einer Intelligenzminderung zumindest nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden und sinnvoll sein kann, als Hypothese in Erwägung zu ziehen. SINASON (2000) spricht vom „Sinn des Dummseins“ und schildert in beeindruckenden Fallgeschichten, dass das Dummsein für manche Menschen mit schweren traumatisierenden Erfahrungen einen durchaus sinnvollen Schutzmechanismus darstellen kann, um unerträgliche Lebensumstände zu bewältigen.

Die sieben Phasen der Traumatherapie

Mittlerweile gibt es erfreulicherweise eine Reihe an sehr unterschiedlichen und differenzierten traumatherapeutischen Ansätzen, die sich teilweise gut auf die Arbeit mit Menschen mit Intelligenzminderung übertragen lassen. Dabei beginnt Traumatherapie lange vor der Bearbeitung des eigentlichen Traumas. Traumatherapie in einem weiten Verständnis hat sieben Phasen (nach REDDEMANN, 2001) und da dieses Zitat so zentral in der Vermittlung wesentlicher Prinzipien ist, hier in voller Länge:

1. Phase: Stabilisierung

2. Phase: Stabilisierung

3. Phase: Stabilisierung

4. Phase: Stabilisierung

5. Phase: Stabilisierung

6. Phase: Traumakonfrontation

7. Phase: Traumaintegration.

Die zentrale Bedeutung der Stabilisierung blieb jedoch in der wissenschaftlichen Diskussion nicht unwidersprochen, kann sich hinter ihr auch eine dysfunktionale Vermeidungshaltung verbergen, die das Leiden und den Leidensdruck noch verstärkt (vgl. NEUNER, 2008).

Dennoch stellen die sieben Phasen der Traumatherapie eine sehr gute Möglichkeit dar, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Behindertenhilfe zu bekräftigen, sich ihrer wichtigen Rolle in einem traumatherapeutischen Prozess anzunehmen, und sie gleichzeitig auf ihre möglichen Grenzen hinzuweisen.

Denn in freier Interpretation des Zitats sind zunächst alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Traumatherapeutinnen und Traumatherapeuten, und zwar der Phase eins bis fünf. Je aktiver und verantwortungsvoller sie diese Phasen ausgestalten, umso hilfreicher für die ihnen anvertrauten traumatisierten Menschen mit Intelligenzminderung. Und gleichzeitig sind sie ohne entsprechende Qualifikation keine Traumatherapeutinnen Traumatherapeuten der Phase sechs. Denn so wichtig Stabilisierung einerseits ist, genauso problematisch und gefährlich kann andererseits die unvorbereitete Traumakonfrontation sein.

Da traumatisierte Menschen zum Schutz mögliche Erinnerungen an die schmerzhaften Lebenserfahrungen ausblenden, können genau diese Erinnerungen während der Traumakonfrontation so aktualisiert werden, dass es zu einer Re-Traumatisierung kommt und alle Beteiligten überfordert sind. Daher ist es so bedeutsam, im Vorfeld von Traumakonfrontation hilfreiche und notwendige Fähigkeiten aufzubauen, um mit den einhergehenden schmerzhaften Erfahrungen überhaupt umgehen und im Alltag auftretende Krisen bewältigen zu können.

Zudem ist es erforderlich, für die Traumakonfrontation einen sicheren Kontext zu schaffen, um die mit der Bearbeitung einhergehende Destabilisierung auffangen und begleiten zu können. Dies setzt einen Kontext voraus, der in einer Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht immer gegeben ist. Trotz alledem: Stabilisierung ist und bleibt für alle traumatisierten Menschen mit Intelligenzminderung das wichtigste Ziel und die wichtigste Intervention gleichermaßen. Und diese erfolgt nicht irgendwo bei irgendeiner Therapeutin / irgendeinem Therapeuten während 50 Minuten pro Woche Psychotherapie, sondern unmittelbar im Alltag. Stabilisierung kann daher sinnvollerweise nur durch die Menschen angeboten und kontinuierlich sichergestellt werden, die im Alltag auch da sind, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Therapeutisch-pädagogische Grundprinzipien bei Trauma-therapie

Die folgenden Grundprinzipien können unabhängig von dem jeweiligen traumatherapeutischen Verfahren im begleitenden pädagogischen Alltag eine Orientierung für das professionelle Handeln bieten.

Validierende Beziehungsgestaltung. Wie eingangs bereits vorgestellt wurde, sind ein nicht unerheblicher Teil traumatisierender Lebenserfahrungen durch ein invalidierendes Lebensumfeld gekennzeichnet. Im Gegenzug ist es daher wichtig, traumatisierten Menschen eine validierende Beziehungsgestaltung anzubieten. Was sicherlich grundsätzlich die Meisten als notwendig bestätigen können, erweist sich in der Praxis als mitunter schwierig. Denn wer hat

beispielsweise nicht schon einmal zu einem ängstlichen Menschen gesagt: „Du musst doch keine Angst haben!“ Sicherlich war dieser Satz gut gemeint und doch beinhaltet er die Gefahr einer Invalidierung, da die erlebte Angst als nicht begründet und möglicherweise falsch deklariert wird. Daher ist es aus Sicht einer validierenden Beziehungsgestaltung zentral, eine Emotion zu sehen („Ich sehe die Angst!“), die Emotion anzunehmen („Es ist o.k., Angst zu haben!“) und die Emotion in einen normativen Sinnzusammenhang zu stellen („Angst kann hilfreich sein und uns schützen!“).

Dialektisches Vorgehen. Dennoch ist Validieren nicht alles. Es ist daher erforderlich, dieses in ein dialektisches Vorgehen einzubetten (LINEHAN, 2014a), innerhalb dessen akzeptanzfokussierte und veränderungsfokussierte Strategien kontinuierlich ausbalanciert werden. Validieren öffnet zwar eine Tür zur möglichen Veränderung, stellt diese an sich aber noch nicht dar. Sie ergibt sich erst durch Verhaltensänderung in Folge der Vermittlung von entsprechenden Fertigkeiten und Kompetenzen, durch Problemlösung und durch ein Handeln entsprechend der eigenen Werte.

„Eine normale Reaktion auf abnormale Ereignisse.“ Mit dieser hilfreichen Heuristik erinnert EHLERS (1999) daran, dass nicht die als problematisch erlebten Verhaltensweisen ‚abnormal’ sind, sondern vielmehr ganz normale Reaktionen darstellen auf oftmals schier unerträgliche Ereignisse. Diese Unterscheidung kann im Alltag hilfreich sein für das Aushalten von belastenden Verhaltensweisen, sowohl für die betroffene Person selber als auch die sie begleitenden Bezugspersonen.

Der Kleiderschrank. Ebenfalls von EHLERS (ebd.) stammt das Bild des Kleiderschranks, der für unser Gedächtnis steht. Erinnerungen an schmerzhafte Erfahrungen sind dabei wie schmutzige Wäschestücke, die wir, um sie loszuwerden, schnell in den Kleiderschrank schmeißen, um gleich darauf die Tür zu schließen. Was eine Weile lang gut gehen kann, führt irgendwann dazu, dass sich im Schrank ein Berg an schmutziger Wäsche bildet, der dann verhindert, dass die Tür sich schließt. Daraufhin erlebt die Person erneuten Kontrollverlust, indem die Kleidungsstücke, die sie ja loswerden möchte, unkontrolliert wieder aus dem Kleiderschrank heraus purzeln. Das Rational der Traumakonfrontation beinhaltet dann in diesem Bild den immer sehr belastenden Schritt, die Schranktür aktiv zu öffnen, die schmutzige Wäsche heraus zu holen, sie durchzuwaschen, ordentlich zusammenzulegen, um festzustellen, dass wieder mehr in den Kleiderschrank passt.

Geduld und Frustrationstoleranz. In jedem traumatherapeutischen Prozess ist es wichtig, eine geduldige Grundhaltung einzunehmen. Jede Form von Druck beinhaltet die Gefahr von Reaktanz der traumatisierten Person, stellt einen erneuten Kontrollverlust dar und behindert so ihre Öffnung gegenüber schmerzhaften Erfahrungen. Daraus folgt, dass Frustrationstoleranz ebenfalls

eine wichtige Voraussetzung der Begleitung von traumatisierten Menschen darstellt, in der das Aushalten der Person mit ihren Verhaltensweisen wichtiger sein kann denn ihre Veränderung.

Umgang mit Verantwortung. Selbst wenn traumatisierte Menschen auf der Suche nach Verantwortlichen für ihren erlebten Schmerzen mitunter auf das Naheliegende zurückgreifen, also die Menschen, die aktuell um sie herum sind, bedeutet dies nicht, dass die sie begleitenden Professionellen diese Form der Verantwortungszuschreibung automatisch auch annehmen müssen. Bei allem Verständnis für Schmerz und Leiden der Betroffenen ist eine schützende Abgrenzung gegenüber diesen ein wichtiger Teil des verantwortungsvollen Umgangs. Die professionell Tätigen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Therapeutinnen und Therapeuten, sind verantwortlich für ihr fachlich adäquates Handeln im Hier und Jetzt. Doch sie sind (in aller Regel) nicht verantwortlich für die zugrundeliegenden traumatisierenden Lebens-erfahrungen der Betroffenen.

Die Stabilisierungsphase

Da die Stabilisierungsphase bei traumatisierten Menschen mit Intelligenzminderung eine wichtige Aufgabe für begleitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darstellt, wird sie hier ausführlich beschrieben.

Schaffung von Sicherheit. Das erste und wichtigste Ziel in der Stabilisierungsphase besteht darin, Sicherheit zu schaffen, d.h. potentiell fortbestehende Gefahren für das Wohlergehen zu beseitigen. Bereits oben wurde darauf hingewiesen, dass dieses vermeintlich einfache Ziel das professionelle Handeln mitunter in Dilemmata führen kann, die es zu reflektieren gilt.

Aufbau und Sicherung von Bindung. Das zweite zentrale Ziel der Stabilisierungsphase dient dem Aufbau und der Sicherung einer verlässlichen Bindung. Da Menschen mit Intelligenzminderung jedoch in aller Regel nicht durch eine Naturkatastrophe oder Unfälle traumatisiert wurden, sondern durch Personen aus ihrem Umfeld, ist die Etablierung einer sicheren Bindungserfahrung an sich schon eine der größten Herausforderungen. Daher ist es wichtig, eine respektvolle Haltung einzunehmen und validierende und dialogfokussierte Interventionen der Beziehungsgestaltung zu wählen wie zum Beispiel Spiegel (ELBING et al., 1999).

Kontrollmöglichkeiten erweitern. Da wie beschrieben das wesentliche Merkmal jeder traumatisierenden Lebenserfahrung in Kontrollverlust besteht, ist die Erweiterung von Kontrollmöglichkeiten so bedeutsam. Das dritte Ziel der Stabilisierungsphase besteht dann darin, den Raum an Möglichkeiten für traumatisierte Menschen zu erweitern, wieder mehr Kontrolle über das eigene

Leben zu übernehmen, oder wie EHLERS (ebd.) es nennt, „das Leben wieder zurück erobern“. Dies deckt sich mit der gesamten Diskussion um die Erweiterung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten und Empowerment im Leben von Menschen mit Intelligenzminderung (SCHWEIZER & GLASENAPP, 2005).

Skills-Training. Eine wesentliche Voraussetzung sowohl für eine hilfreiche Konfrontation mit traumatisierenden Lebenserfahrungen als auch grundsätzlich für die Bewältigung von Krisen im Alltag ist die Erweiterung von Fähigkeiten zum Umgang mit belastenden Situationen.

LINEHAN (2014b) hat mit ihrem Skills-Training im Rahmen von Dialektisch-Behavioraler Therapie hierzu in der Behandlung von Menschen mit Borderlinestörung einen wesentlichen Beitrag geleistet (vgl. auch BOHUS & WOLF, 2009). Zwischenzeitlich liegen auch Adaptationen für Menschen mit Intelligenzminderung vor (BROWN, 2011; ELSTNER et al., 2012; vgl. auch GLASENAPP & HENNICKE, 2013). Wesentliche Aspekte des Skills-Trainings sind:

Achtsamkeit als eine nicht-wertende, annehmende Öffnung gegenüber allen Empfindungen, Gedanken und Gefühlen im Hier und Jetzt.

Zwischenmenschliche Fertigkeiten als eine Erweiterung von sozialen Kompetenzen, wie zum Beispiel Fähigkeiten der adäquaten Abgrenzung, dem Äußern von eigenen Bedürfnissen, der Konfliktbewältigung etc.

Stresstoleranz. Diese beinhaltet ein Bündel an Fertigkeiten zur Reduzierung von Hochstresssituationen, die zuvor häufig nur durch selbstverletzendes Verhalten reguliert werden konnten. Manche der Stresstoleranz-Skills beruhen auf starken sensorischen Reizen, die in einer Art Notfallkoffer gesammelt werden können. Für Menschen mit Intelligenzminderung ist es hilfreich, diesen Notfallkoffer zu vergegenständlichen.

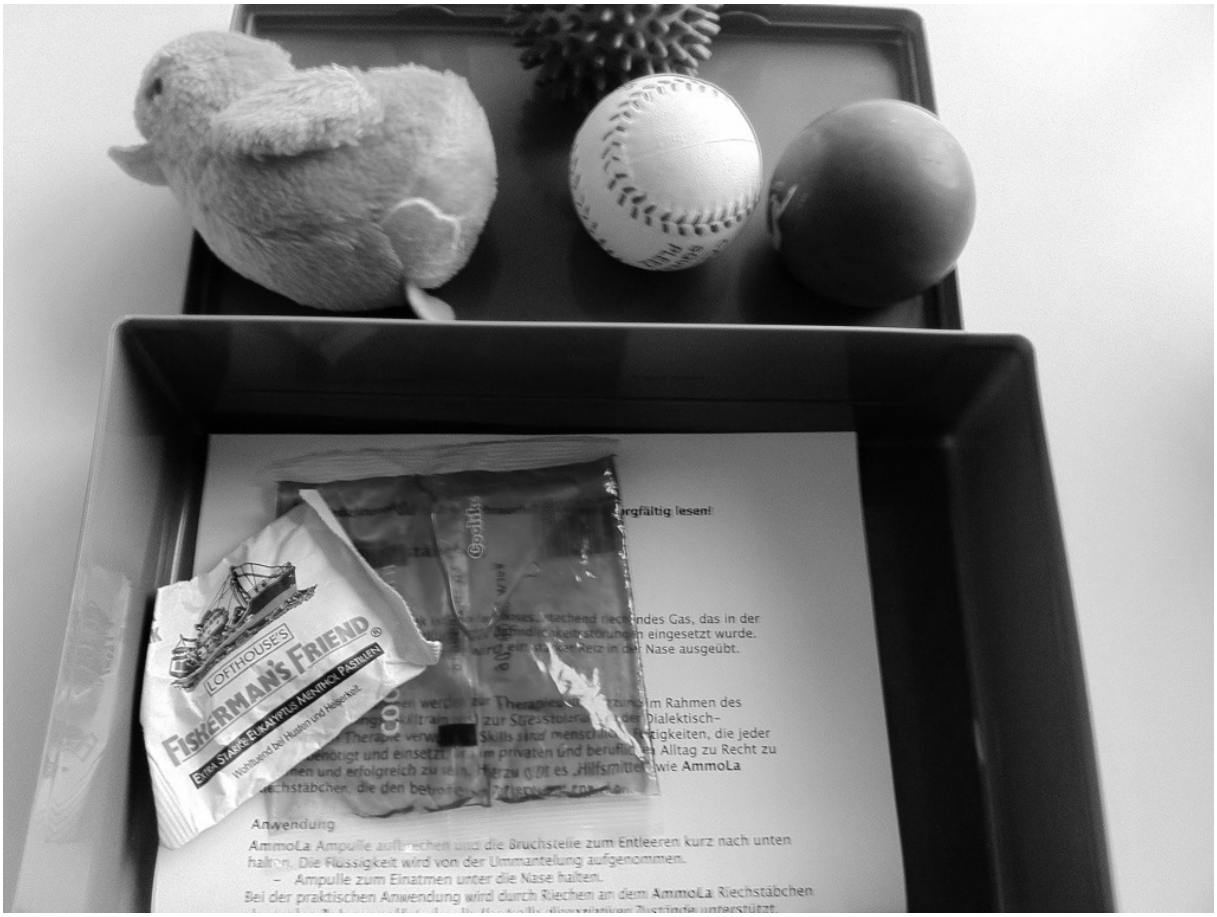

Abb. 6: Beispiel eines Notfallkoffers für Hochstresssituationen.

Umgang mit Emotionen. Jede schmerzhafte Erfahrungen im Sinne eines traumatisierten Lebensereignisses wird zu einer tiefgreifenden Verunsicherung hinsichtlich der Wahrnehmung und des Umgangs mit Emotionen führen, sowohl bei sich selbst wie auch bei anderen. Insofern gehen alle Traumafolgestörungen mit Auffälligkeiten der Emotionsregulation einher. Die Erweiterung von Möglichkeiten für einen hilfreichen Umgang mit Emotionen stellt daher ein weiteres Modul des Skills-Trainings dar.

Es hat sich dabei als sehr hilfreich erwiesen, für Menschen mit Intelligenzminderung die qualitative Differenzierung von Emotionen weitestgehend zu reduzieren auf die vier Grundemotionen Freude, Trauer, Angst, Wut, gegebenenfalls ergänzt durch Ekel und Überraschung. Die Erweiterung emotionaler Kompetenzen beinhaltet dann die Auseinandersetzung mit dem eigenen emotionalen Stil, den gezeigten Emotionen einerseits und den empfundenen andererseits. Während die gezeigten Emotionen sich auf der Oberfläche des bereits eingangs vorgestellten Regenschirms befinden, sind die empfundenen Emotionen die darunter. Diese zwei Seiten der einen emotionalen Medaille bedeuten für einen hilfreichen Umgang mit Emotionen, intensiv erlebte Emotionen herunter zu regulieren und

gleichzeitig vermiedene Emotionen herauf zu regulieren (vgl. ausführlich hierzu GLASENAPP, 2013b).

Ressourcenorientierte Techniken. REDDEMANN (ebd.) beschreibt in ihrem ressourcenorientierten Zugang zu traumatisierten Menschen eine Vielzahl an hilfreichen Imaginationsübungen. Auch wenn manche dieser Übungen durchaus für Menschen mit leichter ist mittelgradiger Intelligenzminderung anwendbar sind, bietet es sich für diese Zielgruppe eher an, die Imaginationen gegenständlich werden zu lassen. Dies kann beispielsweise bedeuten, die Übungen „Gepäck ablegen“ in einer konkreten Rollenspielübungen zu erleben, bei der ein belasteter Mensch mit Intelligenzminderung die Erfahrung machen kann, einen durchaus schweren, mit PET-Flaschen gefüllten Rucksack fallen zu lassen. Ebenfalls gute Erfahrung gibt es mit der Umsetzung der Tresorübung, bei der Menschen lernen, belastende Erinnerungen vorübergehend in einen Tresor schließen zu können. Dieser Tresor kann ebenfalls gegenständlich umgesetzt werden, z.B. durch einen bemalten Schuhkarton, in den auf Zetteln notierte belastende Gedanken gesteckt werden können, ohne sie sofort oder später bearbeiten zu müssen. Die entlastende Funktion besteht darin, betroffenen Menschen einen Ort anbieten zu können, wo sie mit ihren belastenden Erinnerungen bleiben können, ohne dabei durch die Bearbeitung zu sehr in die Gefahr einer Traumakonfrontation zu geraten.

Traumakonfrontation

Da diese nicht in den unmittelbaren Aufgabenbereich der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Behindertenhilfe fällt, wird es in aller Regel ausreichen, diese Phase nur kurz darzustellen.

In dieser Phase wird das Ziel darin bestehen, durch das Öffnen des Kleiderschranks in eine direkte Auseinandersetzung mit den Erinnerungen an das traumatisierende Erlebnis einzusteigen. Durch diese Auseinandersetzung wird ein innerer Dialog angeregt zwischen den zuvor zum Schutz dissoziierten Gedanken und Gefühlen, die mit diesem überwältigend schmerzhaften Erlebnis verbunden sind. Dieser Dialog basiert auf einer respektvollen inneren Haltung dem erlebten Schmerz gegenüber, bei dem es nicht darum geht, diesen Schmerz irgendwie loszuwerden. Früher wurde in diesem Zusammenhang von der Integration des Erlebten gesprochen. Doch die Diskussion um Traumatherapie kann an dieser Stelle durchaus von Diskussionen aus der Behindertenhilfe profitieren, denn dort wurde der Begriff der Integration schon länger zu Gunsten der Inklusion aufgegeben.

Inklusion statt Integration von schmerzhaften Erlebnissen bedeutet dann, dass diese nicht sich dem scheinbar normalen Rest anpassen, sondern dass beide Seiten, sowohl die funktionierenden Anteile der Persönlichkeit wie auch die

inneren verletzten Anteile sich aneinander annähern und aufeinander zugehen, im Werden von etwas Neuem Frieden schließen.

Diese Auseinandersetzung wird jedoch immer einen schmerzhaften und belastenden Schritt darstellen, so dass noch einmal daran erinnert wird, wie wichtig eine vorausgehende Stabilisierung und Vermittlung notwendiger Fertigkeiten ist. Selbst wenn Menschen von sich aus eine Traumakonfrontation wünschen, kann es sinnvoll sein, sie in diesem Wunsch eher zu bremsen als noch zu fördern, ansonsten droht die Gefahr der Re-Traumatisierung.

Die sicherlich wirksamste Form von Traumakonfrontation ist die Exposition in vivo, bei der Patientinnen und Patienten den Ort der traumatisierenden Lebenserfahrung wieder aufsuchen, sofern dies noch möglich ist. Gleichzeitig ist dies die am höchsten belastende Form. Weitere Techniken, die eine Exposition weniger in vivo als vielmehr in sensu, also in der Vorstellung durchführen, sind zum Beispiel die Narrative Therapie, die sich auch für Menschen mit Intelligenzminderung bewährt hat, Imaginative Techniken und EMDR. Grundsätzlich sollte bei jeder durchzuführenden Traumatherapie im Vorfeld die entsprechende fachliche Qualifikation des Behandlers / der Behandlerin überprüft werden.

Fazit

Die in diesem Artikel vorgestellten Aspekte der Vermittlung von Wissen über Traumata, Traumatisierung und Traumafolgestörungen wollen einen Beitrag leisten dazu, Kolleginnen und Kollegen der Behindertenhilfe in einem professionellen Umgang zu stärken.

Denn traumatisierte Menschen mit Intelligenzminderung brauchen sie begleitende Professionelle,

- die dysfunktionale Verhaltensweisen unter dem Aspekt des Schutzes verstehen,
- die sich immer wieder auf Bindungsangebote einlassen,
- die adäquates Wissen über Verarbeitung, Folgen und den Umgang mit traumatisierenden Lebenserfahrungen haben,
- die ihre Möglichkeiten in den Phasen eins bis fünf der Traumatherapie annehmen.
- Ihnen abschließend viel Kraft, Mut und Ausdauer im Verstehen, im Lernen und im Lehren. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur

Bohus, M. & Wolf, M. (2009). Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit. Stuttgart: Schattauer.

Brown, J. F. (2011). The Skills System. Instructor' s Guide. An emotion-regulation skills curriculum for all learning abilities. Bloomington: iUniverse.

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

Elbing, U., Glasenapp, J., Moschner, B. & Rohmann U.H. (1999). Spiegeln als Mittel der Beziehungsgestaltung in der Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Überblick. Geistige Behinderung, 38, 338-347.

Elstner, S., Schade, C. & Diefenbacher, A. (Hrsg.) (2012). DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit. An der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bielefeld: Bethel-Verlag.

Epstein, S. (1993). Emotion and self-theory. In M. Lewis & J. Haviland (Eds.), Handbook of emotions (pp. 313–326). New York: The Guilford Press.

Fiedler, P. (2001). Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung. Weinheim: BeltzPVU.

Glasenapp, J. (2013). Emotionen als Ressourcen. Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung. Weinheim: Beltz.

Glasenapp, J. & Hennicke, K. (2013). Intensivbetreuung in der Diskussion - Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie. Materialien der DGSGB, Bd. 30. Berlin: DGSGB.

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

LeDoux, J. (2001). Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen. München: dtv.

Linehan, M. (2014a). DBT Skills Training Manual. Guilford.

Linehan, M. (2014b). DBT Skills Training Handouts and Worksheets. Guilford.

Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? Verhaltenstherapie, 18, 109–118.

Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer.

Sachsse, R. (2004). Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Schweizer, A. & Glasenapp, J. (2005). Lebensqualität, Selbstbestimmung und Assistenz. In: B. Pfeil u.a. (Hrsg.). Ich diene mir selbst, S. 38-48. Freiburg: Lambertus.

Schweizer, A. & Glasenapp, J. (2002). Lebens- (Qualitäts-) Management. In: A. Lenz & W. Stark (Hrsg.). Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation (S. 203-212). Tübingen: dgvt-Verlag.

Sinason, V. (2000). Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins. Neuwied: Luchterhand.

Praxis der Traumapädagogik
Was muss im Alltag der Betreuung beachtet werden?

Martin Kühn

Die Behebung der Verwahrlosung
als Angelegenheit der Erziehung zu reklamieren,
erschiene überflüssig, wenn es nicht den Anschein hätte,
als ob man in neuerer Zeit bemüht wäre,
sie für eine Domäne des Arztes zu reservieren.

(August Aichhorn 1925)

Einleitung

Schon bereits vor 90 Jahren spricht der österreichische Pädagoge und Psychoanalytiker August AICHHORN mit diesem Zitat eine interdisziplinäre Diskrepanz an (AICHHORN, 1987), die im deutschsprachigen Raum bis heute nicht beendet werden konnte. Ersetzt man den alten Begriff der „Verwahrlosung“ von AICHHORN entsprechend durch das heutige Verständnis von „auffälligem, störenden oder herausforderndem Verhalten“ wird dies unmittelbar deutlich: Was ist pädagogischer Auftrag oder was gehört in den klinischen/therapeutischen Bereich? AICHHORN hat dazu eine klare Meinung, wie sieht es mit den pädagogischen Fachkräften heute aus?

Klaus HENNICKE (in diesem Band) greift diesen Diskurs auf, wenn er schreibt, dass Verhaltensäußerungen von traumatisierten Menschen nicht pathologisiert werden sollten, weil traumatisch bezogene biografische Erfahrungen als ursächlich für die Entstehung von Verhaltensauffälligkeiten betrachtet werden müssen. Damit stellt er einen zustimmenden historischen Kontext zu AICHHORN her, der dies vor neun Jahrzehnten so ebenso schon beschrieben hat. Stattdessen müssen selbst dysfunktionale Verhaltensweisen als Bewältigungs- und Überlebensstrategien der individuell Betroffenen verstanden werden.

Die Arbeit im pädagogischen Feld ist daher nicht nur ein simples ergänzendes Beiwerk zu klinisch-therapeutischen Prozessen, sondern stellt für sich ein eigenes, wichtiges Feld zur Bewältigung traumatischer Belastungen bei Menschen mit Lernschwierigkeiten dar[1]. Dazu bedarf es jedoch der Gestaltung

1 Ich verwende im Folgenden die Formulierung „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ statt „Menschen mit geistigen Behinderungen“, wie dies auch vom Netzwerk People First Deutschland e.V. postuliert wird (http://www.menschzuerst.de)

eines entsprechenden lebens- und alltagsorientierten Milieus (HENNICKE, ebd.), dessen feinfühliger Gestaltung sich die beteiligten pädagogischen Fachkräfte umfassend verpflichtet fühlen sollten. Onno VAN DER HART fasst es so zusammen: *„Eine liebevolle Beziehung, die in mancher Hinsicht einfach 'sicher' ist, wird unerlässlich sein, um überhaupt von einem Trauma genesen zu können.“* (zit. n. HUBER, 2007) Eine Aussage, die sich in Bezug auf Menschen mit Lernschwierigkeiten als besonders bedeutsam darstellt, da es anscheinend in diesem Land keinen Widerspruch darzustellen scheint, gleichzeitig über Inklusion und pränatale Diagnostik nachzudenken?!

Die „Pädagogik des Sicheren Ortes“ (PSO)

Eine traumasensible Pädagogik, wie sie von den Mitarbeiterinnen des „traumapädagogischen instituts norddeutschland“ mitentwickelt wurde (Kühn, 2006), wendet sich entschieden gegen einen unreflektierten Umgang mit Menschen mit Lernschwierigkeiten, weil dies ansonsten einen ständigen Austausch von Zuwendung gegen Wohlverhalten und Sanktionierung gegen Auffälligkeit produziert (JANTZEN, 2001). Stattdessen geht es um die Gestaltung sicherer Räume, nur in denen eine höchst individuelle Persönlichkeitsentwicklung möglich ist. Einrichtungen der Behindertenhilfe sind jedoch per se keine sicheren Orte: professionelle Hilflosigkeit durch anscheinend unverständliche Verhaltensweisen der Betreuten, Zwangsbelegungen in Gruppenkontexten, unzureichendes Fachwissen, mangelnde finanzielle und professionelle Ressourcen, u.v.m. sorgen eher für unsichere Orte, in denen Menschen mit Lernschwierigkeiten höchstgradig gefährdet sind, retraumatisiert zu werden.

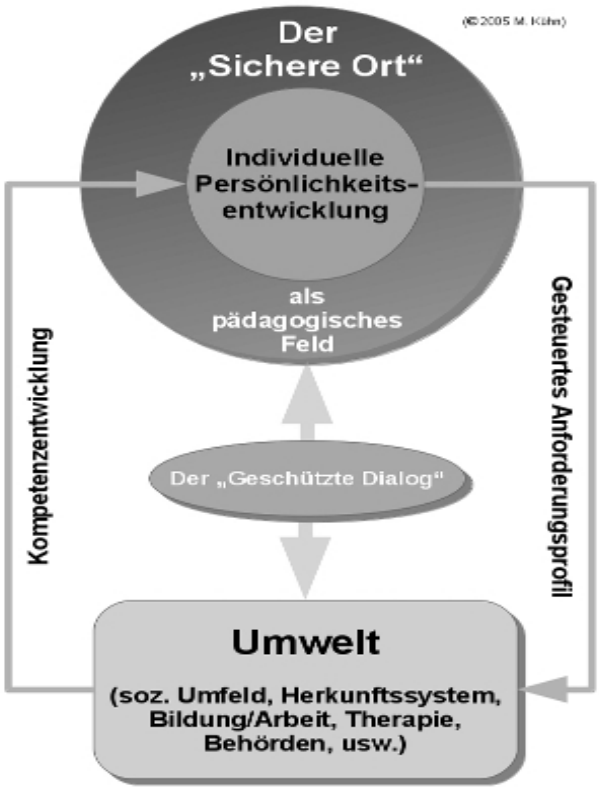

Abb. 1: Das PSO-Konzept

Um also einen solchen sicheren Ort zu generieren, bedarf es daher zweier konzeptioneller Bestandteile:

- der pädagogischen Triade
- dem geschützten Dialog.

Die pädagogische Triade

Eine traumasensible Pädagogik berücksichtigt dabei, dass es sich nie alleine um einen spezifischen Umgang zwischen BetreutInnen und BetreuerInnen handelt. Im Gegenteil, es handelt sich um eine ganzheitliche Betrachtungsweise, die auch gleichberechtigt daneben die individuelle professionelle Persönlichkeit, sowie die institutionellen Bedingungen berücksichtigt. Beispiele wären...

Abb. 2: Die "pädagogische Triade"

AdressatIn:

- persönlicher, privater Rückzugsraum
- verlässlicher, einschätzbarer Tagesablauf
- klare Transparenz der Dienstplanung
- effizientes Beteiligungs- und Beschwerdemanagement
- zuverlässige Bezugsangebote
- u.a.

PädagogIn:

- individuell-professionelle Befähigung und fachliche Aus- und Fortbildung
- Fähigkeit zur Unterscheidung: traumabezogenes oder behinderungsbedingtes Verhalten
- verlässliche Dienstplanung und funktionierende Work-Life-Balance
- mindestens monatliche Supervision und Fachberatung
- traumasensible Vorgesetzte und entsprechende Versorgung
- verlässliche Arbeitsverträge und Karriereplanung
- u.a.

Einrichtung:

- transparente Abläufe und Entscheidungsprozesse
- traumasensibles Verständnis in allen Hierarchieebenen
- Transparenz über offene und geheime Einrichtungsregeln
- ausgewogenes Verhältnis von pädagogischem und wirtschaftlichem Interesse

- Bewusstheit einer besonderen Fürsorgepflicht von Leitungskräften für MitarbeiterInnen
- u.a.

Der geschützte Dialog

Egal ob Kind oder Erwachsener mit Lernschwierigkeiten, niemand lebt nur in einem Alltagsfeld alleine. Im Gegenteil, Wohn- und Bildungseinrichtung, Beschäftigungs- oder Werkstatteinrichtung, Förderung oder Therapie, und nicht zuletzt das Herkunftssystem, all diese stellen verschiedene Umwelten dar, die unterschiedliche Herausforderungen an die Kompetenzen des Betreuten stellen. Eine traumasensible Pädagogik orientiert sich dabei an folgenden Fragestellungen: *Wer definiert den Auftrag, die Aufgabe? Was soll erreicht werden?*

Im Sinne von Lew WYGOTSKI *(„Zone der nächsten Entwicklung")* sollte als nächstes herausgearbeitet werden, wie ein gesteuertes Anforderungsprofil gestaltet werden sollte (TEXTOR, 1999), d.h. wer und was könnte dem/die Betreute/n dabei helfen, mit etwas Unterstützung etwas zu erreichen?

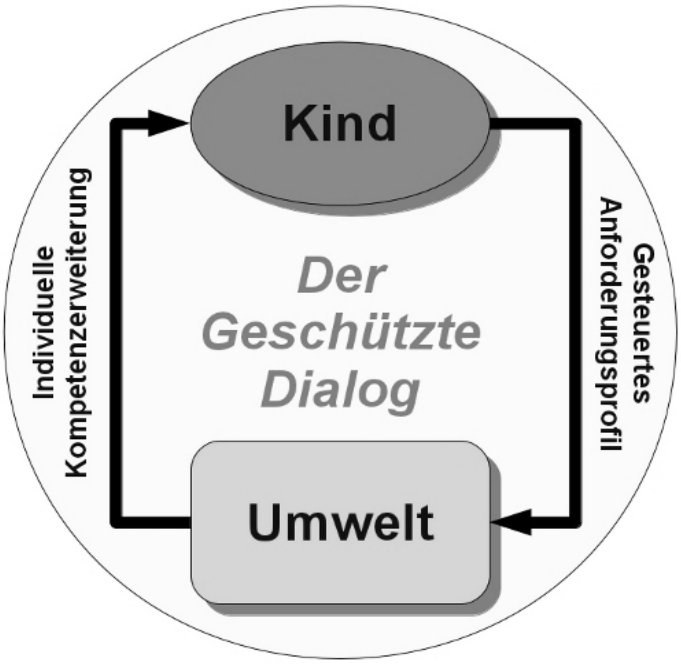

Abb. 3: Der geschützte Dialog

Eine kleinschrittig gestaltete Hilfemaßnahme ermöglicht daher der/dem Betroffenen die Erfahrung eigener Wirksamkeit und Kompetenzentwicklung. Menschen mit Lernschwierigkeiten werden so vor weiterem Scheitern und Versagen in Anforderungsprozessen bewahrt.

Pädagogische Aufträge in der Traumabearbeitung

In Bezug auf eine vielschichtige Gefährdung durch Traumatisierungen stellen Menschen mit Lernschwierigkeiten eine besondere Risikogruppe dar. PädagogInnen kommt daher ein besonderer Betreuungsauftrag in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern zu. Die traumapädagogischen Erfahrungen der letzten 15 Jahre haben dabei gezeigt, dass im pädagogischen Rahmen wesentlich mehr möglich ist als bisher gedacht.

Stabilisierung

Traumatisierte Menschen verfügen in der Regel nur über unzureichende Möglichkeiten der Selbstberuhigung (REDDEMANN, 2007). Um das Gefühl von innerer Unruhe zu bewältigen, greifen sie auf Verhaltensweisen und Handlungsstrategien zurück, die jedoch häufig als dysfunktional verstanden werden müssen. Menschen mit Lernschwierigkeiten machen dabei jedoch immer wieder die Erfahrung, dass bei ihnen stressbedingte Reaktionen nicht als solche identifiziert werden, sondern dem individuellen Behinderungsbild zugeschrieben werden. Verfügen PädagogInnen nicht über ein traumasensibles Verständnis und entsprechendes Fachwissen, muss es zwangsweise zu Fehlinterpretationen in der Verhaltensbeobachtung und Hilfeplanung kommen. Strategien zur Beruhigung und Herstellung von Sicherheit gehören allerdings zum Grundinventar in der Arbeit mit traumatisierten Menschen.

Dialog

Traumabedingt ist der kommunikative Austausch eines betroffenen Menschen mit seiner Umwelt stark beeinträchtigt (KÜHN, 2011). Kommen weitere Bedingungen hinzu, die einen zwischenmenschlichen Dialog behindern (kognitive Einschränkungen, fehlende Verbalisierungsmöglichkeiten, usw.), muss ein Dialogangebot die entsprechenden zur Verfügung stehenden Kommunikationskanäle nutzen, um weitere Isolationserfahrungen und Ausgrenzung der Betroffenen zu verhindern und Sicherheit zu vermitteln. Dabei bedeutet die Wiederherstellung von Dialog immer auch das Wiedererschließen *„unterdrückter Geschichten“* (WHITE, 2009), die auch dem einzelnen Menschen mit Lernschwierigkeiten wieder Zugang zu seiner eigenen Lebensgeschichte ermöglicht. Pädagogische Fachkräfte haben jedoch zu berücksichtigen, dass dialoginitiierende Prozesse Zeit und Ausdauer benötigen, da Erfahrungslernen und Lernen aus Konsequenzen nur rudimentär zur Verfügung stehen. Gelingen solche Prozesse jedoch können Menschen mit Traumatisierungen nicht mehr auf ihr Opfersein reduziert werden, sondern erhalten Würde und Anerkennung zurück.

Teilhabe

Die UNO-Behindertenkonvention definiert den Grad von Behinderung u.a. an dem Grad von Teilhabebeeinträchtigung in Bezug auf den Ausschluss eines Menschen von Bildungsprozessen, Gesundheitswesen und sozialen Kontakten. Menschen mit Lernschwierigkeiten weisen dafür ein erhöhtes Risiko auf im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen. Um Teilhabe zu ermöglichen, ist es jedoch notwendig, dass Dialog entwickelt werden konnte, denn nur im Dialog können pädagogische Fachkräfte erfahren, welches Bild von sich selbst und

Welt ihr Gegenüber hat. George KELLY hat es bereits vor 60 Jahren folgendermaßen formuliert: *„Wenn Du wissen willst, was in einer Person vorgeht, dann frage sie, sie wird es dir erzählen“* (zit. n. PERVIN, 2005). Nur wenn PädagogInnen die andere Sicht von Welt von Menschen mit Lernschwierigkeiten verstehen, können sie verhindern, dass unreflektierte, wenn auch gut gemeinte, Hilfemaßnahmen nicht zu weiteren Gewalterfahrungen und Ausschluss führen.

Perspektiventwicklung

Eine gelingende Perspektivplanung, an der Autonomie des Einzelnen orientiert, benötigt eine konsequent partizipative Grundhaltung der pädagogischen Fachkräfte, denn nur im konkreten Erleben und Erfahren von Kontroll- und Wahlmöglichkeiten können Menschen auch mit Lernschwierigkeiten die destruktiven Wirkungen traumatischer Erfahrungen überwinden (PERRY, 2015). Besonders die methodischen Ansätze des *„Personenzentrierten Denkens“* bieten dazu eine Vielzahl von Praxisideen, um die Autonomieentwicklung von Menschen mit Lernschwierigkeiten hilfreich zu begleiten und zu unterstützen (DOOSE, 2011).

Zusammenfassung

Traumatische Lebensereignisse gehören für viele Menschen, egal ob mit oder ohne Lernschwierigkeiten, zu ihrer Geschichte, zu ihrer Biographie. Allerdings werden die Auswirkungen von überfordernden Stresserfahrungen bei Menschen mit Lernschwierigkeiten noch allzu oft ignoriert, von einer beschämend unzureichenden psychotherapeutischen Versorgung ganz zu schweigen. Gerade dieser Bevölkerungsgruppe, die lebensgeschichtlich und beeinträchtigungsbedingt oft nur über eingeschränkte Bewältigungsstrategien verfügt, werden so überlebenswichtige professionelle Hilfen vorenthalten. Berücksichtigt man hinzu, dass ein entsprechendes traumasensibles Fachwissen bei pädagogischen Fachkräften bislang noch viel zu wenig vorhanden ist, offenbart das Dilemma der Hilfemaßnahmen in der Behindertenhilfe bis zum heutigen Tag (KÜHN & BIALEK, 2014). Die Erfahrungen einer trauma-pädagogischen Praxis in den letzten Jahren zeigen jedoch deutlich, dass Hilfen zur Traumabewältigung nicht alleine *„eine Domäne des Arztes“* (AICHHORN) bleiben dürfen, denn *"eine traumabearbeitende 'Technik' besteht in einem realen sozialen Rahmen mit tragenden sozialen Beziehungen.“* (UNFRIED & DREINER, 2011), und dies ist und bleibt ebenso ein originär pädagogischer Auftrag.

Literatur

Aichhorn, A. (1987): Verwahrloste Jugend. Bern

BMFSFJ (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Internetveröffentlichung unter: http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=128950.html (zuletzt geprüft am 27.02.2015)

Doose, St. (2011): Zukunftsplanung: Personenzentriertes Denken und Persönliche Zukunftsplanung - Grundlagen und Grundgedanken; Internetveröffentlichung unter: http://www.inklusion-als-menschenrecht.de (zuletzt geprüft am 27.02.2015)

Huber, M. (2007): Die Phobie vor dem Trauma überwinden; In: Trauma & Gewalt, Jg. 1/01

Jantzen, W. (2001): Unterdrückung mit Samthandschuhen – über paternalistische Gewaltausübung in der Behindertenpädagogik; In: Müller, A. (Hrsg.): Sonderpädagogik provokativ. Luzern

Kühn, M. (2006): Bausteine einer Pädagogik des Sicheren Ortes; Internetveröffentlichung unter http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/martin_kuehn.pdf (zuletzt geprüft am 27.02.2015)

Kühn, M. (2011): Trauma als Destruktion des Dialogs mit dem Selbst, der Umwelt und dem Leben an sich; In: Sozial Extra, Issue 11-12, 2011

Kühn, M., Bialek, J. (2014): Traumatisierte Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen - Zum Auftrag der Pädagogik; In: Gahleitner, S.B., Hensel, Th., Baierl, M., Kühn, M., Schmid, M. (Hrsg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern – Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik; Göttingen

Perry, B.D., Szalavitz, M. (2013): Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. Was traumatisierte Kinder uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können - Aus der Praxis eines Kinderpsychiaters; München

Pervin, L.A., Cervone, D., John, O.P. (2005): Persönlichkeitstheorien; München

Reddemann, L. (2007): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren; Klett-Cotta

Textor, M. (1999): Lew Wygotski - entdeckt für die Kindergartenpädagogik; In: klein & groß, 1999, Heft 11/12

Unfried, N., Dreiner, M. (2011): Hilflose Helfer – Erfahrungen aus der ersten Phase der therapeutischen Arbeit mit jungen Kindern nach sexuellem Missbrauch; In: ZPPM 1/2011

White, M. (2009): Kinder, Trauma und das (Wieder)erschließen von „unterdrückten“ Geschichten; In: systhema 1/2009

Überlegungen zu einem Versorgungskonzept nach Großschadensereignissen

Susanne Schmid

Vorbemerkung

Den folgenden Ausführungen liegen meine Erfahrungen als Psychologin mit einer Brandkatastrophe in einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung zugrunde, in der ich als Beraterin für die Einrichtung wie auch in der psychologischen Begleitung für einige betroffene Menschen mit geistiger Behinderung tätig geworden war.

Dieser Bericht ist ein Versuch, die Darstellung des Aufbaus und der Umsetzung von Teilbereichen eines komplexen Versorgungsnetzes beginnend am Tag des Ereignisses darzustellen. Die Situation und die damit verbundenen Herausforderungen ließen sich professionell nur durch eine klare Strukturierung der Abläufe, permanente Rückkopplung und Anpassung an die jeweilige Situation, durch vertrauensvolle und offene Teamarbeit mit klarer Aufgabenverteilung und klarer Verantwortlichkeit bewältigen. Der Bericht soll eine Aufforderung und vor allem Ermutigung sein, klare Kommunikations- und Interaktionsstrukturen innerhalb eines Systems zu schaffen und darüber hinaus dies in der Vernetzung zu den Helferorganisationen, Therapeuten, Ärzten und Kliniken weiter zu transportieren. Es ist in einer extremen Ausnahmesituation von unschätzbarem Wert, um ein tragfähiges Netzwerk zu wissen.

Eine wesentliche Erfahrung in dieser Situation, bestand und besteht darin, dass die Menschen mit Behinderung eine ungemeine Kompetenz besitzen mit Krisen umzugehen. Sie haben, wie wir alle ihre Stärken und ihre Schwächen. Jedoch, sollten wir, wie wir uns es selbst wünschen würden, die Stärken mehr zu beachten um Wachstum auch nach einer solchen Ausnahmesituation zu ermöglichen.

Eine weitere Erfahrung ist, dass Mitarbeiter und Begleiter als indirekt Betroffene wahrzunehmen sind und ihnen entsprechende Unterstützungs-möglichkeiten angeboten werden müssen.

Versorgungskonzept und Krisenmanagement bei Groß-schadensereignissen

Die Anforderungen an ein solches Versorgungskonzept und an das Krisenmanagement werden, unabhängig von der Dynamik eines Ereignisses, geprägt von den Strukturen der Einrichtung und des Trägers. Ein

Versorgungskonzept muss die vorhandenen Strukturen, Ressourcen und Grenzen der Institution berücksichtigen. Eine unabhängige Instanz ohne die Miteinbeziehung und ein Wissen um die bestehenden Strukturen kann die Umsetzung und den Aufbau eines hilfreichen Netzwerkes erschweren. Unabhängige Instanzen sind zwar als Berater sehr hilfreich, jedoch ist eine Implementierung im bestehenden System notwendig (WÜLLENWEBER, 2000). Diese Implementierung dient dazu, die Bedingungen und Erfordernisse für die Betroffenen herzustellen (Familien, weitere Angehörige, Freunde, soziales Umfeld, Mitarbeiter auch Führungskräfte), um adäquate und gezielte Unterstützung zu ermöglichen. Voraussetzung hierfür ist eine Vernetzung der Hilfskräfte und der Einrichtungen.

Zum Aufbau innerer Strukturen benötigt jedes Versorgungsnetz ein spezifisches auf unterschiedliche Zeitabläufe abgestimmtes in sich flexibles Konzept (HOBFOLL et. al., 2007), weil jedes mögliche traumatische Ereignis seine eigene Dynamik entwickelt und jeweils besondere Versorgungsbedarfe erforderlich macht. Dies hängt zusammen mit den Unterschiedlichkeiten des Erlebens der Betroffenen, mit ihren besonderen Beziehungsgeflechten in der Einrichtung und deren eigenen, speziellen Strukturen (FISCHER & RIEDESSER, 2009). Dies bedeutet, dass das Versorgungskonzept im Notfall flexibel und zielführend sein muss, sodass für die Betroffenen ein möglichst überschaubarer Rahmen entsteht, der nachvollziehbar ist und Sicherheit und Kontrolle vermittelt (HOBFOLL et al. 2007). Es geht also sowohl um die Dynamik des Großschadensereignisses selbst, als auch um das Symptomatik des einzelnen Betroffenen. Akzidentelle Traumata wie z.B. Unfälle, Naturkatastrophen, Brände wie in unserem Fall werden von den Betroffenen anders erlebt und verarbeitet wie interpersonelle Traumata, sogenannte *Man Made Desasters*. also direkt von Menschen angerichtete Verletzungen. Die Dynamik ist zudem abhängig von der der Bedeutung für den Einzelnen und ob nahestehende Personen verletzt oder zu Tode gekommen sind. Auch materielle Verluste können sehr belastend sein (vgl. dazu MAERCKER, 2009).

Im Unterschied zu den meisten Großschadenereignissen sind Einrichtungen der Behindertenhilfe recht geschlossene Systeme, deren vorhandene Strukturen für die Erstversorgung im Sinne eines Synergieeffektes gut nutzbar sind. Der beste soziale Schutzfaktor für die Betroffenen ist ein Beziehungsnetz mit verlässlichen, gut erreichbaren, respektvollen und zugewendeten Personen (RUPP, 2010). In betreuenden Einrichtungen besteht von vornherein eine Nähe und Vertrautheit zwischen Betroffenen und Mitarbeitern. Letztere können daher unmittelbar zur Prävention posttraumatischer Störungen eingesetzt werden, da sie die Strukturen, Gewohnheiten und Rituale des Systems kennen, deren Aufrechterhaltung erhebliche Sicherheit vermitteln kann.

Die Mitarbeiter können auch langfristiger als z.B. die Notfallseelsorge, die nur für 48h übernehmen kann, als Ansprechpartner für die Angehörigen und für das Versorgungsnetz fungieren. Es muss also konkret geklärt werden, welcher Mitarbeiter kann diese Rolle in welcher Funktion übernehmen und wie sind die Kontaktmöglichkeiten und die Erreichbarkeit gesichert werden.

Die Mitarbeiter der Einrichtung werden leicht als Menschen „übersehen“, die ebenso traumatisiert sein können und die möglicherweise selbst eine eigene Geschichte von Traumatisierung haben. Dies kann zu erheblichen Re-Traumatisierungen mit entsprechenden psychischen Folgen führen (FISCHER & RIEDESSER, 2009). Für sie ist es genauso wichtig, auf Entlastungen zurückgreifen können. Und sie sind durch die akuttraumatisierten Bewohner, die sie täglich und über Wochen und Monate betreuen, erheblichen zusätzlichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt, die selbst wiederum traumatisierend wirken können (SHA & WEBER, 2013). Es ist daher von größter Wichtigkeit, den Mitarbeitern zu signalisieren, dass sie sich – wenn sie ihre Belastungsgrenze spüren – jederzeit Entlastung holen und/oder sich aus dem Dienst zurückzuziehen können. Dies erfordert jedoch dementsprechende Ressourcen an Kollegen, die die Arbeit übernehmen können. Eine erhöhte Mitarbeiterzahl sind daher wichtige Elemente des Erstversorgungsnetzes sowie vor allem auch Grundlage für den Aufbau und das Funktionieren eines dauerhaften Versorgungsnetzwerkes.

Die Gestaltung des Versorgungsnetzes muss einige zusätzliche Aspekte berücksichtigen. Auf die wesentliche Rolle der Schwere der materiellen und vor allem natürlich der personalen Verluste und die dadurch gesetzten seelischen Belastungen wurde schon hingewiesen. Auch die individuelle Art und Weise der Erlebniswahrnehmung und –verarbeitung ist selbstverständlich von Bedeutung. Die Risiken für bleibende seelische Schäden im Sinne der Trauma-folgestörungen und einer möglichen traumatischer Trauer muss jederzeit beachtet werden. Ein funktionierendes professionelles und nachhaltiges therapeutisches Angebot muss stationär wie ambulant unbedingt etabliert werden, denn die Verarbeitung des Erlebten hängt wesentlich davon ab. Zum Angebot gehört die enge und kreative Kooperation mit den Betreuungspersonen und begleitenden Diensten, um den Transfer aus den Therapien in die Betreuung und umgekehrt zu gewährleisten (siehe unten Abschnitt „Medizinische und psychotherapeutische Versorgung“).

Nach einer Studie von HOBFOLL et al. (2007) sollten die folgenden grundsätzlichen Elemente der Sofortmaßnahmen und der mittelfristigen Interventionen nach Großschadensereignissen beachtet werden:

- Förderung des Erlebens von Sicherheit
- Förderung von Beruhigung

- Förderung des Erlebens von Selbstwirksamkeit und kollektiver Wirksamkeit
- Förderung von Kontakt und Anbindung
- Förderung von Hoffnung.

Das Konzept umfasst acht Handlungsfelder, welche in Abhängigkeit der individuellen Situation und der Belastung adaptiert und angepasst werden können (FILIPP & AYMANNS, 2010). Eine Adaption auf Menschen mit Behinderungen ist aufgrund der Differenziertheit des Konzeptes gut möglich. Die Erläuterung der Handlungsfelder würde zu weit führen, es sei auf den Text von HOBFOLL et al. verwiesen.

Besonderheiten bei kognitiv beeinträchtigten Menschen

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung äußern ihre Gedanken weniger gefiltert und weniger der sozialen Norm angepasst. Für das Umfeld erscheint dies sehr erschreckend und manchmal nicht verstehbar. Betrachtet man die Äußerungen unter dem Aspekt des „Nach vorne Schauens“, „neuen Mut fassend“ und „Vertrauen in die Zukunft zeigen“, so können sie besser verstanden und eingeordnet werden im Sinne eines vorläufigen Erklärungsmodells oder als positive Sichtweise auf das weitere Leben.

Ein Schutz vor der Öffentlichkeit ist besonders dann notwendig, wenn zu häufig zu viele Fragen gestellt werden aus echtem Interesse aber auch aus Neugierde. Die Betroffenen können sich dann nicht mehr bremsen und erzählen und erzählen. Menschen mit Behinderungen können dadurch überflutet und völlig überfordert werden. Ein weiteres Problem dabei ist, dass die Erfahrung des Erlebten durch Nachfragen und Nachbohren vertieft wird und zusätzlich die Entwickelung einer posttraumatischen Belastungsstörung erhöhen kann. In der Gesellschaft ist es häufig verbreitet:“ Du musst drüber reden“, Du musst Dich damit konfrontieren. *Nein*! Jeder Mensch verarbeitet anders und benötigt andere Zeit, um *seinen* Umgang mit den Ereignissen zu finden. Zudem wird dieses Nachfragen häufig als intrusiv und als Grenzüberschreitung erlebt. Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen sind jedoch häufig nicht in der Lage, sich adäquat abzugrenzen.

Weiterhin kann auch die „gut gemeinte“ Aufmerksamkeit dazu führen, dass die traumatische Erfahrung zu viel Raum im Leben des Betroffenen bekommt. Sie identifizieren sich zu sehr mit dem Ereignis und es kann so zum dauerhaften Lebensinhalt werden. Eine angemessene Verarbeitung wird dadurch erschwert oder sogar verunmöglicht. Schließlich stellt das „dauernde“ Erzählen auch für andere Menschen eine Belastung und kann sogar auf diese traumatisierend wirken.

Nach HOBFOLL (2007) gilt diese Zurückhalten bzw. der Schutz vor andauerndem Fragen als grundlegendes Prinzip der ersten Phase (vgl. auch FILIPP & AYMANNS, 2010).

Prävention der Risiken bei Unglücksfällen

Brandschutzübungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind vorgeschrieben und werden auch regelmäßig durchgeführt, zumindest im Caritas Verband Freiburg-Stadt). Denn nur durch regelmäßige Übungen können Abläufe routinisiert werden, Ängste abgebaut, Unsicherheiten beseitigt und gegenseitiges Vertrauen hergestellt werden. Sie beziehen sich zunächst auf die Strukturen der Einrichtung selbst und machen die Mitarbeiter, die Bewohner oder Nutzer und vor allem die Rettungsdienste (DRK, Polizei, Feuerwehr) mit den Gegebenheiten vertraut. Dann sollten Kontakte zu den Rettungsdiensten hergestellt werden, um diese in ihren Einrichtungen besser kennenzulernen. Im Unglücksfall ist es vor allem auch für die Menschen mit Behinderung einfacher und weniger angstvoll mit den Diensten umzugehen. Für alle Beteiligten führen die Begegnungen zu mehr Sicherheit. In unserem Fall hat sich bei einem Fehlalarm gezeigt, dass das gesamte Netzwerk reibungslos aktiviert werden und wirksam koordiniert werden konnte.

Die Schulung der Mitarbeiter zur Traumathematik und deren Auswirkungen (Handlungskonzepte, Hilfreiche Mechanismen zum Schutz für die Mitarbeiter) sollte ebenfalls zur Selbstverständlichkeit werden nicht nur zur Vorbereitung auf Unglücksfälle, sondern auch um den in betreuenden Einrichtungen allgegenwärtigen Traumarisiken, die durch Personen zu verantworten sind, besser begegnen zu können.

Zur praktischen Umsetzung eines Versorgungskonzeptes

Im Folgenden wird eher stichwortartig aufgelistet, welche Bedingungen und Faktoren in der praktischen Umsetzung bedacht werden müssen.

Zuständigkeiten und Klärungen vorab

Über Polizei- und Feuerwehrnotruf sowie evtl. vorhandene Krisentelefone wie Notfallseelsorge sollten die ersten Interventionen veranlasst werden. Dabei ist es hilfreich zu wissen:

- Welche Organisationen sind für welche Ereignisse zuständig?
- Gibt es in der Region schon ein vorhandenes Netzwerk, evtl. sogar spezifisch für Traumata?
- Über welchen Zeitraum können die Organisationen Interventionen durchführen?

- Sind diese Dienste mit Menschen mit Behinderung vertraut?
- Kennen diese Dienste die Strukturen der Einrichtungen und können sie sich, vorstellen mit Menschen mit Behinderung zu arbeiten.

Diese Fragen zu klären ist unabdingbar, um ein gutes Zusammenwirken zu ermöglichen. Auch hier zeigt sich das große Potential in einer zunächst unüberschaubaren Situation Ruhe und Sicherheit zu gewährleisten (FLATTEN, 2012).

Umsetzung in der Einrichtung

In der Einrichtung muss geklärt sein, wer die Ansprechpartner und Koordinator für bestimmte Bereiche und Aufgaben im Notfall sind („Alarmpläne“). Diese gehen weit über die üblichen „Alarmpläne hinaus“. Solche Aufgaben sind zum Beispiel:

- Koordination der therapeutischen Versorgung und Kontaktaufnahme zur Ambulanz und Klinik
- Information der Kostenträger und externen Beauftragten des Kostenträgers
- Ansprechpartner für die Angehörigen und gesetzlichen Betreuer
- Ansprechpartner für die Öffentlichkeitsarbeit.
- Ansprechpartner und Koordination der externen und internen Hilfsangebote
- Ansprechpartner für die Mitarbeiter, evtl. mit Unterstützung durch externe Supervision.

Innerhalb der Einrichtung muss die interne Kommunikation zwischen der Einrichtungsleitung und den Gruppenleitern sowie zu den externen Diensten gewährleistet sein und koordiniert werden. Im weiteren Verlauf geht es vor allem um die Koordination und Planung der Wiederherstellung eines gewohnten Umfeldes (z.B. bei Gebäudeschäden) sowie einer stabilen Tagesstruktur. Dazu bedarf es regelmäßiger Treffen und Absprachen innerhalb der Einrichtung mit den dafür Verantwortlichen.

Informationen des Umfeldes der Betroffenen

Nach den Soforthilfemaßnahmen zur Beseitigung der unmittelbaren Gefahren hat die sachgerechte und kompetente Information der Angehörigen, der gesetzlichen Betreuer sowie evtl. andere Träger über die allgemeine Situation in der Einrichtung und die spezielle Lage des Betroffenen *unbedingten Vorrang*, insbesondere wenn große mediale Aufmerksamkeit besteht. Dabei sollten

- Unterstützungsmöglichkeiten angeboten oder direkt vermittelt werden
- über die speziellen Probleme und Symptomatiken „beruhigend“ informiert, gleichzeitig Ansprechpartner genannt und vermittelt sowie die weitere Vorgehensweise erklärt werden.

- mehrere, regelmäßige Kontaktaufnahmen mit weiteren Informationen erfolgen.
- Evtl. liegen Informationsbroschüren vor, die dann schnell zur Verfügung gestellt werden sollten.

Es muss unbedingt vermieden werden, dass sich jemand schlecht oder gar falsch informiert fühlt. Insofern ist besonders wichtig, dass an den unvermeidlichen Schnittstellen schnell, umfassend und kompetent reagiert wird.

Medizinische und psychotherapeutischen Versorgung

Bereits im Vorfeld sollten einige Klärungen erfolgen, die dann mehr oder weniger verbindlich im Notfall zum Tragen kommen würden. Ohne diese Klärungen folgen die Rettungsdienste ihren eigenen Notfallplänen:

- Wo sind in der Region spezialisierte Kliniken und niedergelassene Ärzte und Therapeuten, die die traumatherapeutische Versorgung leisten können und wollen? Sind diese Kliniken „wohnortnah“ in einer angemessenen Zeit ca. 30 Minuten erreichbar. Menschen sind nach dem Erleben einer traumatischen Situation nicht sehr belastbar. Gibt es auch entsprechende aufsuchende Angebote?
- Persönliche Kontaktaufnahmen zu den Ärzten, Therapeuten und Kliniken und Erarbeiten einer Kommunikationsstruktur mit Klärung der Ansprechpartner. Gleichzeitig Vermittlung der Besonderheiten der kognitiv beeinträchtigten Klientel und Abbau der Ängste und Vorbehalte: Das Erleben von Menschen mit Behinderung unterscheidet sich nicht so sehr vom Erleben von Menschen ohne Behinderung. Aber bisher galten Menschen mit geistiger Behinderung als nicht (psycho-)therapierbar (vgl. WUNDER, 2011).
- Kurze Wege der Kommunikation zu den jeweils Verantwortlichen entwickeln, die die Strukturen der Behindertenhilfe und Erfahrung haben im Bereich der psychischen Auffälligkeiten von behinderten Menschen sodass, das Helfernetz adäquat reagieren kann.
- Externe Fachleute mobilisieren zur Beratung von Angehörigen und betroffenen Mitarbeitern
- Achtung: Nicht zu früh mit therapeutischen Maßnahmen intervenieren!
- „Doppelte Untersuchungen“ vermeiden! Sie sind in dieser Situation für die Betroffenen zu sehr belastend! Das bedeutet: Sorgfältige und achtsame Terminplanung mit möglichst wenig „Öffentlichkeit“ und Publikumsverkehr, geringen Wartezeiten, gleichen Untersuchern (bei mehrfachen Vorstellungen), Einbeziehung evtl. notwendiger zusätzlicher/mehrere Fachleute in einen Termin, Zeit und Raum für Fragen und Gespräche

einräumen, sodass die Betroffene auch verstehen kann, warum was nach und nach passiert und wie es dann weitergehen kann.

- Ziel sollte sein, dass der Betroffenen wieder möglichst schnell in die gewohnte Tagesstruktur bzw. je nach Situation in die gewünschte Tagesgestaltung gehen kann.

Wiederherstellung eines gewohnten Umfeldes

Menschen mit Behinderung sollten immer wieder einbezogen werden in die Planung der nächsten Schritte. Nach dem für alle traumatisierten Menschen wichtigen Prinzip der (dosierten) Informationsgewinnung fördert diese Teilhabe das Gefühl einen Überblick zu haben und die Kontrolle über das eigene Leben wiederzuerlangen. Wie schon erwähnt ist es zudem von großer Bedeutung, einen möglichst normalen Alltag wiederherzustellen mit gewohnten Ritualen und Abläufen sowie mit der Situation anpassten Anforderungen (Struktur). Die personelle Besetzung in den Wohnheimen muss um das Doppelte aufgestockt werden, auch in der Nachtschicht. Beobachtungen sollten umfassend dokumentiert werden (insbes. bei Hinweisen auf traumabedingte Verhaltensauffälligkeiten) Im Vordergrund steht immer die Versorgung der basalen Bedürfnisse wie Essen, Trinken, Wärme (RUPP, 2010) sowie vor allem auch der emotionalen Bedürfnisse im psychologischen Sinne (vergleiche vorhergehende Beiträge in diesem Band). Das bedeutet „Da sein“ und auch Fragen stellen, was die Betroffenen benötigen. Sie sagen es häufig sehr konkret.

Das gewohnte Umfeld sollte möglichst bald wieder hergestellt werden, zumindest aber eine angemessene Ausweichmöglichkeit, die persönliche Kontakte, Sicherheit und Anbindung ermöglicht. Die Tagestruktur hat für Menschen mit Behinderung eine zentrale Bedeutung. Die Tagesstätten und Werkstätten sind nicht nur „Arbeitsorte“, sondern stellen für viele Menschen mit Behinderung, neben Familie, Wohnheim, Freizeitangeboten auch einen sehr wichtigen Teil in Bezug auf Begegnung mit Kollegen und Freunden dar. Die Wiederherstellung der Tagesstruktur wird daher sehr schnell und konkret eingefordert. Dies kann manchmal auch zum „Befremden“ des Umfeldes führen. Jedoch ist der Hintergrund dieser Äußerungen der Wunsch nach Routine, nach Kontakt und Anbindung, bedeutet Selbstwirksamkeit und kollektive Wirksamkeit und stellt eine sehr große Ressource dar.

Allerdings sollten bei Wiederherstellung der gewohnten Tagesstruktur einige Aspekte beachtet werden. Zunächst: Die Belastbarkeit von Menschen nach einem solchen Ereignis ist nicht mehr die Belastbarkeit vor dem Ereignis. Daher ist es hilfreich, die Wiederherstellung der gewohnten Tagesstruktur unter Beachtung der von HOBFOLL et al. (2007) beschriebenen Phasen vorzunehmen, indem jeweils konkret ausgearbeitete Angebote abgestimmt werden. Dies

impliziert eine langsame Steigerung der Belastung, aber auch die flexible, angemessen Veränderungen von Hilfen und Maßnahmen. Konkret kann dies in Form von leichteren Arbeiten und mehr Freizeitangeboten geschehen. Dabei sollten immer die Möglichkeiten und Wünsche der betroffenen Menschen berücksichtigt werden. Gerade bei den spezifischen stabilisierenden Maßnahmen gilt das Prinzip der Freiwilligkeit. Wenn immer möglich sollten von früher vertraute und bekannte Personen die Hilfen anbieten (z.B. bei der Trauerarbeit oder bei speziellen stabilisierenden Angeboten). Dabei ist zu beachten, dass kein „Kliniksetting“ entsteht, sondern dass die Angebote im Rahmen der Alltagsbetreuung durchgeführt werden.

In diesem komplexen Prozess der Wiederherstellung des gewohnten Umfeldes sollte unbedingt ein Ansprechpartner und Koordinator etabliert werden, der für die Organisation der Maßnahmen und deren Implementierung im System verantwortlich ist.

Fazit

Diese Überlegungen zu einem Versorgungskonzept nach Großschadensereignissen erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sind Ergebnis einer praktischen Erfahrung, die sich als sehr hilfreich und tragfähig erwiesen hat. Jede Institution aber hat ihre eigenen Strukturen und somit sind diese Überlegungen nicht einfach zu verallgemeinern. Die Erfahrung, wie tragfähig und entlastend ein solches Netzwerk im Falle von Großschadensereignissen sein kann und auch weiterhin funktioniert, ist sehr beeindruckend.

Abschließend einige Hypothesen zur Persönlichkeit von Menschen mit Behinderungen:

- Kann es nicht sein, dass Menschen mit Behinderung andere Schutzfaktoren entwickeln wie Menschen ohne Behinderung, möglicherweise aufgrund schon früh erlebten Begrenzungen und Einschränkungen, die sie Akzeptieren gelernt haben?
- Möglicherweise haben Menschen mit Behinderung eher die Fähigkeit nach vorne zu blicken und Hoffnung zu schöpfen.
- Menschen mit Behinderung setzen andere Prioritäten bezüglich ihrer Lebensqualität.
- Es könnte sein, dass die stationäre Wohnversorgung und andere Halt und Sicherheit gebende Systeme gerade nach katastrophalen Ereignissen einen Schutzfaktor bedeuten und das Gefühl, alleine gelassen zu werden, verringern.

Zusammenfassend möchte ich bemerken, dass sehr häufig die Risikofaktoren von Menschen mit Intelligenzminderung sehr gut belegt sind, jedoch die

Ressourcen der Menschen mit Behinderung häufig durch den Blick auf das „Defizitäre“ verstellt sind.

Literaturverzeichnis

Fischer, Gottfried; Riedesser, Peter (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Mit 20 Tabellen. 4., aktualisierte und erw. Aufl. München: Reinhardt (UTB Medizin, Psychologie, 8165). Online verfügbar unter http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8252-8165-6.

Flatten, Guido (2012): Posttraumatische Belastungsstörung. [S3]-Leitlinie und Quellentexte; in Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften. Stuttgart: Schattauer.

Gernegroß, Johanna (2014): Notfallpsychologie und psychologisches Krisenmanagement: Hilfe und Beratung auf individueller und organisationeller Ebene. Stuttgart, Schattauer

Hobfoll, Stevan E. (2007): Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention. Empirical evidence. Psychiatry, 70 (2007) 4.

Hobfoll, Stevan E.; Watson, Patricia; Bell, Carl C.; Bryant, Richard A.; Brymer, Melissa J.; Friedman, Matthew J. et al. (2007): Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention. Empirical evidence. [Emmitsburg, MD: National Emergency Training Center].

Maercker, Andreas (2009): Posttraumatische Belastungsstörungen. 3., vollst. neu überarb. und erg. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Rupp, Manuel (2010): Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. 3., aktualisierte und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme. Online verfügbar unter http://ebooks.thieme.de/9783131021731/1.

Sha, Hanne; Weber, Thomas (2013): Trauer und Trauma. Die Hilflosigkeit der Betroffenen und der Helfer und warum es so schwer ist, die jeweils andere Seite zu verstehen. Kröning: Asanger.

Wüllenweber, Ernst (2000): Krisen und Behinderung. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Wunder, Michael (2011): Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung – Ist dies eine Selbstverständlichkeit? In: Hennicke, Klaus (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie bei Menschen mitz geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 23-40

Autorinnen und Autoren

Dr. phil., Dipl. Psychologe Jan Glasenapp
Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis
Supervisor (DVT) und Dozent
Schwerzerallee 22, 73525 Schwäbisch Gmünd
Kontakt: www.therapie-und-beratung.de

Prof. Dr. med. Klaus Hennicke
Facharzt für Kinder-, Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Nelkenstr.3, 12203 Berlin
E-Mail: klaus.hennicke@posteo.de

Dipl.Behindertenpädagoge Martin Kühn
traumapädagogisches institut norddeutschland
27726 Worpswede
E-Mail: info@tra-i-n.de, www.tra-i-n.de

Dipl. Psychologe Stefan Meir
Psychologischer Psychotherapeut
Leitender Psychologe (PIA)
St. Lukas-Klinik
Siggenweilerstr. 11, 88074 Meckenbeuren
Email: stefan.meir@st.lukas-klinik.de

Dipl. Psychologin Susanne Schmid
Leitung psychologischer Dienst, Stabsstelle Gesamtverband
Caritasverband Freiburg-Stadt e.V.
Herrenstrasse 6,79098 Freiburg im Breisgau
E-Mail: susanne.schmid@caritas-freiburg.de

Impressum

Die *„Materialien der DGSGB“* sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen an die Redaktion erbeten.

Die Druckauflage ist eng begrenzt auf die Mitglieder der DGSGB. Die Bände können über die Website der DGSGB (www.dgsgb) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)

Geschäftsstelle
Frau Steffi Kirch
Erlenweg 15, 32105 Bad Salzuflen
dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de
www.dgsgb.de

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Nelkenstr. 3
12203 Berlin
Tel.: 0174/989 31 34
E-Mail klaus.hennicke@posteo.de

1.Aufl. 03/15/200

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

dgsgb

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- *der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten*
- *der Standards ihrer psychosozialen Versorgung*
- *der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung*
- *des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.*

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand

Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
Dipl. Psych. Dr. Jan Glasenapp, Schwäbisch Gmünd (Stellv. Vors.)
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
Dr. Brian Barrett, Meckenbeuren (Schatzmeister)
Juniorprof. Dr. Pia Bienstein, Köln
Dr. Knut Hoffmann, Bochum
Priv.Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin

Postanschrift

Geschäftsstelle der DGSGB
Frau Steffi Kirch
Erlenweg 15, 32105 Bad Salzuflen
Tel.: +49 52229830590
dgsgb.geschaeftsstelle@t-online.de

ISBN 978-3-938931-34-9