



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Sozialpädagogische Traumabegleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

von Michaela Lötscher

Eingereicht bei: Claudia Leisker

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Muttenz

Eingereicht im Juni 2019 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit richtet sich an Sozialarbeitende, welche im stationären Kontext mit erwachsenen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zusammenarbeiten. Es wird aufgezeigt, welches Wissen und welche Konzepte zum Thema Trauma und kognitiven Behinderungen notwendig sind, um Traumatisierungen bei Betroffenen zu erkennen und zu begleiten.

In der Arbeit wird dargelegt, weshalb Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ein erhöhtes Risiko haben traumatisiert zu werden. Weiter wird ausgeführt, dass die Ursachen dafür zum einen in der Beeinträchtigung selbst liegen und zum anderen auch äussere Risikofaktoren dafür verantwortlich sind.

Für die Begleitung von erwachsenen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen lassen sich die Inhalte aus der Traumapädagogik nicht direkt übernehmen. Jedoch eignen sich einige inhaltliche Eckpunkte auch für die Begleitung von Erwachsenen. In der vorliegenden Arbeit wurden die Ansätze aus der Traumapädagogik mit Begleitkonzepten zum Thema Selbstermächtigung und Selbstbestimmung, Ressourcenorientierung und Biografiearbeit ergänzt, um so die aktuellen Begleitmöglichkeiten spezifisch für erwachsene Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufzuzeigen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im stationären Heimkontext	5
2.1	Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen	5
2.2	Institutionen für Menschen mit Behinderungen	8
3	Psychotraumatologie.....	11
3.1	Definition von Psychotrauma	11
3.2	Verlaufsmodell einer akuten Traumatisierung.....	13
3.3	Traumafolgestörungen.....	14
3.3.1	Akute Belastungsstörung	14
3.3.2	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	15
3.3.3	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (K-PTBS).....	16
3.3.4	Weitere Traumafolgen und Dissoziative Störungen	16
3.4	Kindheitstrauma.....	17
3.5	Trauma und Gesellschaft.....	19
4	Psychotrauma bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen.....	22
4.1	Kognitive Beeinträchtigung als Risikofaktor für Traumatisierung	23
4.2	Weitere Risikofaktoren	24
4.3	Diagnose	25
5	Traumabegleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen.....	27
5.1	Anforderungen an Begleitpersonen.....	28
5.2	Prävention von Machtmissbrauch in Institutionen.....	29
5.3	Krisenintervention	30
5.4	Traumapädagogik	31
5.5	Empowerment und Selbstbestimmung.....	34
5.6	Ressourcenorientierte Traumabearbeitung	38
5.7	Traumasensible Biografiearbeit	40
6	Schlussfolgerungen.....	43
7	Quellenangaben	49
7.1	Literaturverzeichnis.....	49
7.2	Internetquellen	53

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Funktionale Gesundheit. URL: <https://www.insos.ch/assets/Downloads/Konzept-18-22.pdf> [Zugriffsdatum: 31. Mai 2019].

Abbildung 2: Menschen mit Behinderungen in Institutionen. In: Bundesamt für Statistik (2017) (Hg.) (o.J.). Anzahl Menschen mit Behinderung URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/behinderungen.html> [Zugriffsdatum: 16. Juni 2019].

1 Einleitung

Die Autorin hat während ihrer Ausbildung in einem Heim für erwachsene Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung gearbeitet. Durch ein anschliessendes Praktikum in einem Kinderheim und internen Weiterbildungen zum Thema Trauma und Traumapädagogik, hat sie gelernt, wie prägend Traumatisierungen für den Alltag der Betroffenen sein können. Im Rückblick auf die Praxiserfahrungen in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Behinderung hat die Autorin die Annahme entwickelt, dass viele der beobachteten Verhaltensauffälligkeiten der Menschen im Behindertenheim auf ein erlebtes Trauma hindeuten könnten. Erste Literaturrecherchen haben diese Beobachtung bestätigt: „Menschen mit geistiger Behinderung erleiden überdurchschnittlich oft Traumatisierungen (...)“ (Senckel 2008: 246). Gemäss diesen Beobachtungen und durch den Austausch mit Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen, welche in der Behindertenhilfe tätig sind, hat die Autorin weiter die Hypothese entwickelt, dass das Thema Trauma und Traumabegleitung im Berufsfeld Behinderung nur selten thematisiert wird und entsprechend die Symptome des erlebten Traumas von Betroffenen in diesem Bereich nur selten erkannt, thematisiert und begleitet werden.

Diese Beobachtungen der Autorin lassen sich vielleicht auch auf eine immer noch mangelhafte Professionalisierung des Berufsfeldes Behindertenarbeit zurückführen:

Seit den 70er Jahren hat in der Behindertenhilfe eine Professionalisierung und Akademisierung stattgefunden. Das bedeutet, dass immer mehr Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen von Sozialarbeitenden mit einem Hochschulabschluss in Sozialer Arbeit begleitet werden (vgl. Loecken/Windisch 2013: 72).

Eine Analyse der Fachzeitschrift Sozial Aktuell zeigt: Im Vergleich zu anderen Berufsfeldern der Sozialen Arbeit sind die Qualifikationsanforderungen in der Behindertenhilfe immer noch sehr gering. Nur bei 5% der Stellenausschreibungen auf sozialinfo.ch wurde ein Hochschulabschluss verlangt. Bei über der Hälfte der ausgeschriebenen Stellen wurde lediglich eine berufliche Grundbildung vorausgesetzt (vgl. Madörin/Amstutz/Beringer/Zängl 2018: 9).

Menschen welche traumatische Lebenserfahrungen zu bewältigen haben, benötigen umfassende Unterstützung und Begleitung von gut ausgebildeten Fachpersonen. Neben therapeutischer Begleitung spielt im stationären Kontext insbesondere die professionelle Unterstützung von Sozialarbeitenden im Alltag eine tragende Rolle. Im Lebensalltag der Betroffenen sind die Zeiträume der Bearbeitungsmöglichkeiten, im Gegensatz zu einzelnen Therapiestunden, grösser. Zudem stehen die Auswirkungen und die Bewältigung von einem erlebten Trauma auch in direktem Zusammenhang mit der Gestaltung des Alltags.

Daher wäre es wichtig, dass Begleitpersonen in Institutionen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen für das Thema sensibilisiert werden (vgl. Breitenbach/ Requardt 2014: 4f).

Gemäss dem Berufskodex für Sozialarbeitenden haben diese die Aufgabe, Menschen zu begleiten und für die Entwicklung ihrer Sicherheit und Stabilisierung zu sorgen. Gleichzeitig sollten von den Sozialarbeitenden auch Veränderungen und Unabhängigkeit gefördert werden. Soziale Arbeit ist bezogen auf den Berufskodex einem dreifachen Mandat verpflichtet. Neben dem Auftrag von Gesellschaft und Arbeitgeber müssen Sozialarbeitende auch die Interessen ihrer Klienten und Klientinnen berücksichtigen. Das dritte Mandat beinhaltet die Berücksichtigung des eigenen Professionswissens, der Berufsethik, der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit (vgl. Avenir Social 2010: 6f).

Die professionelle Begleitung von Menschen mit Traumatisierung und kognitiven Beeinträchtigungen durch Sozialarbeitende, orientiert sich an den Aufgaben des Berufskodex und am dreifachen Mandat und schliesst so auch gesellschaftliche Zusammenhänge mit ein.

Die Begleitung von traumatisierten Menschen hat auch eine gesellschaftliche und sozialpolitische Ebene. Soziale und psychische Prozesse sind eng miteinander verknüpft. Die Gesellschaft hat einen Anteil an der Entstehung von Leid und kann am Entstehen von Traumatisierungen mitbeteiligt sein. Beispiele dafür sind fehlende finanzielle Mittel in der Behindertenarbeit oder im Gesundheitswesen, Flüchtlingspolitik und der politische Umgang mit Bildungseinrichtungen (vgl. Weiss 2009: 19).

Weiter weisen Scherwath und Friedrich darauf hin, dass es in der Traumabegleitung auch darum geht, die Würde der Betroffenen durch eine wertschätzende und verständnisvolle Haltung wiederherzustellen. Sie nehmen dabei Bezug auf Staub-Bernasconi und Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession. Während andere pädagogische Konzepte in ihrem Unverständnis gegenüber Traumafolgen schädlich auf Betroffene wirken können, hilft eine traumapädagogische Haltung von Begleitpersonen dabei, tragfähige Grundlagen für Entwicklungsprozesse und Veränderungen bei den Betroffenen zu schaffen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 13).

Aus diesem Kontext leitet sich die Fragestellung für die vorliegende Bachelorarbeit ab:

Wie können Sozialarbeitende erwachsene Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Traumatisierungen im stationären Wohnkontext begleiten?

Die Autorin verzichtet für die Bearbeitung der Fragestellungen auf Unterfragen und hat folgendes Vorgehen gewählt: Zu Beginn der Arbeit wird im Kapitel 2 der Begriff „Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen“ definiert und der „stationäre Wohnkontext“ beschrieben. Kapitel 3 befasst sich mit den Erkenntnissen der Psychotraumatologie und gibt einen allgemeinen Einblick in die Entstehung, den Verlauf und die Folgen von Traumatisierung. Im Kapitel 4 wird dann spezifisch die Situation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen fokussiert und ein Zusammenhang zwischen Behinderung und Trauma hergestellt. Zum Abschluss befasst sich Kapitel 5 mit den verschiedenen Möglichkeiten von Sozialarbeitenden, Traumabetroffene mit kognitiven Beeinträchtigungen zu begleiten. Dabei werden zur Beantwortung der Fragestellung Inhalte zur Prävention von Situationen angeschaut, die zu Traumata führen können und Inhalte zur Bewältigung von akuten Traumatisierungen und zur Bewältigung von längerfristigen Traumafolgen thematisiert.

Über Psychotrauma bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gibt es bisher nur wenig gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse (vgl. Irblich 2006: 112). Ausgehend von dieser Forschungslücke würden sich auch empirische Untersuchungen wie beispielsweise qualitative Interviews zu dem Thema anbieten. Aufgrund des begrenzten Zeitraums und Umfangs der Fragestellung der Arbeit hat sich die Autorin jedoch für die Methode Literaturrecherche entschieden.

Die Recherche begrenzt sich auf den deutschsprachigen Raum. Die ausgewählte Literatur bewegt sich in einem interdisziplinären Rahmen. Zu Beginn der Literaturrecherche hat sich die Autorin an Marianne Herzog gewandt, welche die Fachstelle für Traumapädagogik in Basel leitet. Durch diesen Kontakt hat die Autorin eine Literaturliste zum Thema Traumbegleitung und Traumapädagogik erhalten, welche ihr bei der Literatursuche als Orientierung hilfreich war. Weiter hat Frau Herzog der Autorin einen Kontakt zur Traumatherapeutin Isabelle Villiger vermittelt, welche sich auf die Begleitung von Menschen mit Behinderung und Trauma spezialisiert hat. Villiger hat der Autorin alle ihre verfügbaren Quellen zum Thema Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung und Traumatisierung als PDF Dateien geschickt, darunter auch Fachzeitschriftenartikel und Unterlagen von psychologischen Traumafachtagungen. Die verwendeten Bücher wurden über den Online Katalog Nebis bestellt. Wenige Quellen stammen auch direkt aus der Google-Suche im Internet. Dazu gehört beispielsweise die Statistik zu den Institutionen für Menschen mit Behinderung. Für die Konzepte und Möglichkeiten zur Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurden unter anderem auch Fachartikel und Konzepte aus den drei Vertiefungsrichtungen zum Thema Behinderung (BA 231, BA232 und BA233) verwendet.

Die Erklärung der Wirkungsweisen von Psychotraumata wurden der psychologischen Fachliteratur entnommen. Für das Thema Begleitung und Bewältigung von Traumata wurden Bücher und Fachzeitschriften aus der Profession der Sozialen Arbeit, der Heilpädagogik und der Traumapädagogik ausgesucht.

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit liegt darin, herauszufinden, in welchem spezifischen Zusammenhang kognitive Beeinträchtigung zum Thema Trauma steht und welche Möglichkeiten es für Sozialarbeitende gibt, Betroffene in ihrem Alltag professionell und mit einer traumasensiblen Haltung zu begleiten. Der Autorin geht es darum zu zeigen, dass spezifisches Wissen von Sozialarbeitenden über die Begleitung von Traumata einen Beitrag leisten kann, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in ihrem Verhalten besser wahrgenommen, verstanden und gefördert werden können.

Die Abgrenzung von Kindern und Jugendlichen gestaltete sich im Verlauf der Arbeit als schwierig. Aus dem Hauptteil geht hervor, dass die Entstehung von Traumata auch in der Kindheit eines Menschen verankert sein kann und dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen teilweise lebenslange Entwicklungsverzögerungen in der Kognition und im Verhalten zeigen. Der Autorin ist es aber wichtig hinzuzufügen, dass erwachsene Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen schon alleine aufgrund ihrer Lebenserfahrung, Kindern niemals gleichgesetzt werden können. Diese Haltung wurde in den vorgeschlagenen Konzepten entsprechend berücksichtigt.

Wichtig scheint der Autorin auch anzumerken, dass sich die Traumabegleitung von Sozialarbeitenden deutlich von einer Psychotherapie unterscheidet. Auf die therapeutischen Möglichkeiten wird bei dieser Arbeit nur im Rahmen davon eingegangen, dass Sozialarbeitende die Therapiemöglichkeiten kennen sollten, damit sie ihre Klienten und Klientinnen nach Bedarf an ausgebildete Therapeutinnen und Therapeuten triagieren können und auch die Grenzen der Begleitung von Sozialarbeitenden kennen.

2 Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im stationären Heimkontext

Diese Arbeit bezieht sich auf eine bestimmte Gruppe von Menschen: Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, welche in stationären Einrichtungen wohnen und daher von Sozialarbeitenden begleitet werden. Die Eingrenzung dieser Gruppe von Menschen beinhaltet eine gewisse Komplexität. Auf der einen Seite gibt es aktuell in der deutschsprachigen Fachliteratur keinen Konsens über den Terminus, welche die genannte Gruppe von Menschen eindeutig bezeichnet. Weiter zeigt die folgende Ausführung auf, wie schwierig und je nach Blickwinkel auch unmöglich es ist, Menschen mit individuellen Behinderungen oder Beeinträchtigungen in eine Gruppe zusammenzufassen.

2.1 Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Auf der Suche nach einer angemessenen Bezeichnung für Menschen mit (kognitiven) Beeinträchtigungen/Behinderungen wurde der Begriff „geistige Behinderung“ 1958 von der Elternvereinigung Lebenshilfe in Deutschland eingeführt. Es war damals das Ziel, die bis zu diesem Zeitpunkt häufig verwendeten, abwertenden Bezeichnungen wie: debil, schwachsinzig, blödsinnig und idiotisch abzulösen (vgl. Stöppler 2010: 18).

Gemäss Reinhilde Stöppler umfasst „geistige Behinderung“ eine heterogene Gruppe Betroffener und sie definiert diese folgendermassen: „Geistige Behinderung ist ein Sammelbegriff für ein Phänomen mit oft lebenslangen, aber verschiedenen Äusserungsformen einer unterdurchschnittlichen Verarbeitung kognitiver Prozesse und Problemen mit der sozialen Adaption.“ (ebd.: 8)

Der Begriff „geistig behindert“ wird aktuell von der Fachwelt kontrovers diskutiert und kritisiert. Georg Feuser hat die Problematik dieser Bezeichnung bereits 1995 folgendermassen auf den Punkt gebracht: „Wir wissen heute nicht einmal entfernt objektiv, was Geist ist, geschweige denn, was eine Behinderung des Geistes oder am Geist ist.“ (Feuser 1995: 88)

Die Umschreibung „geistig behinderte Menschen“ wird auch insbesondere von den Bezeichneten selbst als diskriminierend und stigmatisierend wahrgenommen. Beispielsweise wird „geistig behindert“ von der Organisation „Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.“ abgelehnt. Diese Selbstvertretungsgruppe von Betroffenen benennt sich

selber als: Menschen mit Lernschwierigkeiten. Diese Bezeichnung konnte sich jedoch bislang aufgrund ihrer unklaren Eingrenzung im deutschsprachigen Raum nicht etablieren (vgl. Stöppler 2010: 19).

Die Problematik eine geeignete Definition für die umrissene Gruppe von Menschen zu finden geht, wie bereits angedeutet, weit über den Terminus hinaus. Im ICF der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, welche 2001 von der Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den internationalen Gebrauch beschlossen wurde, wird aufgezeigt, weshalb es so komplex ist, Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten in einer Gruppe zusammenzufassen und zu bezeichnen (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005: 3).

Das ICF beschreibt die Behinderung und Funktionsfähigkeit eines Menschen als Prozess, welcher aus den Wechselwirkungen von mehreren Komponenten entsteht. Diese Komponenten orientieren sich wie auf Abbildung 1 dargestellt am Modell der Funktionalen Gesundheit. Neben den Körperfunktionen und Strukturen eines Menschen spielen dabei auch Aktivitäten, Partizipation (Teilhabe), Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren bei der Beurteilung eine Rolle, ob ein Mensch als Mensch mit Behinderung betrachtet werden kann oder nicht (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005: 21).

Modell der Funktionalen Gesundheit

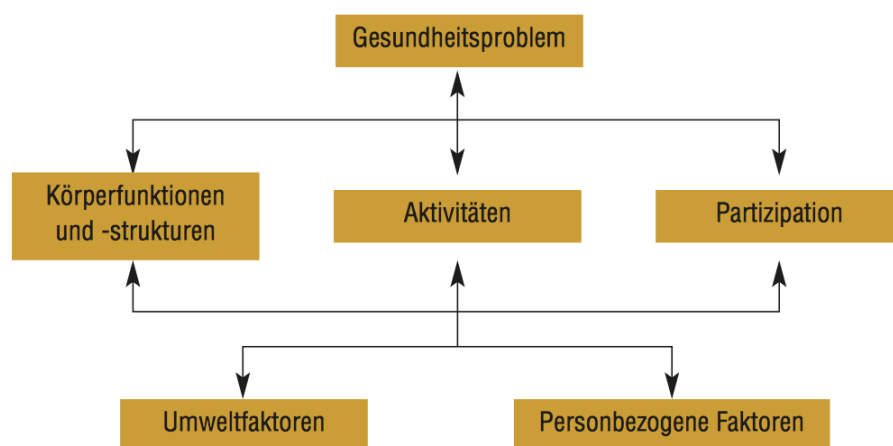


Abb. 1: Modell der funktionalen Gesundheit

Das Modell der Funktionalen Gesundheit ist eine Weiterentwicklung des in Klassifikationen früher verwendeten „medizinischen Modells“. Dieses hat Behinderung als ein Problem einer bestimmten Person betrachtet, welche in ihrem Körper eingeschränkt ist (vgl. ebd.: 23).

Das medizinische Modell wird aufgrund seiner eindimensionalen Betrachtungsweise von Behinderung und Beeinträchtigung von der Sonderpädagogik und von den Betroffenen selbst abgelehnt. Es wird in erster Linie kritisiert, dass die kulturelle, historische und soziale Dimension in dem Modell nicht berücksichtigt wird (vgl. Felder 2012: 63-65).

Dem „medizinischen Modell“ entgegen steht das „soziale Modell“, welches Behinderung in erster Linie als ein gesellschaftlich verursachtes Problem betrachtet. Behinderung ist so gesehen nicht das Merkmal einer Person, sondern vielmehr eine komplexe Struktur und Bedingungen des gesellschaftlichen Umfeldes, welche zu Behinderungen führen (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005: 23).

Das soziale Modell findet zwar in der Fachwelt in weiten Teilen grosse Anerkennung, jedoch wird hier kritisiert, dass in dem Modell die intrinsische Dimension, also die Dimension der Schädigung nicht berücksichtigt wird. Zudem lasse das Modell offen, wie es Menschen gelingen kann handlungsfähig zu bleiben, auch wenn sie von aussen behindert werden (vgl. Felder 2012: 70-73).

Das ICF versucht beide Modelle miteinander zu verbinden. Wenn Menschen durch das ICF als Menschen mit Behinderung klassifiziert werden, werden neben Körperfunktionen, Körperstrukturen immer auch die weiteren genannten Komponenten wie beispielsweise Aktivitäten oder Umweltfaktoren berücksichtigt (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005: 23).

Dieses Klassifizierungskonzept der WHO hat einige Vorteile und betrachtet Menschen sowohl aus der Perspektive der persönlichen biopsychosozialen Beeinträchtigungen eines Menschen, wie auch aus der Perspektive der Behinderung, die durch die Umwelt und Umgebung stattfindet. Jedoch verzichtet die WHO darauf, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen als Gruppe zusammenzufassen und zu bezeichnen und umgeht das Bezeichnungsproblem damit vollständig (vgl. Schuntermann 2007: 255f).

Interessant ist auch eine weitere Perspektive von Martha C. Nussbaum, welche darauf aufmerksam macht, dass die Literatur Menschen mit Beeinträchtigungen häufig in zwei Gruppen teilt. In Menschen mit psychischen Störungen, zu welchen in erster Linie Menschen mit emotionalen Problemen gehören und in Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. In

diesem Fall spricht man von Menschen bei welchen die „Vernunft“ beeinträchtigt sei und nicht die Gefühle. Martha C. Nussbaum hält diese Unterscheidung für irreführend, da gemäss ihrer Auffassung Emotion und Kognition bei einem Menschen so eng verbunden sind, dass diese nicht getrennt betrachtet werden können (vgl. Nussbaum 2010: 141).

Dieser Hinweis von Martha C. Nussbaum soll nochmals verdeutlichen, wie komplex es ist, Menschen in Gruppen zu unterteilen, welche ihre Beeinträchtigung spezifiziert. Es handelt sich in jedem Fall um eine Gruppe aus individuellen Einzelpersonen, welche sich in ihren Beeinträchtigungen stark untereinander unterscheiden.

In der recherchierten deutschen Fachliteratur wird bis anhin ungeachtet der aufgeführten Kritik weitgehend der Begriff Menschen mit geistiger Behinderung/Beeinträchtigung verwendet. Die Autorin möchte jedoch wie oben ausgeführt berücksichtigen, dass die Bezeichnung „geistig behindert“ von kritischen Fachpersonen und insbesondere von den Betroffenen selbst als abwertend aufgefasst wird und hält die Verwendung von „geistig behindert“ daher für unzeitgemäss. In der vorliegenden Thesis wird die umrissene Gruppe von Menschen daher als „Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen“ bezeichnet. Dieser Begriff wird von der Autorin synonym für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung/Behinderung verwendet.

Ob von Menschen mit Beeinträchtigungen oder von Menschen mit Behinderung geschrieben wird, wechselt sich je nach Quelle und Kontext ab. Wobei der Behinderungsbegriff sich mehr auf die behindernden Einflüsse der Umwelt fokussiert und der Beeinträchtigungsbe- griff sich mehr auf die kognitiven Beeinträchtigungen der Menschen bezieht (vgl. Lage/Kno- bel 2016: 260).

2.2 Institutionen für Menschen mit Behinderungen

Gemäss den Schätzungen des Schweizer Bundesamts für Statistik leben in der Schweiz rund 44 308 Menschen mit schweren Beeinträchtigungen in Institutionen für Menschen mit Behinderung (vgl. Bundesamt für Statistik 2017: o.S.).

Von den Menschen mit schweren Beeinträchtigungen werden wie auf Abbildung 2 darge- stellt rund 55% in die Kategorie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gefasst. 45% der Menschen mit schweren Beeinträchtigungen in Institutionen für Menschen mit Behin- derung werden unter den Kategorien Körperliche-, Psychische-, Suchtbeeinträchtigung, Beeinträchtigung der Sinnesorgane und Andere zusammengefasst. In Institutionen für

Menschen mit Behinderung leben in der Schweiz gemäss der genannten Statistik in absoluten Zahlen rund 24 000 Menschen mit der Kategorie kognitive Beeinträchtigungen (vgl. Bundesamt für Statistik 2014: o.S.).

Menschen mit Behinderungen in Institutionen

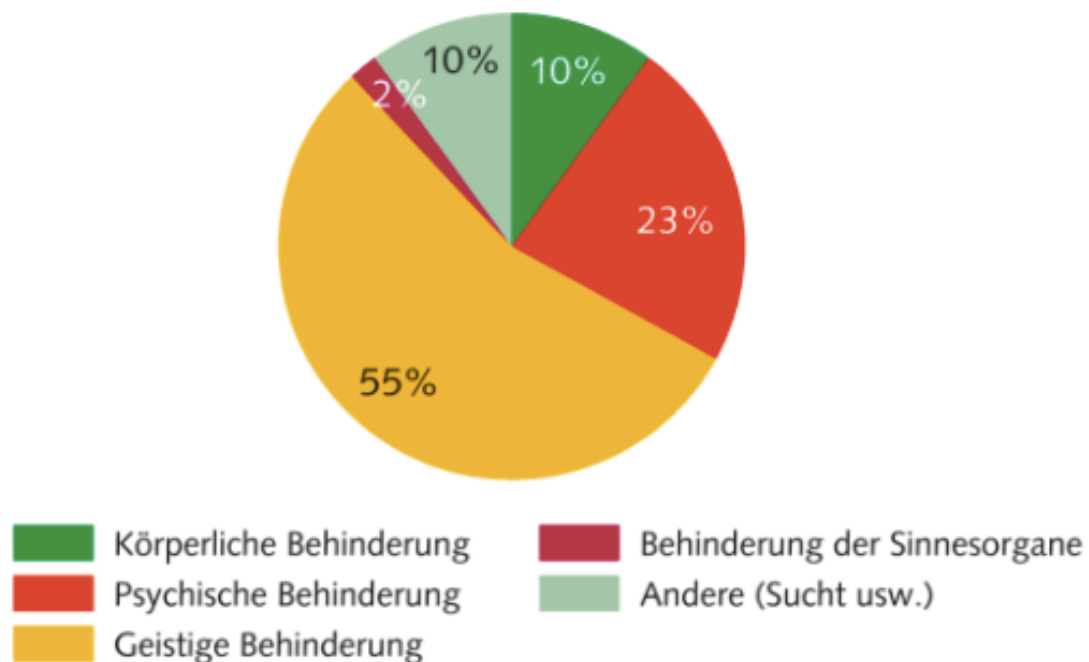


Abb. 2: Menschen mit Behinderungen in Institutionen

Die grundsätzlichen Wohnbedürfnisse von Menschen mit Behinderung sind vergleichbar mit denjenigen von allen Menschen. Eine Wohnung ist ein Rückzugsort, welcher Geborgenheit und Schutz gewährleisten sollte. Einen privaten Raum zu haben, bietet die Möglichkeit, diesen nach den eigenen Vorlieben und Wünschen zu gestalten. Insbesondere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, welche ihre eigenen Wünsche erschweren äussern und durchsetzen können, leben oftmals in grossen Wohngemeinschaften in Wohnheimen, welche diese Grundbedürfnisse an Wohnen nicht unbedingt erfüllen (vgl. Seifert 2016: 457).

Sandra Glammeier hält in Bezug auf Kindler und Fegert, Billen und Schröttle et. al. fest, dass die institutionellen Rahmenbedingungen für Menschen mit Behinderung schon seit längerem kritisiert werden. Diese Kritik hat viele neue Konzepte wie beispielsweise das

Normalisierungsprinzip oder das Konzept der Orientierung an Selbstbestimmung und Teilhabe gefördert. Aber auch wenn es in Heimen in den letzten Jahrzehnten viele positive Entwicklungen zu verzeichnen gibt, sind Machtmissbrauch und Gewalt durch Mitarbeitende oder Mitbewohnende immer noch eine aktuelle Problematik (vgl. Glammeier 2018: 13).

Machtmissbrauch und Gewalt in Institutionen können von Mitarbeitenden oder Mitbewohnenden gezielt und bewusst ausgeübt werden. Dabei geht es den Täterinnen und Tätern in erster Linie darum, persönliche Bedürfnisse wie Mach- und Lusterleben zu befriedigen. Aber im Heimkontext kommt es auch regelmässig zu ungezieltem Machtmissbrauch durch physische und psychische Grenzverletzungen. Beispielsweise bei der Begleitung von Körperpflege unter Zeitdruck oder dadurch, dass der Wille von Klienten und Klientinnen aufgrund eigener Interessen von Begleitpersonen bewusst oder unbewusst ignoriert wird. Diese Form des Machtmissbrauchs werden in erster Linie durch mangelhafte Professionalisierung des Personals und durch unreflektiertes Handeln verursacht (vgl. Glammeier 2018: 15).

Prävention gegen Machtmissbrauch durch Professionalisierung und Schutzkonzepte in Institutionen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind daher zentrale Themen für die Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Trauma und werden im Kapitel Prävention weiter vertieft.

3 Psychotraumatologie

Das Wort Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet ins Deutsche übersetzt Verletzung oder Wunde (vgl. Irblich 2006: 112).

Über lange Zeit wurden die psychischen Auswirkungen von Traumata von Fachleuten nicht als solche diagnostiziert. Der Forschungsbereich der Psychotraumatologie ist noch relativ jung und wurde erst ab den 1980er Jahren entwickelt (vgl. Maercker 2017: 8).

Die Wissenschaft der Traumatologie bezeichnete ursprünglich einen Zweig der Chirurgie, welcher sich mit der Behandlung von körperlichen Wunden befasst. Der Begriff der Psychotraumatologie wurde unter anderem dazu entwickelt, sich vom Bereich der körperlichen Verletzungen abzugrenzen. Psychotraumatologie befasst sich mit der Untersuchung und Behandlung von seelischen Verletzungen (vgl. Fischer/Riedesser 2009: 17-20).

Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind die Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen grundsätzlich vergleichbar mit jenen von allen anderen Betroffenen. Aber es ist wichtig anzumerken, dass Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen auch in ihrem Entwicklungsstand eingeschränkt sein können. Daher kann die beobachtete Symptomatik teilweise auch eher mit den Reaktionen von Kindern und Säuglingen verglichen werden (vgl. Senckel 2008: 251).

Um eine entsprechende Ausgangslage zu haben, was Traumatisierung beinhaltet, werden in diesem Kapitel die wichtigsten Grundlagen zum Thema Trauma und Traumafolgen zusammengefasst. Die Autorin möchte darauf hinweisen, dass diese Zusammenfassung vom grossen Gebiet der Traumapsychologie nicht den Anspruch haben kann vollständig zu sein. Es wurden selektiv Aspekte ausgewählt, welche für Traumatisierung bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung besonders relevant sind.

3.1 Definition von Psychotrauma

In der Alltagssprache werden manchmal Erfahrungen wie beispielsweise Beziehungskonflikte oder ein Vermögensverlust als ein Trauma bezeichnet. Daher ist es in Fachdiskursen wichtig, Traumata deutlich von belastenden Lebensereignissen abzugrenzen. Belastende Lebensereignisse könne psychologisch betrachtet von Bedeutung sein und vielleicht auch das ganze Leben der Betroffenen verändern. Im Unterschied zu Traumata im wissenschaftlichen Sinne fehlen bei diesen Ereignissen jedoch die typischen Reaktionsmuster und Folgesymptome, welche eine Traumatisierung charakterisieren (vgl. Maercker 2017: 13).

In der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird bei der Traumadefinition auf das traumatische Ereignis fokussiert: „(...) ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses (kurz-oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde.“ (ICD-10/F.43.1. 2017: 200)

Diese Definition ist allgemein anerkannt, lässt jedoch wenig Spielraum für die individuellen Reaktionen auf die genannten belastenden Ereignisse. Eine differenziertere Betrachtung zum Thema Trauma haben die Psychologen und Traumaforscher Fischer und Riedesser vorgenommen: In problematischen Situationen, welche für einen Menschen von biologischer, psychischer oder sozialer Bedeutung sind und welche gleichzeitig auch nicht von den Betroffenen gelöst werden können, entwickeln Menschen negative Stresszustände. In biologisch bedeutsamen Stresssituationen versucht der Körper durch Copingstrategien wie Flucht- und Kampftendenzen die Situation zu bewältigen. Diese Bewältigungsstrategien werden auch als Anpassungsmechanismen bezeichnet. Der Organismus versucht, sich dem Problem anzupassen und es so zu lösen. Wenn diese Bewältigungsstrategien jedoch die Situation nicht lösen können, kommt der Organismus dadurch in einen existenzbedrohenden Zustand. Dieser setzt der Bedrohung körperliche Abwehrmechanismen entgegen. Bei diesen Reaktionen können Teile der Umwelt, aber auch der Innenwelt, ausgeblendet werden mit dem Ziel, die Situation zu überstehen. Wenn jetzt sowohl die Anpassungs- wie auch die Abwehrmechanismen nicht dazu führen, dass die Situation von den Betroffenen bewältigt werden kann, so gerät das Individuum in einen Bereich, in der die Stressbelastung und Bedrohung so hoch ist, dass die Situation möglicherweise traumatisierende Auswirkungen hat (vgl. Fischer, Riedesser 2009: 83f).

Aufgrund der geschilderten Mechanismen des Körpers haben Fischer und Riedesser ein Psychotrauma folgendermassen definiert: „Ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer, Riedesser 2009: 84).

Traumatische Situationen sind vielfältig. Systematisch werden traumatisierende Ereignisse in Typ-I und Typ-II Traumata eingeteilt. Ein Typ-I-Trauma beschreibt ein zeitlich begrenztes, einmaliges Erlebnis wie beispielsweise einen Unfall oder eine Gewalterfahrung. Das Typ-II-Trauma beschreibt Erlebnisse, welche über eine längere Zeitspanne und wiederholt ein-

wirken wie beispielsweise wiederholte sexuelle Übergriffe. Eine weitere mögliche systematische Einteilung von traumatischen Situationen ist die Unterscheidung in akzidentielle (zufällige) und interpersonelle (menschlich verursachte Traumata). Akzidentielle Traumata sind beispielsweise Unfälle oder Naturkatastrophen. Interpersonelle Traumata können beispielsweise sexuelle Übergriffe oder Kriegstraumata sein (vgl. Maercker 2017: 12f).

3.2 Verlaufsmodell einer akuten Traumatisierung

Wenn Menschen ein Trauma erleiden, passiert dies in einem Prozess. Fischer und Riedesser haben ein Modell entwickelt, um den allgemeinen Verlauf einer psychischen Traumatisierung darzustellen. Dieses Modell fasst unterschiedliche Aspekte eines traumatischen Ereignisses und dessen Verarbeitung und Bewältigung zusammen. Das Modell ist insbesondere für die Kriseninterventionen und die Akuthilfe des Traumas wichtig. Der Verlauf einer Traumatisierung findet gemäss diesem Modell in drei Phasen statt:

1. Schockphase: Die erste Phase kann von einer Stunde bis zu einer ganzen Woche dauern. Die Betroffenen wollen nicht wahrhaben, was passiert ist und Gefühle von Unbeweglichkeit können von Verleugnung abgelöst werden. Es kann zu Veränderungen in der eigenen Wahrnehmung kommen wie beispielsweise einem veränderten Zeitgefühl oder einem Tunnelblick. Weiter können in dieser Phase dissoziative Erlebnisformen wie Depersonalisierung oder Derealisierung auftreten.

2. Einwirkungsphase: Die zweite Phase schliesst an die erste Phase an und kann bis zu zwei Wochen dauern. Sie wird charakterisiert durch eine grosse Ruhelosigkeit und Wut der Betroffenen. Weiter können auch Symptome wie Selbstzweifel, Depressionen, Schuldgefühle, Einschlafprobleme und Alpträume, Schreckhaftigkeit und Gedächtnisstörungen auftreten.

3. Erholungsphase: In der letzten Phase können die genannten Traumafolgen aus den ersten beiden Phasen wieder abklingen. Symptome wie Depressionen oder Schlafstörungen können jedoch auch längerfristig bestehen bleiben. Wenn die Symptome bestehen bleiben, ist es wichtig, fachliche Hilfe für die Bewältigung beizuziehen. In der Erholungsphase ist es zudem für die Betroffenen wichtig, Stress zu vermeiden und Ruhe und Entspannung zu erhalten. Wenn dies nicht der Fall ist und die Betroffenen auch in der Erholungsphase immer wieder hohe Stressreaktionen durchleben, steigt das Risiko, dass die

Traumafolgesymptome chronisch werden und sich eine Traumafolgestörung wie beispielsweise die Posttraumatische Belastungsstörung daraus entwickelt (vgl. Fischer/Riedesser 2009:169-171).

3.3 Traumafolgestörungen

Scherwath und Friedrich beschreiben Traumafolgen in Bezugnahme auf Van der Kolk folgendermassen: Die Reaktionen der Betroffenen auf Traumatisierungen sind komplex und eine Zusammenfassung der Folgeerscheinungen wird dem Einzelfall nicht unbedingt gerecht. Während beispielsweise die Posttraumatische Belastungsstörung in den Klassifikationssystemen ICD 10 und DSM-IV aufgeführt und anerkannt ist, gibt es auch eine Reihe von weiteren möglichen Folgestörungen, welche bisher nicht offiziell als psychische Störung anerkannt werden (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 22f).

Ob es sich bei Verhaltensauffälligkeiten von Menschen um Traumasymptome handelt, ist grundsätzlich schwierig zu erkennen. Folgen einer Traumatisierung verlaufen individuell und wirken sich bei Betroffenen auf das Fühlen, Denken und Handeln aus. Weiter können Traumata Auswirkungen auf das Körperempfinden haben und die Fähigkeit zur sozialen Interaktion beeinflussen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 43).

Die Vielfältigkeit der Symptome von Trauma führt gemäss des Traumaforschers und Therapeuten Horst Krämer dazu, dass auch die Betroffenen selbst ihre Beschwerden nicht unbedingt als Traumafolgen erkennen. Als Reaktion auf die Symptome behandeln Betroffene ihre Probleme nicht selten mit Alkohol, Drogen oder mit Medikamenten. Daher gehören auch Suchterkrankungen zu den möglichen Folgen von unbehandelten Traumata (vgl. Krämer 2005: 54f).

3.3.1 Akute Belastungsstörung

Traumatische Ereignisse haben einen direkten Einfluss auf die menschliche Psyche. In der ersten Phase, der beschriebenen Schockphase, verändern sich die Bewusstseinsfunktionen wie beispielsweise Aufmerksamkeit oder Reaktionsfähigkeit. Etwas später wirken sich die Veränderungen auch auf das Fühlen, Denken und das Sozialverhalten aus. Dadurch dass die eigenen Grenzen der Regulationsfähigkeit erreicht werden, kommt es in der Situation in der Regel zu einem Zusammenbruch, welcher sich in einer Schockstarre oder als

Zustand der inneren Taubheit äussert. Bei manchen Betroffenen wird dieser Zustand auch von Emotionskrämpfen und Panikattacken begleitet. Nach einiger Zeit, spätestens aber nach ein bis zwei Tagen, klingen die akuten Belastungssymptome wieder ab. Die akute Belastungsstörung ist eine offizielle, von der WHO anerkannte, Erkrankung. Man ist sich jedoch unter Experten und Expertinnen einig, dass es sich grundsätzlich um eine Normalreaktion auf die belastenden Umstände handelt und die Krankheitsdefinition daher nicht unbedingt passend ist (vgl. Maercker 2017: 16ff).

3.3.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Eine der bekanntesten möglichen Traumafolgen ist die Posttraumatische Belastungsstörung PTBS. Sie tritt insbesondere nach akuten Ereignissen wie sexueller Missbrauch, Gewalterfahrungen, oder Verkehrsunfällen auf. Bei Menschen welche von einer PTBS betroffen sind, ist die Regulationsfähigkeit des Bewusstseins betroffen. Fähigkeiten wie Zeitgefühl, Aufmerksamkeit und Reaktionsfähigkeit können beeinträchtigt sein. Die Betroffenen können situativ die Gegenwart und die Vergangenheit nicht voneinander unterscheiden und sind dadurch unfreiwillig an ihre schrecklichen Erlebnisse gebunden (vgl. Maercker 2017: 20f).

Gottfried Fischer beschreibt, dass Betroffene direkt nach einem traumatischen Ereignis Symptome wie Depressionen, Selbstzweifel und Wut zeigen. Dieses Verhalten deutet auf ein traumatisches Ereignis hin, reicht jedoch nicht aus, um eine Diagnose für eine Posttraumatische Belastungsstörung zu erkennen. Die klassischen Anzeichen einer PTBS bestehen aus mehreren Merkmalen, welche, wenn sie zusammen auftreten, das sogenannte basale, psychotraumatische Belastungssyndrom beschreiben. Die Anzeichen für das Syndrom sind: Ein belastendes Ereignis oder belastende, länger andauernde Lebensumstände, welche von den Betroffenen in einem Zustand der Hilflosigkeit erfahren werden, sogenannte Flashbacks durch z.B Gerüche oder Geräusche ausgelöste wiederkehrende Erinnerungen an das traumatische Ereignis oder auch wiederkehrende Alpträume. Die Betroffenen zeigen weiter ein Vermeidungsverhalten und versuchen Erinnerungen im Zusammenhang mit dem Trauma auszuweichen. Weitere Anzeichen für ein basales, psychotraumatisches Belastungssyndrom sind: Gesteigerte Erregbarkeit, Unruhe und Schreckhaftigkeit (vgl. Fischer 2005: 20f).

Die Angaben zur Prävalenz in der weltweiten Allgemeinbevölkerung, also die Häufigkeit in der das PTBS zu einem bestimmten Zeitpunkt diagnostiziert wurde, liegt nach Eichenberg/Zimmermann in Bezugnahme auf Kessler et al. gemäss der vorhandenen Literatur

zwischen 1.3% und 7.8%. Die generellen Schwankungen der Zahlen sind auf die unterschiedlichen Verwendungen von Diagnose- und Erhebungskriterien zurückzuführen.

Mit mehreren Studien wurde belegt, dass Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Dies lässt sich in erster Linie darauf zurückführen, dass Frauen häufiger schwerwiegende Erlebnisse erleiden wie Vergewaltigungen und Misshandlungen. Die Wahrscheinlichkeit nach einer traumatischen Situation ein PTBS zu entwickeln variiert auch deutlich nach Situationstyp. Beispielsweise liegt die Prävalenz nach Vergewaltigung, oder Folter bei rund 50%, bei Gewaltverbrechen bei ca. 25%, bei Verkehrsopfern und lebensbedrohlichen Erkrankungen bei ca. 10% (vgl. Eichenberg/Zimmermann 2017: 18f).

3.3.3 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (K-PTBS)

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung beschreibt eine längerfristige, dauerhafte Persönlichkeitsveränderung aufgrund eines traumatischen Ereignisses. Im Vordergrund stehen dabei Chronifizierungen der Veränderungen von Körperempfindungen, Emotionen, Kognitionen und menschlichen Beziehungen. Die Ursachen für ein K-PTBS liegt häufig in Ereignissen des Typ-II-Traumata, also in Ereignissen, welche wiederholt und über einen längeren Zeitraum stattfinden (vgl. Maercker 2017: 20f).

Menschen welche an einer K-PTBS leiden, empfinden ihre Umwelt als unsicher und als mögliche Gefahr. Häufig entwickeln Betroffene Misstrauen und ein kompliziertes Beziehungsverhalten zu anderen Menschen. Weiter können sie Schwierigkeiten haben, eigene Impulse und Reaktionen zuverlässig zu steuern. Viele Symptome ähneln denjenigen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Doch auch wenn eine hohe Anzahl von Betroffenen mit Borderline auf eine komplizierte Traumageschichte zurückschauen müssen, sind Fachpersonen zum Schluss gekommen, dass die beiden Störungsbilder getrennt voneinander zu betrachten sind (vgl. Dittmar 2013: 47-50).

3.3.4 Weitere Traumafolgen und Dissoziative Störungen

Als Folgen von traumatischen Ereignissen können sich auch noch weitere psychische Störungen entwickeln. Dazu gehören schizophrene Diagnosen, depressive- oder bipolare Störungen und Angststörungen (vgl. Maercker 2017: 40).

Besonders häufig und charakteristisch für Traumafolgen sind dissoziative Störungen und körperbezogene Störungen. Dissoziative Störungen sind eine eigene Diagnosegruppe. Dazu gehören weniger komplexe Phänomene wie die Depersonalisation, bei der sich die

Betroffenen in der eigenen Person als fremd, verändert, fern oder nicht real wahrnehmen. Dazu gehören auch die Derealisation, in welcher die Umgebung verändert, als fremd und unwirklich wahrgenommen wird, aber auch die Psychogene Amnesie, eine Erinnerungsblockade oder psychisch verursachte Teilamnesie. Als komplexe Störungsbilder gelten die dissoziative Identitätsstörung, dissoziative Sinnesstörungen und dissoziative psychomotorische Störungen. Die Identitätsstörung, auch bekannt unter multipler Persönlichkeitsstörung, bildet die gravierendste Störung der Diagnosegruppe. Die Betroffenen bilden verschiedene Persönlichkeiten aus, welche abwechselnd die Kontrolle über ihr Verhalten, Denken und Fühlen übernehmen. Bei diesem Prozess haben die Betroffenen keine Kontrolle darüber, welche ihrer Persönlichkeiten die Führung übernimmt und sie erinnern sich in der Regel nicht daran, was die unterschiedlichen Persönlichkeiten gemacht haben. Die Theorie geht davon aus, dass die verschiedenen Persönlichkeiten dazu dienen, sich besser der Umwelt anpassen zu können um so traumatische Situationen besser bewältigen zu können. Dissoziative Identitätsstörungen führen in der Regel zu massiven Einschränkungen im Alltag und zu Berufsunfähigkeit. Beim Störungsbild Dissoziative Sinneswahrnehmungen kommt es zum kompletten oder teilweisen Verlust der Sinne. Das kann das Hören, Sehen, Körperempfinden und die Schmerzwahrnehmung beeinflussen und auch Folgen wie komplette Taubheit oder Blindheit verursachen. Die dissoziativen Bewegungsstörungen führen zu Blockaden in den Bewegungsabläufen. Das kann vielfältige Folgen haben wie beispielsweise ein Zittern des Körpers bis hin zur Lähmung des Sprechens oder einer Querschnittslähmung (vgl. Maercker 2017: 40-46).

3.4 Kindheitstrauma

Das Thema Kindheitstrauma ist für diese Arbeit insofern besonders relevant, weil kognitive Beeinträchtigung ein Risikofaktor für eine sichere Bindung im Kindesalter darstellen kann und eine sichere Bindung wiederum ein wichtiger Schutzfaktor vor Traumatisierungen darstellt: Kleinkinder mit einer kognitiven Beeinträchtigung wirken häufig apathisch oder leicht reizbar. Sie senden keine typischen Signale aus und ihre Reaktionen können für die Umwelt und Bezugspersonen unverständlich sein. Die Beziehungsperson kann sich leicht überfordert und verunsichert fühlen. Sie versteht das Kleinkind oft nicht richtig und so besteht das Risiko, dass Bezugspersonen nicht angemessen auf das Kind eingehen. Für Menschen, welche seit der Geburt kognitiv beeinträchtigt sind, besteht daher ein erhöhtes Risiko keine sichere Bindung zu seinen Bezugspersonen aufbauen zu können. Der Begriff der sicheren Bindung wurde von John Bowlby in der psychologischen For-

schung eingeführt. Eine sichere Bindung zeichnet sich dadurch aus, dass das Kind die Sicherheit hat, dass es in jeder Situation Unterstützung und Hilfe bei seinen engsten Bezugspersonen findet. Sicher gebundene Kinder gehen in der Regel aktiv und autonom auf die Welt zu und brauchen nur in Situationen, welche neu sind oder als Bedrohung wahrgenommen werden den Halt der Bezugspersonen. Eine sichere Bindung bildet sich in den ersten Lebensjahren. Sie stabilisiert und entwickelt sich jedoch während der gesamten Kindheit. Im Zusammenhang mit sicherer Bindung taucht auch immer wieder der Begriff des Urvertrauens auf. Das Urvertrauen des sicher gebundenen Kindes ermöglicht ihm, neugierig die Welt zu entdecken und eigenständig zu werden (vgl. Brisch 2009: 150f).

Sicher gebundene Kinder sind widerstandsfähiger gegenüber psychischen Belastungen und schwierigen Situationen. Sichere Bindung ist ein Schutzfaktor gegenüber Traumatisierung oder anders formuliert, eine unsichere Bindung ist ein Risikofaktor eine Traumatisierung zu erleiden. Eine sichere Bindung wirkt sich insgesamt sehr positiv auf die Entwicklungsfähigkeit und auf die Fähigkeiten wie Empathie, Lern- und Gedächtnisleistungen und Sprachentwicklung aus. Das führt zu besseren Bewältigungsstrategien. Sicher gebundene Kinder können sich in vielen Situationen selbst helfen oder sich Hilfe holen (vgl. Brisch 2009: 158).

Die Ereignisse, welche zu einer Traumatisierung von Säuglingen oder Kindern führen, können einmalige Ereignisse (Typ-I-Trauma) sein oder aber auch langandauernde Geschehnisse (Typ-II-Trauma). Bei einmaligen Ereignissen haben die Kinder aufgrund ihres kognitiven Entwicklungsstandes oft Mühe, Erklärungen für ihre negativen Erfahrungen zu finden. Typisch sind eigene Erklärungsversuche wie Schuldzuschreibungen an die eigene Person, oder die Geschehnisse magisch einzuordnen. Beispielsweise erfinden die Kinder einen Dämon oder eine Zauberei, welche für die Ereignisse verantwortlich gemacht wird. Besonders schwerwiegende Folgen kann Trauma-Typ-II auf die Entwicklung von Kindern haben. Durch wiederholende, langfristig andauernde Traumaereignisse können Kinder in ihrer Entwicklung schwer gestört werden und dissoziative Identitätsstörungen, Depressionen oder schwerwiegenden Entwicklungsverzögerungen ausbilden. Kindheitstraumata sind komplex und ihre Auswirkungen sind individuell und vielfältig. Zusammenfassend können in Bezugnahme auf Terr jedoch vier Merkmale genannt werden, welche charakteristisch und gemeinsam auftreten: Wiederkehrende Erinnerungen in Form von visuellen, taktilen, akustischen Erinnerungen oder Gerüchen. Das sogenannte Traumatische Spiel, bei welchem Teile der traumatischen Erfahrung spielerisch wiederholt werden. Hierbei begreift das Kind das eigene Handeln nicht und wiederholt immer und immer wieder die glei-

chen Szenen, beispielsweise beim Puppenspielen oder Malen. Weiter typisch sind traumaspezifische Ängste verbunden mit dem traumatischen Ereignis. Das letzte Merkmal ist eine veränderte Lebenseinstellung durch den Verlust von Vertrauen in Menschen und negative Zukunftserwartungen (vgl. Fischer/Riedesser 2009: 288f).

Die Besonderheit von Traumawirkung auf Kinder besteht darin, dass deren Selbst- und Weltverständnis sich noch im Ausbau befindet. Kindern neigen aufgrund des nicht fertig entwickelten kognitiven Niveaus dazu, Ereignisse nicht einordnen zu können und diese daher häufig persönlich zu nehmen. Das kindliche Verständnis von Sicherheit orientiert sich an den Elternfiguren und solange dieses Sicherheits- und Bindungssystem unverseht bleibt, können schwierige Ereignisse in der Regel bewältigt werden. Schwerwiegend sind daher insbesondere traumatischen Ereignisse, welche innerhalb des Sicherheitssystems stattfinden wie beispielsweise Verlust von Bindungspersonen, familiäre Gewalt oder Missbrauch (vgl. Fischer/Riedesser 2009: 292f).

In Bezugnahme auf den Psychiater van der Kolk beschreibt Maercker die Nachwirkungen der Traumatisierungen von Ereignissen in der Kindheit als Entwicklungstraumastörungen. Diese sind komplex und werden häufig falsch diagnostiziert. Es kann vorkommen, dass die Betroffenen verschiedene Diagnosen von mehreren Ärztinnen und Ärzten bekommen, ohne dass ihre Traumatisierung dabei erkannt wird. Die psychische und physische Entwicklung ist bei Kindern und Jugendlichen noch eng miteinander verknüpft, was auch zu biopsychologischen Veränderungen führen kann. Typisch sind beispielsweise Symptome wie Essstörungen, Übergewicht, verminderter Körperwuchs oder verfrühte Geschlechtsreife (vgl. Maercker 2017: 32-36).

3.5 Trauma und Gesellschaft

Maximiliane Brandmeier hält in Bezug auf Birck, Fischer und Riedesser und Gahleitner fest, dass der soziale, kulturelle, ökonomische und politische Kontext zentral ist für die Wahrnehmung und den Verlauf von traumatischen Erlebnissen. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben sowohl Einfluss auf die persönlichen Reaktionen der Betroffenen, wie auch auf die Traumatisierung. Sie beeinflussen aber auch die Unterstützungsangebote für die Begleitung von Traumata (vgl. ebd.: 38).

Die Erforschung der Psychotraumatologie wurde schon seit Beginn von gesellschaftlichen Normen und politischen Interessen beeinflusst. Dies zeigte sich beispielsweise nach dem

ersten Weltkrieg, als den Soldaten traumabedingte Diagnosen klassenspezifisch gestellt wurden. Dadurch erhielten Offiziere eine andere Diagnose als einfache Soldaten, was einen erheblichen Einfluss auf die vom Staat bezahlten Renten hatte. Auch bei den Entschädigungsverfahren nach dem zweiten Weltkrieg mussten Opfer wie beispielsweise ehemalige KZ-Insassen ihre Traumatisierung erst als Individualfall nachweisen und es wurde ihnen in vielen Fällen Übertreibung und Simulation unterstellt. Und auch das bis heute vorherrschende Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung als anerkannte Krankheit, wurde erst aufgrund des soziopolitischen, gesellschaftlichen Drucks des Vietnamkrieges entwickelt. In der psychotraumatologischen Fachliteratur und in psychiatrischen Traumadiagnosen werden die Entstehung der Störungsbilder und der Einfluss der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bislang jedoch weitgehend ausgeblendet (vgl. ebd.: 39f).

Bezogen auf Keilson stellt Brandmeier das Modell der sequentiellen Traumatisierung vor. Bei diesem Modell wird die Traumatisierung als dreiteiliger Prozess verstanden, welcher aus den Teilen vor, während und nach dem Geschehen besteht. Nach diesem Modell steht die Gesellschaft in der Verantwortung, sowohl präventiv wie auch durch Anerkennung und Begleitung der Opfer (vgl. Brandmeier 2015: 41f).

Aktuell zeigt sich der gesellschaftliche Umgang mit Traumaopfern in Ländern wie Deutschland oder der Schweiz insbesondere an den Beispielen von sexualisierter Gewalt und von traumatisierten Geflüchteten. Bis heute werden viele Opfer von sexueller Gewalt vor Gerichten oder bei der Polizei nicht gehört und bekommen keine ausreichende gesellschaftliche Unterstützung (vgl. Brandmeier 2015: 43).

Das zeigen auch beispielsweise die bisher in der Statistik des Bundesamtes noch un veröffentlichten Zahlen der Dachorganisation der Schweizer Frauenhäuser. Im Jahr 2017 wurde jedes vierte Gewaltopfer, welches Hilfe in einem Frauenhaus suchte, aufgrund von Platz- und Geldmangel abgewiesen. Das betraf innerhalb eines Jahres insgesamt über 600 Frauen und Kinder, denen aufgrund fehlender gesellschaftlicher Unterstützung ein sicherer Fluchtort in der Schweiz verwehrt blieb (vgl. Dachorganisation der Schweizer Frauenhäuser (Hg.) 2018: o.S).

Auch für geflüchteten Menschen, welche in anderen Ländern Asyl suchen, ist es in Bezug auf ihre Traumatisierung entscheidend, wie sie von ihrem neuen Aufenthaltsort willkommen geheissen werden. Durch die aktuellen, politischen Debatten über Asylsuchende und das Infragestellen ihres Rechtes in ein Land wie beispielsweise die Schweiz oder Deutschland

zu flüchten, wird ihre Anerkennung in Frage gestellt. Dadurch kann es vermehrt zu Schikanen durch Behörden bis hin zu Diskriminierung und Rassismus kommen (vgl. Brandmeier 2005: 44f).

Traumabetroffene brauchen für die Bewältigung ihrer Situation den Rückhalt und die Unterstützung von ihrem Umfeld. Das bedingt, dass Traumaopfer gesellschaftlich anerkannt und unterstützt werden und wenn nötig auch professionelle Begleitung bekommen können. Gemäss Brandmeier ist es eine gesellschaftliche Aufgabe, einen Diskurs über historische Wahrheiten und traumatisches Geschehen zu führen und sich für gesundheitsfördernde Bedingungen einzusetzen (vgl. ebd.: 47).

4 Psychotrauma bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Wie bereits in der Einleitung geschildert, ist über die Prävalenz von Psychotraumatisierung bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bisher nur wenig bekannt. Gemäss einer Untersuchung der Psychiaterin Ruth Ryan 1994 wurde bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ein gehäuftes Auftreten von Posttraumatischen Belastungsstörungen diagnostiziert. Irblich geht davon aus, dass die Häufigkeit der Traumatisierung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen lange Zeit stark unterschätzt wurde. In erster Line deswegen, weil Betroffene ihre Belastungen in vielen Fällen nur unzureichend verbalisieren können. Auch wenn die Wissenschaft das häufige Auftreten von Traumatisierung bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bis heute noch nicht ausreichend empirisch belegen konnte, gibt es viele Befunde, dass in diesem Personenkreis mit einer Häufung von traumabedingten Störungen zu rechnen ist (vgl. Irblich 2006: 114).

Eine der wichtigsten Begründungen dafür, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen überdurchschnittlich häufig von Traumatisierungen betroffen sind, liegt in der kognitiven Beeinträchtigung selbst. Gemäss der im Kapitel 3 zitierten Definition eines Psychotraumas nach Fischer/Riedesser spielt bei einer Traumatisierung nicht nur die Bedrohlichkeit einer erlebten Situation eine zentrale Rolle. Wichtig ist auch, welche Bewältigungsmöglichkeiten die betroffene Person zur Verfügung hat. Wenn Menschen aufgrund ihrer Beeinträchtigung über verminderte Möglichkeiten verfügen wirksame Copingstrategien für schwierige Situationen zu entwickeln, steigt das Risiko einer Traumatisierung. Das kann auch von Aussen betrachtet gefahrlose Situationen betreffen wie beispielsweise der Wechsel einer Bezugsperson. Ein Trauma kann sich verfestigen, je häufiger sich eine dazu gemachte Erfahrung wiederholt (vgl. Senckel 2008: 246).

Neben den bekannten grossen Ursachen von Traumatisierung wie beispielsweise ein sexueller Missbrauch oder eine andere Gewalterfahrung spielen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auch sogenannte wiederholende Mikrotrauma eine Rolle. Diese können entstehen, wenn sich Menschen beispielsweise in Wohnsituationen befinden, in denen immer wieder ihre persönlichen Grenzen überschritten werden. Durch die kognitive Beeinträchtigung kann es für die Betroffenen schwierig sein, sich aus ungünstigen Wohnsituationen in der Familie oder in Heimen zu befreien. Bei steten kleinen physischen und psychischen Verletzungen von Menschen, die sich dagegen nicht ausreichend wehren können,

können Traumafolgen entstehen, die vergleichbar sind mit jenen Folgen, welche durch „grosse Ereignisse“ verursacht werden (vgl. Senckel 2008: 249f).

4.1 Kognitive Beeinträchtigung als Risikofaktor für Traumatisierung

Ein wichtiger Aspekt, weshalb eine kognitive Beeinträchtigung ein Risikofaktor für Traumatisierung sein kann, wurde bereits im Kapitel 3.4 ausgeführt. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben aufgrund ihrer Beeinträchtigung einen erschwerten Stand, um eine sichere Bindung mit ihren Bezugspersonen aufzubauen.

Micknat hat in seinem Buch „Der Umgang mit dem Trauma der geistigen Behinderung“ eine provozierende These aufgestellt. Er geht davon aus, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bereits aufgrund ihrer Beeinträchtigung traumatisiert sind. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben in der Regel ein reduziertes Verständnis von logischen Zusammenhängen. Dadurch können für sie Schwierigkeiten auftreten, die Sachverhalte und Regeln in ihrer normierten Umwelt zu verstehen. Wenn insbesondere auch das Sprachverständnis und die Möglichkeiten seine eigene Weltsicht und seine Gedanken auszudrücken beeinträchtigt sind, kann dies mit einer grundlegenden Verunsicherung einhergehen. Negative Erlebnisse, welche für den Betroffenen Menschen nicht selbstständig zu bewältigen sind, können Hilflosigkeit und ein Gefühl des Ausgeliefertseins auslösen. Solche Erlebnisse sind traumatisierend, insbesondere wenn sie sich häufig wiederholen. Dabei muss es sich nicht um Ereignisse handeln, welche klassischerweise mit Trauma assoziiert werden. Es können auch Situationen sein, welche für Menschen mit einer durchschnittlichen Intelligenz und entsprechenden durchschnittlichen Coping-Möglichkeiten, sich in der Regel nicht traumatisierend auswirken (vgl. Micknat 2002: 16f).

Dieser Blickwinkel auf Traumatisierung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurde auch in der Traumapädagogik von Martin Kühn aufgegriffen. In Bezug auf Seubert und McDonagh fasst er verschiedene Faktoren zusammen, welche Menschen mit Behinderung daran hindern Ressourcen und Copingstrategien zu erwerben, welche sie vor Traumatisierung schützen könnten: Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung können erworbene Fähigkeiten häufig nicht gut auf neue Situationen übertragen. Um zu Lernen benötigen sie viele kleine Schritte und viele Wiederholungen und entsprechend viel Begleitung. Kinder mit Behinderung werden oftmals von ihrem sozialen Umfeld überbehütet. Dadurch entwickeln sie ein passives und hilfloses Verhalten. Weiter führt die Überbehütung und Kontrolle zu einer Einschränkung von sozialen Interaktionen und verhindert den Aufbau

eines sozialen Netzwerkes. Auch Themen wie Selbstbewusstsein, Sexualität und Körperbewusstsein werden bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Regel immer noch zu wenig thematisiert und gefördert. Weiter entwickeln Menschen mit Behinderung Scham und Angst vor neuen Erfahrungen, weil sie bereits als Kinder immer wieder die Erfahrung gemacht haben, Erwartungen nicht zu erfüllen und nicht wie alle anderen zu sein (vgl. Kühn 2009: 28f).

4.2 Weitere Risikofaktoren

Viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen brauchen bereits im Säuglingsalter intensive medizinische Unterstützung, um zu überleben. Medizinische Eingriffe, insbesondere wenn sie direkt nach der Geburt stattfinden, gehören zu den unvermeidbaren möglicherweise traumatisierenden Eingriffen. Für einen Säugling bedeuten diese Eingriffe das Erleben von Schmerzen und die Trennung von den Bezugspersonen. Insbesondere wenn mehrere Eingriffe notwendig sind, kann das Existenzängste auslösen, welche die sich bildende Persönlichkeit eines Menschen stark beeinflussen (vgl. Senckel 2008: 248).

Ähnlich wie diese frühen medizinischen Eingriffe kann auch Vernachlässigung im Sinne einer unzureichenden Betreuung der Bezugspersonen traumatisierend wirken. Ein Grund, weshalb Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen davon häufiger betroffen sind, liegt darin, dass sie wie bereits im Kapitel 3.4 beschrieben, durch die Beeinträchtigung häufig schon als Babys ein auffälliges Verhalten zeigen und ihre Bezugspersonen damit überfordern. Diese Überforderung kann zu hilflosem, resigniertem oder aggressivem Verhalten führen (vgl. ebd.: 248).

Auch körperliche Misshandlung durch Bezugspersonen können in direkten Zusammenhang mit dem erhöhten Hilfebedarf der Betroffenen entstehen. Durch die Abhängigkeit von ihren Begleitpersonen und die durch die Beeinträchtigung häufig verminderte Fähigkeit sich zur Wehr zu setzen, werden Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen leicht zu Gewaltopfern. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind deutlich häufiger von sexuellen Übergriffen betroffen als Menschen mit durchschnittlicher Begabungen (vgl. Senckel 2008: 248f).

Es ist leider immer noch eine aktuelle Realität, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung in vielen Situationen ausgegrenzt werden. In der gegenwärtigen Leistungsgesellschaft wird die Fähigkeit Leistung, insbesondere auf dem Arbeitsmarkt zu erbringen, sehr hoch bewertet und Menschen, welche aufgrund ihrer Beeinträchtigung diese Norm nicht

erfüllen, haben gesellschaftlich einen schweren Stand. Es wird teilweise sogar darüber diskutiert, wie viele Kosten sie verursachen dürfen, so dass ihre Existenz eine Berechtigung hat. Diese Stigmatisierung durch Entwertung und Zurücksetzung der eigenen Existenz, welche immer wieder in verschiedenen Situationen der Betroffenen auftritt, kann schwerwiegende Folgen haben. Diese können sich in Selbstzweifeln, Existenzängsten und Depressivität der Betroffenen äussern. Menschen mit schweren, kognitiven Beeinträchtigungen können diese Stigmatisierungen wahrscheinlich nicht immer kognitiv verorten, aber es ist davon auszugehen, dass die Betroffenen sie beispielsweise auf der emotionalen Ebene dennoch wahrnehmen. Insbesondere Menschen mit leichteren kognitiven Beeinträchtigungen, welche ihre Rolle und ihre gesellschaftliche Stigmatisierung begreifen, können dadurch grosse Schwierigkeiten mit der eigenen Existenz entwickeln. Die fortwährenden Kränkungen und die Perspektivlosigkeit kann Traumatisierung begünstigen (vgl. Senckel 2008: 249).

4.3 Diagnose

Bei Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen treffende Diagnosen zu stellen, bringt einige Besonderheiten und diagnostisch-methodische Probleme mit sich. In Bezugnahme auf Moss beschreibt Schmidt, dass Menschen mit Behinderung bei psychischen Schwierigkeiten selten von sich aus Hilfe suchen. Es ist daher die Aufgabe der Begleitpersonen, psychische Auffälligkeiten zu erkennen. Gemäss Schmidt wechseln Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Vergleich zu früher in der heutigen Zeit häufiger ihren Wohnort und ihre Begleitpersonen, was das Stellen einer Diagnose durch Beobachten erschwert. Durch Erkundungen bei den Betroffenen selbst zu einer psychischen Diagnose zu gelangen, wird oftmals einerseits durch Einschränkungen in der Kommunikation erschwert. Oft fehlen aber auch die Fähigkeiten, sich selbst wahrzunehmen und zu reflektieren. Psychologische Gespräche sollten aufgrund der meist verlangsamten Reizverarbeitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen möglichst in reizarmen Umgebungen stattfinden. Aufgrund von Ängsten und dem Nichtverstehen der Sinnhaftigkeit der Betroffenen, gestalten sich auch apparativ-diagnostische Untersuchungen wie Blutentnahme, EKG etc. in vielen Fällen schwierig. Wenn die Kooperation der Betroffenen für medizinische Untersuchungen nicht gegeben ist, sind diese mit einem hohen Begleitaufwand und der Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen verknüpft. In manchen Fällen werden Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sediert oder es wird eine Kurznarkose eingesetzt, um eine Untersuchung überhaupt möglich zu machen (vgl. Schmidt 2007: 25).

Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu interpretieren und eine Zuordnung zu machen, ist für Begleitpersonen eine komplexe Herausforderung. Das gezeigte Verhalten ist häufig unspezifisch und kann häufig nur in einem bestimmten Setting festgestellt werden. So kann es beispielsweise sein, dass ein Mensch mit kognitiven Beeinträchtigungen sich in seiner Wohngruppe ganz anders verhält als am Wochenende beim Besuch seiner Eltern. Verhaltensauffälligkeiten wie stereotype Bewegungsabläufe oder Unruhe sind häufig bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und es müssen keine Hinweise für eine psychische Erkrankung sein. Weiter gibt es Symptome wie beispielsweise Zwangsgedanken oder Halluzinationen, welche von den Beobachtenden unmöglich festzustellen sind. Um diese Stolpersteine und methodischen Schwierigkeiten möglichst zu umgehen, bewährt sich für die Diagnosestellung bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen das Miteinbeziehen von verschiedenen interprofessionellen Fachpersonen. Zudem ist es sinnvoll, die Betroffenen über einen längeren Zeitraum in verschiedenen Situationen zu beobachten (vgl. ebd.: 26f).

Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden traumabedingte Verhaltensauffälligkeiten selten diagnostiziert. Dies hat zur Folge, dass Betroffene keine angemessene Begleitung und Therapie bekommen. Traumafolgestörungen entsprechen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oftmals gar nicht oder nur teilweise einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Kriterien, um eine PTBS zu diagnostizieren, sind auch von kognitivem Verhalten abhängig, was eine Diagnosestellung erschwert. In Bezugnahme auf Mitchel und Clegg beschreibt Irblich die PTBS daher für Betroffene mit Intelligenzminderung als eingeschränkt anwendbar (vgl. Irblich 2011: 84).

5 Traumabegleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Wenn Begleitpersonen über die Entstehung und die Folgen von Traumatisierung bei Menschen mit Behinderung informiert sind, kann dies einen Betrag leisten, dass eine erneute Traumatisierung vermieden werden kann. Traumabedingtes Vermeidungsverhalten von Betroffenen beinhaltet häufig Verweigerung bis hin zu Provokationen. Wenn Begleitpersonen in solchen Situationen mit Strenge und Unverständnis reagieren, führt dies häufig zu Eskalationen und Stresssituationen. Solche Ereignisse können zu einer Retraumatisierung führen, also zum Wiedererleben der Betroffenen der traumatischen Situation. Menschen mit Traumatisierung haben die Erfahrung gemacht, in der traumatischen Situation vollständig die Kontrolle zu verlieren. Daher ist es für Betroffene besonders wichtig, dass ihnen möglichst wenig Unvorhergesehenes und Unkontrollierbares widerfährt. Für Begleitpersonen gilt es beispielsweise abzuwägen, ob bei einem notwendigen medizinischen Eingriff die möglichen psychischen Folgen für die Betroffenen in Kauf genommen werden können oder ob der Eingriff, wenn er nicht lebenserhaltend ist, unter diesen Umständen auch besser nicht vorgenommen wird. In für Betroffene schwierigen Situationen ist es zentral, dass eine enge Begleitung von vertrauten Bezugspersonen gewährleistet ist (vgl. Irblich 2006: 120).

Für die Prävention von traumatischen Situationen können drei Klassifikationen unterschieden werden: Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Bei der primären Prävention ist das Ziel, wenn immer möglich traumatische Ereignisse zu vermeiden. Zum einen durch einen objektiven Zugang, in welchem versucht wird, die Umstände zu verhindern, welche zu traumatischen Ereignissen führen können. Zum anderen durch den subjektiven Zugang der darauf abzielt, die potenziell Betroffenen auf das möglicherweise traumatische Ereignis vorzubereiten und so eine psychische Traumatisierung abzuwenden. Die sekundäre Prävention hat das Ziel, die traumatischen Folgen eines bereits eingetretenen Ereignisses durch eine sofortige Krisenintervention in der akuten Situation zu mildern. Wenn es darum geht, die Traumafolgen von Betroffenen zu behandeln und zu begleiten, spricht man von der tertiären Prävention. In der tertiären Phase ist es Voraussetzung, dass die Begleitpersonen der Betroffenen über ein gutes Einfühlungsvermögen und Grundkenntnisse der Psychotraumatologie verfügen. Sozialarbeitende, welche Menschen mit Traumafolgen begleiten, sollten in der Lage sein, frühzeitig zu erkennen, wenn Betroffene sich in Risikobereiche begeben. Spätestens in diesem Fall ist es notwendig, Unterstützung von Kolleginnen und

Kollegen beizuziehen, welche psychotherapeutisch geschult sind (vgl. Fischer/Riedesser 2009: 261-265).

5.1 Anforderungen an Begleitpersonen

Für Betroffene von Traumata ist es zentral, dass sie für die Bewältigung der Traumatisierung in einem möglichst stabilen Umfeld leben können. Die Arbeit mit Betroffenen erfordert Spezialwissen, aber es kann kein Spezialgebiet sein, weil Traumatisierung jeden Menschen treffen kann. Betroffene sind aufgrund ihres Verhaltens in vielen Situationen sehr anspruchsvoll zu begleiten. Die Symptome der Traumatisierung erhöhen das Konfliktpotenzial um ein Vielfaches. Von Begleitpersonen wird eine ausgeprägte Selbstregulierungsfähigkeit erwartet. Sie müssen in der Lage sein in jeder Situation Ruhe und Sicherheit zu vermitteln und ein Vorbild für die Regulation von Spannungen und für die Selbstsorge sein. Menschen mit Traumatisierungen haben oftmals Beziehungen erlebt, welche durch Willkür, Gewalt oder Unterwerfung geprägt waren. Daher brauchen sie Beziehungsangebote, welche transparent und vorhersehbar sind. Begleitpersonen brauchen eine differenzierte Wahrnehmung für fremde Bedürfnisse und Grenzen. Spezifisches Wissen über Traumaverarbeitung und die Auswirkungen von Traumaerfahrungen auf die Betroffenen ist für Begleitpersonen ebenso zentral wie die Fähigkeiten dieses Wissen angemessen an ihre Klientinnen und Klienten zu vermitteln (vgl. Hantke 2015: 122f).

Für Menschen, welche Menschen mit Traumatisierung begleiten, ist es auch wichtig zu wissen, dass es dabei zu einer sogenannten sekundären Traumatisierung kommen kann. Eine sekundäre Traumatisierung beschreibt die Möglichkeiten, dass Begleitpersonen von Menschen mit Traumatisierung durch ihre Arbeit charakteristische Veränderungen erleiden können. Analog zu den Trauma-Betroffenen leiden sie unter Ohnmachtsgefühlen oder sie fühlen sich hilflos und bedroht. Bei der sekundären Traumatisierung verlieren Fachleute die Distanz und ihr persönliches Sicherheitsgefühl. Sie neigen dazu Katastrophenverläufe zu sehen und können mit übertriebenen Interventionen reagieren. Von sekundärer Traumatisierung können sehr verschiedene Berufsgruppen betroffen sein wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Telefonistinnen und Telefonisten oder Dolmetscherinnen und Dolmetscher. Für die Prävention von sekundärer Traumatisierung ist es wichtig, dass Fachpersonen darüber Bescheid wissen und Weiterbildungen zu dem Thema besuchen können. Weiter ist es zentral, dass die Arbeitszeiten nicht zu hoch sind und genügend Ausgleichsmöglichkeiten in der Freizeit bestehen. Auch Supervision

und die Wertschätzung und Würdigung der Arbeitsaufgaben sind wichtige Präventionsfaktoren (vgl. Tschan 2012: 138).

5.2 Prävention von Machtmissbrauch in Institutionen

In Bezugnahme auf Dörr hält Glammeier fest, dass es für die Prävention von Machtmissbrauch eine verbesserte Aus- und Weiterbildung für Sozialarbeitende und pädagogisches Arbeiten braucht. Im Kern geht es darum, individuelle Emotionen bei der Arbeit vermehrt zu professionalisieren, zu reflektieren und distanziert mit den Erwartungen gegenüber den Klientinnen und Klienten umzugehen. Weiter soll durch verbesserte Bildung die Sensibilität für mögliche Grenzverletzungen und Risikosituationen gefördert werden. In Bezug auf Orthland schreibt Glammeier weiter: Mitarbeitende in Heimen sollten auch Menschen mit Behinderung vermehrt dazu ermutigen, sich bei Grenzverletzungen zu wehren. Unter Bezugnahme auf Wolff berichtet Glammeier, dass Gewalt in Institutionen alle Mitarbeitende betrifft. Die Achtsamkeit und Interventionsfähigkeiten müssen gestärkt werden, so dass Vorfälle bemerkt und aufgedeckt werden können. Hilfreich für die Prävention von sexueller Gewalt sind insbesondere auch institutionelle Schutzkonzepte, welche optimalerweise in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden und externen Fachpersonen entwickelt werden. Damit Prävention gegen den Missbrauch von Macht in Institutionen gelingen kann, braucht es neben Präventionskonzepten und vermehrter Professionalisierung der Mitarbeitenden auch zwingend den Einbezug der Betroffenen. Insbesondere die Förderung von Selbstbestimmung und Demokratisierungsprozesse sind zentral für die Prävention (vgl. Glammeier 2018: 17f).

Die Fachstelle für Behindertenhilfe von Kanton Basel-Stadt hat ein umfassendes Konzept für institutionelle Prävention von sexueller Ausbeutung entwickelt. Darin wird beschrieben, dass Prävention vor sexuellen Übergriffen keine einmaligen Interventionen darstellen können, sondern ein fortlaufender Prozess sind. Zum einen sollten die Bewohnenden und Begleitpersonen auf das Thema sensibilisiert werden, zum anderen ist es zentral, dass ein einrichtungsspezifisches Konzept für die Prävention und das Vorgehen bei Gewalt und sexueller Ausbeutung von Menschen mit Behinderung erarbeitet wird. Das Vorgehen bei vermuteten Fällen und insbesondere der Umgang mit Beschuldigungen gegen Mitbewohnende oder gegen Mitarbeitende sollten bereits im Vorfeld geregelt sein. In Institutionen mit entsprechenden Konzepten, fällt es den Betroffenen leichter, sich Hilfe zu holen. Fremdbestimmung und Bevormundung stehen in direktem Widerspruch zur präventiven

Grundhaltung. Sinnvolle und effektive Prävention ist nur möglich mit Teilhabe und Selbstbestimmung der Betroffenen. Neben der Förderung von Selbst- und Körperbewusstsein sollen auch die Abhängigkeiten von Begleitpersonen verringert werden. Zentral ist auch die Wissensvermittlung über den Körper, über Sexualität und sexuelle Ausbeutung und Angebote zur Selbstverteidigung und Abwehr von Übergriffen (vgl. Amt für Sozialbeiträge, Fachstelle Behindertenhilfe 2019:1-10).

5.3 Krisenintervention

Nach traumatisierenden Ereignissen spielt es eine wichtige Rolle, dass Begleitpersonen den Kontakt zu der betroffenen Person herstellen und aufrechterhalten, dies kann Retraumatisierungen präventiv entgegenwirken. Hilfreich kann auch eine gute Vorbereitung auf Krisensituationen sein. Beispielsweise können sichere Zonen geschaffen werden, wo sich die Betroffenen vor der Bedrohung zurückziehen können. Sinnvoll im Vorfeld kann auch das Üben von Bewältigungsstrategien von stressigen Situationen sein, welche zwar ängstigend sind, aber nicht traumakorrelliert (vgl. Irblich 2006: 122).

Direkt nach traumatischen Situationen gibt es drei Regeln für die Begleitung von Betroffenen: Das Vermitteln von Sicherheit, als mitfühlende Gesprächsperson präsent zu sein und Verständnis zu zeigen für die unmittelbaren Traumafolgen. Sicherheit zu vermitteln kann bedeuten, die Betroffenen vom Ort des Geschehens zu entfernen, falls das gewünscht ist, ihre Hände zu Halten und mit verbaler Sprache oder je nach dem bei Menschen mit Behinderung auch mit nonverbaler Sprache beispielsweise einer vereinfachten Gebärdensprache zu versichern, dass die Betroffenen sich jetzt in Sicherheit befinden. Opfer und Täter sollten nach einer traumatischen Situation getrennt werden. Das gilt nicht nur für die Situation eines Missbrauchs, sondern ist auch beispielsweise nach einem Unfall zu beachten. Selbst dann, wenn die Täterin oder der Täter den Unfall unabsichtlich herbeigeführt hat. Für manche Betroffene ist es wichtig, dass sie jederzeit ausführlich orientiert sind, was genau passiert ist und was als nächstes passieren wird. Wenn eine Begleitperson Informationen über die Geschehnisse gibt, sollte sie jedoch achtsam sein und beobachten, wie die Betroffenen reagieren. In Phasen von Reizüberflutung oder Vermeidung kann dies kontraproduktiv wirken. Dann ist es wichtiger, für Ruhe und Entspannung zu sorgen. Wenn Betroffene die Ereignisse verleugnen oder verzerrt darstellen, sollten Begleitpersonen nur behutsam eingreifen. Verbale Korrekturen sind nur in die positive Richtung angebracht. Sinnvoll ist es hingegen, mit Betroffenen über ihre Traumareaktionen zu sprechen und

ihnen zu versichern, dass diese eine normale Reaktion auf die Ereignisse sind. Falls es bei Betroffenen zu Gefühlsausbrüchen kommt, sollte das als positive Copingstrategie gewertet werden und einfühlsam unterstützt werden. Grundsätzlich ist es für nicht spezialisierte Begleitpersonen schwierig, in der akuten Einwirkungsphase zwischen normalen Symptomen und komplizierten Verläufen zu unterscheiden. Wenn im Anschluss an das traumatisierende Erlebnis dissoziative Symptome oder Depressionen auftreten, sollten psychosoziale Spezialisten für die Nachbetreuung beigezogen werden (vgl. Fischer/Riedesser 2009: 215f).

5.4 Traumapädagogik

In den letzten Jahren konnte sich die Traumapädagogik als eigenständige Fachdisziplin etablieren. Traumapädagogische Ansätze kommen ursprünglich aus der Kinder- und Jugendarbeit. Zwischenzeitlich sind sie in vielfältigen Arbeitsfeldern, unter anderem auch in der Behindertenhilfe, im Einsatz. Traumapädagogik befasst sich in erster Line damit, wie sich die Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie für die Berufsfelder der Pädagogik nutzen lassen und wie Menschen mit Traumabelastungen im pädagogischen Kontext begleitet werden können (vgl. Bausum/Besser/Kühn/Weiss 2009: 7f).

Tanja Kessler schreibt unter Bezugnahme von Lang et al. dass für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe traumapädagogische Konzepte entwickelt wurden, welche die strukturellen Rahmenbedingungen in diesem Arbeitsbereich miteinbeziehen. Für die Behindertenhilfe wurden bisher keine speziellen Konzepte erarbeitet, welche den Rahmenbedingungen und Haltungen von Institutionen für Menschen mit Behinderung entsprechen. Dennoch gibt es auch für die Behindertenhilfe umfassende Möglichkeiten, um mit den Betroffenen den Alltag zu gestalten. Unterstützungsmöglichkeiten für die Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind aus traumapädagogischer Sicht Konzepte, welche die Sicherheit und Stabilität der Situation der Betroffenen erhöhen. Es sind Hilfen, welche die Orientierung in der Umwelt, aber auch im eigenen Selbst, verbessern sollen. Die Beziehung von den Betroffenen zu ihren Begleitpersonen spielt dabei eine zentrale Rolle und sollte als sichere Basis zur Verfügung stehen. Ein dafür hilfreiches Konzept ist beispielsweise das „Konzept der Entwicklungsfreundlichen Beziehung“ von Barbara Senckel (vgl. Kessler 2016: 236f).

Senckel hat das Konzept der Entwicklungsfreundlichen Beziehung (EfB) dafür entwickelt, Menschen mit Problemen in der Entwicklung, im pädagogischen Alltag oder im therapeutischen Kontext angemessen zu begleiten. Im Zentrum des Konzeptes steht die Annahme, dass Menschen sich an ihrem Gegenüber orientieren und sich in erster Linie durch die Beziehung zu anderen Menschen entwickeln können. Durch eine gelingende Beziehungsgestaltung können Entwicklungsblockaden gelöst und Potentiale entfaltet werden und die Menschen können sich in ihrer ganzen Persönlichkeit entwickeln. (vgl. Senckel 2013: 1). Das Konzept EfB wird durch eine wertschätzende, achtsame und echte Grundhaltung der Begleitpersonen bestimmt. Im Vordergrund steht die Wahrnehmung der Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten. Begleitpersonen müssen dabei erkennen, auf welchem Entwicklungsstand die Betroffenen sind und sie dementsprechend begleiten (vgl. ebd.: 2). Das Konzept bietet den Betroffenen ein korrigierendes Beziehungsangebot an. Dadurch sollen frühere Beziehungserfahrungslücken geschlossen werden und innere Konflikte gelöst werden. Das Ziel ist, für die Betroffenen ein autonomes Leben in sozialer Gebundenheit zu erreichen (vgl. Senckel 2001:12).

Traumapädagogik ist keine Therapie. Sie wurde entwickelt als Unterstützung von Traumabetroffenen im pädagogischen Alltag. Traumabearbeitung hat das Ziel, einen Prozess der Selbstbemächtigung auszulösen. Es geht darum, dass Betroffene ihre traumatischen Erfahrungen in die eigene Lebensgeschichte einordnen können und dass sie ihre Einstellung positiv verändern können. Ein wichtiges Ziel ist auch, einen Sinn im aktuellen Dasein zu finden und einen sorgsamen Umgang mit dem eigenen Körper zu pflegen (vgl. Weiss 2016: 21).

Zentral für alle Konzepte der Traumapädagogik ist eine traumasensible Grundhaltung. Das Verhalten der Betroffenen wird als normale Reaktion auf die traumatische Belastung angenommen. Diese Haltung nennt sich „Die Annahme des guten Grundes“. Die Haltung und das Menschenbild von Traumapädagogik wurde aus der humanistischen Pädagogik nach Carl Rogers übernommen. Als zentraler Punkt wird dabei angenommen, dass jeder Mensch das Potenzial hat, sich selbst zu verändern und weiterzuentwickeln. Weiter spielen Wertschätzung, Partizipation, Transparenz und Spass eine wichtige Rolle (vgl. Weiss 2016: 24).

Kühn beschreibt die Aufträge von traumapädagogischen Konzepten folgendermassen: Es müssen sichere Orte geschaffen werden, beispielsweise dadurch, dass Gewalt in Institutionen thematisiert wird. Selbstwirksamkeit, Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle und Teilhabe in der Gesellschaft und in sozialen Prozessen der Klientinnen und Klienten sollen

gefördert werden. In Bezug auf Jantzen stellt Kühn fest, dass Menschen mit Behinderungen häufig bereits im Kindesalter nicht wirklich in die Gesellschaft integriert werden und dass die fehlende Teilhabe den sozialen Kern von Behinderung darstellt (vgl. Kühn 2009: 27f).

In Bezug auf Kolk beschreibt Kühn, dass durch die Folgen von Traumatisierung die Welt von den Betroffenen nicht mehr als sicherer und verlässlicher Ort wahrgenommen wird. Das Selbstgefühl wird durch eine Traumatisierung verändert und Betroffene sind ihrer Hilflosigkeit und Wut ausgeliefert. Der Verlust der Wahrnehmung, dass die Welt ein sicherer Ort ist, überträgt sich auch auf das innere Gefühl von Sicherheit. Das individuelle Selbst wird dadurch geschädigt. Die Traumpädagogik des „sicheren Ortes“ hat also das Ziel, für die Betroffenen den äusseren und inneren sicheren Ort wiederherzustellen. Zentral dazu sind verlässliche Strukturen und für die Betroffenen bewältigbare, gut einschätzbare Alltagsbedingungen. Der Prozess des „sicheren Ortes“ zu schaffen, ist ein langsamer und langer Weg (vgl. Kühn 2009: 31f).

Traumapädagogische Konzepte aus der Kinder- und Jugendhilfe auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen anzuwenden, hinterfragt Irblich kritisch. Er vertritt die Ansicht, dass Traumapädagogik sich in erster Linie auf frühe, innerfamiliäre Gewalterfahrungen fokussiert und diese Ausgangslage für den Behindertenbereich zu eng gefasst ist. Zudem ist er der Ansicht, dass die verbalen Interventionen und Stressbewältigungsmethoden nicht auf die Fähigkeiten von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen angepasst sind (vgl. Irblich 2011: 88).

Biberacher hält zum Terminus Traumapädagogik fest: „Traumapädagogik richtet sich als pädagogisches Handeln an Kinder und Jugendliche, Traumaberatung an erwachsene Klienten. Erwachsene sollten eigentlich nicht mehr erzogen werden.“ (Biberacher 2013: 286)

Im Hinblick auf diese Kontroversen muss beachtet werden, dass traumapädagogische Konzepte sich nicht eins zu eins auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung anwenden lassen. Die traumapädagogischen Konzepte müssen von den Sozialarbeitenden, welche erwachsene Menschen begleiten, entsprechend kritisch betrachtet und auf den Einzelfall angepasst werden. Jedoch geht aus dem Kapitel 4.2 Diagnose deutlich hervor, dass die Traumafolgen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auch denjenigen von Kleinkindern ähneln können. Auch in dieser Hinsicht können Pädagogische Konzepte daher für die Begleitung interessant sein. Nach Ansicht der Autorin bietet Traumapädagogik eine Fülle von gut erprobten Ideen und Inhalten für die Traumabegleitung an und sollten daher

für die Beantwortung der vorliegenden Fragestellung nicht ausgeschlossen werden. Die Inhalte für die Begleitung von Traumabetroffenen aus der Traumapädagogik wie Beziehungsgestaltung, Selbstermächtigung, Ressourcenorientierung und Biografiearbeit finden sich auch in erwachsenengerechten Methoden und Konzepten wieder. Die traumapädagogischen Inhalte wurden mit den Konzepten und Möglichkeiten erweitert, welche für erwachsene Menschen entwickelt wurden.

5.5 Empowerment und Selbstbestimmung

Wilma Weiss bezeichnete Selbstermächtigung als „Kernstück der Traumapädagogik“ (Weiss 2009: 157). Die Selbstermächtigung von Menschen mit Traumata zu fördern, bedeutet, sie in ihren Fähigkeiten von Selbstverstehen, Selbstakzeptanz, Selbstregulation und Körperwahrnehmung zu stärken. In der Praxis hat sich gezeigt, dass es für betroffene Kinder sehr hilfreich sein kann, wenn man ihnen Wissen über Traumatisierung vermittelt und ihnen die Auswirkungen von Traumatisierungen erklärt. Dadurch können sie verstehen, was mit ihnen passiert und sie können ihre eigenen physischen und psychischen Reaktionen besser erklären und einordnen. Bei Kindern, welche von Gewalt und Missbrauch betroffen waren, ist es wichtig das Thema Gewalt in Familien zu thematisieren und zu enttabuisieren. Es geht dabei darum, dass Betroffene merken, dass sie nicht die einzigen Betroffenen sind. Das kann Schuld- und Schamgefühle und das Gefühl der Isolation verringern (vgl. ebd.: 159-161). Menschen mit Traumatisierung haben vielfach ein gestörtes Körpergefühl. Eine klassische Dissoziationsstörung ist das Gefühl, nicht sich selbst zu sein, neben sich zu stehen und den eigenen Körper nicht richtig zu spüren. Sich im eigenen Körper wohl zu fühlen, ihn wahrzunehmen und zu akzeptieren ist ein zentraler Teil der eigenen Selbstakzeptanz. Traumabearbeitung beinhaltet daher auch die Förderung des Körpergefühls der Betroffenen. Dabei kann es hilfreich sein, wenn Begleitpersonen ihre Beobachtungen diesbezüglich formulieren. Also beispielsweise Hinweise geben wie: Du wirkst müde, möchtest du dich ein wenig ausruhen etc. Weiter können auch Körpererfahrungen wie beispielsweise Klettern, Yoga, Tanzen, Tai-Chi oder Feldenkrais etc. dabei helfen, den eigenen Körper wieder besser kennenzulernen und zu spüren (vgl. ebd.: 167f).

Um das Wissen aus der Traumapädagogik für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verständlich zu machen, müssen die komplexen Inhalte in einfacher Sprache und je nach Bedarf auch mit Hilfsmitteln, Symbolen oder Gebärden aus der Unterstützten Kommunikation vermittelt werden. Eine verständliche Kommunikation ist ein wichtiger Teil der Selbst-

ermächtigungsarbeit. Der Zugang, sich über eine Kommunikationsform verständlich zu machen, ermöglicht soziale Teilhabe, verringert Isolation und bietet die Möglichkeiten Bedürfnisse auszudrücken (vgl. Kessler 2016: 238).

Selbstermächtigung ist ein Konzept, welches in verschiedenen Arbeitsbereichen erforscht und angewandt wird. Die Bezeichnung Empowerment hat sich zu einem Schlagwort in der Sozialen Arbeit entwickelt. Es gibt jedoch kein allgemeines akzeptiertes Verständnis des Begriffs Empowerment. Übersetzt aus der englischen in die deutsche Sprache bedeutet er: Selbstbefähigung, Selbstbemächtigung oder Selbstvertretung (vgl. Theunissen 2009: 73). Norbert Herriger hat aufgrund der Notwendigkeit eine eindeutige Definition des Konzepts zu haben, eine Arbeitsdefinition zum Begriff Empowerment formuliert:

„Empowerment beschreibt mutmachende Prozesse der Selbstbemächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer bestimmten Lebensführung nutzen lernen. Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags (Herriger 2010:18).“

Um in den Umschreibungen des Empowerment- Konzepts der Breite und Vielfalt der vorhandenen Ausrichtungen gerecht zu werden, hat Herriger vier verschiedene Zugänge zu Empowerment beleuchtet: Einen politischen Zugang, welcher die ungleiche Verteilung von politischer Macht und Einflussnahme thematisiert und die Möglichkeiten von sozialen Bewegungen aufzeigt, um diese Verteilung zu verändern. Einen lebensweltlich buchstabierten Zugang, welcher das Vermögen der Menschen fokussiert, um schwierige Lebenssituationen mit eigenbestimmter Lebensregie zu bewältigen. Einen reflexiv buchstabierten Zugang, welcher den Prozess der von Abhängigkeit und Ohnmacht hin zu Selbst-Bemächtigung und Selbst-Aneignung von Lebensprozessen beschreibt. Und zuletzt zeigt er den transitiv buchstabierten Zugang auf, welcher die mögliche Förderung von Selbstbestimmung durch andere thematisiert und aufzeigt, wie Menschen dabei unterstützt werden können, ihre eigenen Ressourcen wiederzufinden (Herriger 2010: 13ff).

Das Thema Selbstbestimmung ist ein Teil des weit gefassten Empowerment- Konzepts. Es beinhaltet den individuellen Part von Selbstermächtigung wie Mitbestimmung und Gerechtigkeit, beispielsweise in Gruppen und Einrichtungen (vgl. Wüllenweber 2014: 86).

Swantja Köbsell beschreibt mit Bezugnahme auf die Interessensvertretung, selbstbestimmt Leben, was der Begriff Selbstbestimmung für eine Bedeutung in der Behindertenbewegung hat. Mit selbstbestimmt Leben ist bei Menschen mit Behinderung nicht gemeint, dass sie komplett selbstständig sind und keine Unterstützung mehr benötigen. Vielmehr geht es darum, die Kontrolle über Entscheidungen, die das eigene Leben betreffen zu übernehmen und selbst zu entscheiden, an welchen Angeboten jemand teilhaben möchte. Im Zentrum steht dabei, sich von der Abhängigkeit von Unterstützenden zu lösen und die Regie für das eigene Leben zu übernehmen. Diese Auffassung von Selbstbestimmung sollte allen Menschen mit Behinderung zugänglich sein. Es darf dabei keine Rolle spielen, ob jemand körperlich oder kognitiv, schwer oder leicht behindert ist. Doch während es für gut gebildete und vernetzte Menschen mit ausschliesslich körperlichen Behinderungen zunehmend möglich wird in dem beschriebenen Sinne ein selbstbestimmtes Leben zu führen, werden Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen diese Möglichkeit immer noch häufig vorenthalten.

In Bezug auf Maskos beschreibt Köbsell, dass es bis heute noch wissenschaftliche Diskurse darüber gibt, ob Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen alle bürgerlichen Rechte und Freiheiten in Anspruch nehmen dürfen. Nach diesem Denken werden bestimmte kognitive Fähigkeiten vorausgesetzt, welche einen erst als Mensch charakterisieren. Wenn diese Erwartungen nicht erfüllt werden können, wird den Betroffenen in den Diskursen das Recht auf Selbstbestimmung und eventuell sogar das Recht auf Leben streitig gemacht. Gleichzeitig zeigt sich in der Praxis der Behindertenarbeit beispielsweise im Heimkontext, dass Selbstbestimmung für alle zwar hoch angesehen ist und gefördert wird, aber aus finanziellen und personellen Rahmenbedingungen in vielen Fällen dennoch nicht alle Menschen miteinschliesst. Menschen mit schweren, kognitiven Beeinträchtigungen fallen hier häufig durch das Raster und werden nicht ausreichend dabei gefördert, die Regie über Entscheidungen ihres Lebens zu übernehmen (vgl. Köbsell 2018: 326f).

Ernst Wüllenweber hat sich damit befasst, welche spezifischen Probleme Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Bezug auf ihre Selbstbestimmung zu bewältigen haben. Er differenziert dabei drei Bereiche: Die behinderungsbedingten, die entwicklungsbedingten und die erlernten Einschränkungen. Diese drei Zugänge stehen eng in Verbindung und sind nicht in jeder Situation eindeutig zu unterscheiden, jedoch sollten Begleitpersonen in der Begleitung und Beratung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen berücksichtigen, dass es diese Probleme gibt (vgl. Wüllenweber 2014: 88).

Weiter beschreibt Wüllenweber auch die Probleme, welche bei den Fachkräften liegen und der Verwirklichung von mehr Selbstbestimmung im Wege stehen: Selbstbestimmung wird in Einrichtungen teilweise als Grosszügigkeit der Fachkräfte gehandhabt. Dabei wird

Selbstbestimmung nicht als selbstverständliche Haltung und als Grundrecht der zu begleitenden Menschen betrachtet. Vielmehr gewähren die Fachpersonen sie ihren Klientinnen und Klienten als grosszügige Geste und behalten so die Kontrolle, wie viel Selbstständigkeit gerade passend erscheint. Ein weiteres Problem ergibt sich aus den kommunikativen Hürden von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Menschen, welche nicht sprechen können und sich mehr über Handlungen oder Widerstand ausdrücken, deren Anliegen werden häufig ignoriert. Selbstbestimmung wird in Institutionen oftmals immer noch als Alles oder nichts Prinzip betrachtet. Entweder jemand ist selbstständig und kann Entscheidungen treffen und wenn dies nicht der Fall ist, werden diesem Menschen alle Entscheidungen abgenommen. Wenn Fachpersonen Entscheidungen darüber fällen, wie sich ihr Klientel verhalten soll und wie nicht, fliessen nicht selten die Bedürfnisse und Perspektiven der Fachpersonen mit ein. Es wird in Institutionen auch viel darüber diskutiert, ob das Verhalten der Klientinnen oder Klienten ins Programm passt und tragbar ist und die Positionen und Beweggründe der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen treten dabei komplett in den Hintergrund (vgl. ebd.:92f).

Ein zentraler Ansatzpunkt für die Förderung von Selbstbestimmung bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird durch die Haltung der Fachkräfte bestimmt. Hilfreich ist es, wenn Begleitpersonen optimistisch denken und vermehrt die Chancen von Selbstbestimmung sehen und nicht auf deren Grenzen fokussiert sind. Weiter sollte ein gesundes Mass an Risikobereitschaft vorhanden sein. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben ein Recht darauf, auch einmal eigene Fehler zu begehen und sollten nicht vor jeder Erfahrung geschützt werden. Selbstbestimmung ist ein gesetzlich verankertes, menschliches Grundrecht und beispielsweise in der UN-Behindertenkonvention verankert. Es ist daher die Aufgabe und Pflicht von Begleitpersonen, selbstständige Entscheidungen ihrer Klientinnen und Klienten zu fördern und zu akzeptieren. Unterstützend für Entscheidungsfindungen ist auch die Fähigkeit, Geduld zu haben. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen brauchen in der Regel viel Zeit, um ihren Willen deutlich zu machen (vgl. Wüllenweber 2014: 98f).

Um den oben genannten Stolpersteinen sowohl von Seiten der Klientinnen und Klienten wie auch von Seiten der Begleitenden offen entgegenzutreten und Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen dabei zu unterstützen, möglichst selbstständige Entscheidungen im stationären Heimkontext zu fällen, schlägt Wüllenweber die Beratungsmethode des Selbstbestimmungsdialogs vor. Die Ziele des Selbstbestimmungsdialogs lassen sich in drei Punkte zusammenfassen:

1. Es werden informierte Entscheide gefällt. Die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden umfassend über verschiedene Möglichkeiten aufgeklärt und es werden Vor- und Nachteile gemeinsam besprochen, bevor Entscheidungen getroffen werden.
2. Es ist Ergebnisoffenheit gegeben. Die Entscheidungen werden von der zu beratenden Person getroffen, die Begleitpersonen dürfen keine vorgefassten Ansichten einbringen, was die Zielfindung betrifft.
3. Die Grenzen von Selbstbestimmung werden gemeinsam erarbeitet und aufgezeigt. Auch für Menschen ohne kognitive Einschränkungen gibt es einen Rahmen durch die Umwelt, welcher die Selbstbestimmung einschränkt (vgl. ebd.:101f).

5.6 Ressourcenorientierte Traumabearbeitung

Den Fokus auf die Ressourcen der Betroffenen zu legen, kann in der Begleitung und Beratung von Traumabewältigung sehr bedeutsam sein. Diese Feststellung ergibt sich aus verschiedenen Aspekten: Menschen mit komplexen Traumatisierungen zeigen aufgrund von schwierigen Bindungserfahrungen häufig Schwierigkeiten in Bereichen wie z. Bsp. soziale Kompetenzen und Selbstfürsorge. Der eigene Blick von Betroffenen auf die eigenen Fähigkeiten ist durch die erlebte Traumatisierung häufig negativ. Durch die Auswirkungen des Traumas können Ressourcen verschüttet sein oder nur in bestimmten Kontexten zur Verfügung stehen. Ressourcenorientierung und das Aufspüren von verborgenen oder unentdeckten Fähigkeiten von Betroffenen kann dabei helfen, diese wieder für die Klientinnen und Klienten nutzbar zu machen (vgl. Beckrat-Wilking 2013: 155f).

Die Aktivierung von Ressourcen kann im Rahmen einer Therapie oder aber auch im Rahmen einer sozialberatenden Begleitung eingesetzt werden. Die positiven Auswirkungen von gelingender Ressourcenarbeit haben auf Traumabetroffene eine stabilisierende Wirkung und tragen somit auch zur Gestaltung von den beschriebenen „sicheren Orten“ bei (vgl. Eichenberg/Zimmermann 2017: 72f).

Ressourcenorientierung in der Traumabearbeitung hat zum Ziel, ein positives Selbstbild der Traumabetroffenen herzustellen und deren Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenzen zu stärken. Diese Fähigkeiten sind wichtige Schutzfaktoren im Umgang mit belastenden Situationen. Bei ressourcenorientiertem Arbeiten werden die Stärken eines Menschen ins Zentrum gestellt und systematisch in Handlungspläne integriert. Dabei kann es sich um sogenannte intrapersonale oder interne Ressourcen handeln wie beispielsweise Fähigkeiten, Interessen oder Erfahrungen oder um sogenannte soziale oder externe Ressourcen

wie beispielsweise Netzwerke, finanzielles Vermögen oder das Arbeitsumfeld. Ressourcenorientierung ist häufig in Leitbildern und Konzepten von sozialpädagogischen Institutionen zu finden. Dennoch passiert es im Alltag schnell, dass Sozialarbeitende sich auf Probleme und Schwierigkeiten fokussieren. Ressourcenorientierung ist eine Haltung und setzt vielfältige Kompetenzen wie beispielsweise Geduld, Neugier, Achtsamkeit und Vorsicht und Hoffnung voraus (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 95f).

Scherwath und Friedrich stellen in Bezugnahme auf Weiss fest, dass Menschen mit traumatischen Erfahrungen bereits unglaublich viel geleistet haben, um diesen schwierigen Lebensverlauf zu meistern. Die Betroffenen haben eine grosse Anpassungs- und Überlebensleistung gezeigt, um die traumatischen Situationen, denen sie ausgesetzt waren, zu überstehen. Diese Lebensleistung sollte von Begleitpersonen erkannt und gewürdigt und als Ressource erkannt werden, auch wenn Betroffene durch die Traumafolgen ihre Alltagsfunktionalität eingebüsst haben (vgl. ebd.:97).

Wenn positive Eigenschaften und Reaktionsmuster von Menschen erweckt und gestärkt werden, kann das eine sehr positive Auswirkung auf das Erleben und Handeln eines Menschen haben. Wenn ein Mensch auf ausreichende Ressourcen zurückgreifen kann, wird dadurch seine Resilienz, die Widerstandsfähigkeit gegen psychische Belastungen und Traumatisierung gesteigert. Eine gute Ressourcenlage kann insbesondere entscheidend dafür sein, ob sich nach einer akuten Traumatisierung eine Folgestörung entwickelt oder ob sich die Traumasymptome nach der Krisenzeit wieder von alleine zurückbilden (vgl. Eichenberg/Zimmermann 2017: 71).

Wenn man anfängt mit Klientinnen und Klienten ressourcenorientiert zu arbeiten, kann es hilfreich sein, nicht gleich mit den internen Ressourcen zu beginnen. Ein guter Einstieg ist oft, mit den sozialen Ressourcen einzusteigen und sich gemeinsam mit den Betroffenen einen Überblick über die soziale Situation zu verschaffen. Falls es eine Täterin oder einen Täter im Umfeld gibt, welche die Traumatisierung ausgelöst hat, sollte der Kontakt zu der betroffenen Person unterbunden werden. Kontakt mit Täterinnen und Tätern führt in der Regel dazu, dass keine Sicherheit für die Betroffenen hergestellt werden kann. Wenn bei den sozialen Ressourcen Lücken bestehen, kann es ein Ziel sein, diese durch Ressourcenarbeit wieder zu füllen. Beispielsweise können Bereiche wie Arbeitsplatz/Tagesstruktur oder die Freizeitgestaltung beleuchtet werden. Die Interessen der Betroffenen sind dabei eine sehr grosse Ressource und sollten gefördert und unterstützt werden. Regelmässige Tätigkeiten und Abläufe wirken grundsätzlich beruhigend und stabilisierend. Aus Angst Fra-

gen zu der Traumatisierung beantworten zu müssen, aber auch wegen Schuld- und Schamgefühlen ziehen sich viele Menschen mit Traumatisierung von ihrem engsten Umfeld zurück. Diese Entwicklungen sind ungünstig, weil sich das soziale Umfeld in der Traumaforschung als einer der wichtigsten Schutzfaktoren gegen Traumata erwiesen hat. Soziale Kontakte sollen daher unbedingt gefördert und gestärkt werden.

Um die interne Stabilisierung zu fördern, ist es grundsätzlich sinnvoll, auch therapeutische Begleitung in Anspruch zu nehmen. Hilfreich ist zudem, wenn Begleitpersonen ihr Wissen über Psychotraumatologie mit den Betroffenen teilen. Die Folgen von Traumatisierung sind normale psychische und physische Reaktionen des Körpers auf die traumatische Situation und sie können jeden treffen. Betroffene erkennen das selbst häufig nicht und können dadurch beispielsweise Angst vor dem Verrücktwerden entwickeln. Weiter gibt es auch verschiedene ressourcenorientierte Entspannungstechniken wie beispielsweise Übungen zur Atemtechnik oder Bio-Feedback-Verfahren, welche gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten ausprobiert und angewandt werden können. Dadurch kann manchmal das Körpergefühl und die emotionale Befindlichkeit der Betroffenen erheblich gesteigert werden. (vgl. Eichenberg/Zimmermann 2017: 75-81).

5.7 Traumasesensible Biografiearbeit

Die Lebensgeschichte der Betroffenen in die Traumaarbeit miteinzubeziehen ist insbesondere dann interessant, wenn das traumatische Ereignis schon längere Zeit zurückliegt. Durch Biografiearbeit können belastende Lebensereignisse aufgedeckt werden und Traumabearbeitungen injiziert werden (vgl. Irlich:2006: 121).

In Bezug auf Gudjons et. Al, Hölzle und Jansen beschreiben Scherwath und Friedrich Biografiearbeit als Methode, welche Menschen darin unterstützt, ihrem eigenen Lebensweg zu folgen und darin einen tieferen Sinn zu sehen. Aus diesem Prozess können sie Mut und Kraft für ihr weiteres Leben gewinnen. Biografiearbeit ist eine sozialpädagogische Methode, welche beispielsweise ergänzend zu einer Therapie angewendet werden kann (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 125).

Bettina Lindmeier schreibt, dass auch Menschen mit schweren Behinderungen grundsätzlich Interesse und Fähigkeiten für die biographische Arbeit haben. Dabei geht es nicht unbedingt darum, einen möglichst vollständigen Lebenslauf mit einer zeitlichen Abfolge von Ereignissen zu rekonstruieren. Das Ziel ist vielmehr, die Lebensgeschichte eines Menschen zu erforschen und dabei auf die Erlebnisse und Erfahrungen zu fokussieren, welche für

diesen Menschen wichtig und prägend sind. Jede Lebensgeschichte ist genau so individuell wie die Menschen selbst und die Bewertung, welche bisherigen Ereignisse relevant waren und welche nicht, kann nur von dem Menschen, welchem die Geschichte gehört, vorgenommen werden (vgl. Lindmeier 2018: 37f).

In der Biografiearbeit gibt es drei mögliche Blickwinkel. Man kann sich auf die Vergangenheit, die Gegenwart oder auf die Zukunft fokussieren. Das Ziel dabei ist, diese drei Richtungen miteinander in Verbindung zu bringen. Den Blick auf die Gegenwart zu richten bietet die Möglichkeit, die aktuelle Lebenssituation bewusst zu machen und zu reflektieren. Die Gegenwart zu betrachten ist ein guter Einstieg, um auch Schritt für Schritt die Vergangenheit zu erkunden. Wenn man beispielsweise eine Frage zur Gegenwart stellt wie: Welche Menschen sind mir im Moment wichtig? So kann man über dieses Thema in die Vergangenheit eintauchen und ergänzend Fragen: Welche Menschen sind aktuell nicht mehr da, welche einmal wichtig waren? Der Blick in die Vergangenheit kann kritische und schwierige Lebensereignisse beinhalten. Das kann hilfreich sein, um aufzuzeigen, wie viel die betroffene Person bisher schon bewältigen konnte und was als Ressource genutzt wurde. Zudem kann eine Auseinandersetzung mit der Vergangenheit auch Erklärungen hervorbringen für die aktuelle Situation und für Verhaltensweisen eines Menschen. Aus der Reflexion der Gegenwart und der Vergangenheit können Wünsche und Ziele für die Zukunft entwickelt werden. Biografiearbeit sollte auch die Möglichkeit aufzeigen, dass der aktuelle Zustand verändert werden kann und so neue Perspektiven eröffnen. Im Zentrum steht dabei aber immer die Person um deren Lebensgeschichte. Es geht darum ihre Einzigartigkeit zu würdigen und diese aufzuzeigen (vgl. ebd.: 39f).

In den letzten Jahren hat auch der Ansatz der Rehistorisierung von Jantzen für die Traumabearbeitung mit Menschen mit Behinderung breite Beachtung gefunden. Der Ansatz versucht, Verhaltensauffälligkeiten von Betroffenen anhand ihrer Lebensgeschichte und ihres Erlebens zu verstehen (vgl. Irblich 2011: 88).

Kühn und Bialek schreiben zu der Methode Rehistorisierung in Bezugnahme auf Jantzen: Das Verhalten von Menschen mit Beeinträchtigungen sei nicht auf deren Beeinträchtigung zurückzuführen. Vielmehr ist es ein Resultat aus den behinderungsbedingten, veränderten Möglichkeiten ein autonomes Leben zu führen. Die rehistorisierende Diagnostik ist eine Möglichkeit, die komplizierten Wechselwirkungen zwischen Individuum und der Welt unter erschwerten Bedingungen zu verstehen und zu analysieren.

Die Grundlage des Ansatzes der Rehistorisierung ist die Betrachtung von Behinderung als soziale Konstruktion. Unter Bezugnahme auf Meyer beschreiben Kühn und Bialek, dass

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen häufiger als andere Menschen mit Gewalt, Hass und Stigmatisierung konfrontiert werden. Deswegen sind Verhaltensauffälligkeiten bei den Betroffenen nicht in erster Linie auf die Beeinträchtigung zurück zu führen, sondern auf die ständigen, möglicherweise traumatisierenden Erlebnisse mit der Umwelt.

Bei der rehistorisierenden Diagnostik verlassen Begleitpersonen ihre beobachtende Rolle und versuchen sich so gut wie möglich in die betroffene Person hineinzudenken. Ausgehend von dem gezeigten Verhalten der Betroffenen wird überlegt, welche ausgrenzenden Erfahrungen mit der Umwelt bisher gemacht wurden. Das Ziel ist, durch das gemeinsame Hineindenken in die Lebensgeschichte der Betroffenen, das Erlebte zu überdenken und neu zu konstruieren. Dadurch kann ein Raum geschaffen werden, in dem die Menschen mit Behinderung sich selbst neu erleben oder aus einer anderen Perspektive betrachten können und so wieder zum Subjekt der eigenen Geschichte werden.

Zusammengefasst schlägt Rehistorisierung folgende Grundsätze und Handlugen vor: Jeder Mensch hat die Fähigkeit sich sein Leben lang zu entwickeln. Rehistorisierung versucht die Betroffenen in ihre Lebensgeschichte zurück zu versetzen und durch einen fließenden Übergang von Erklären und Verstehen von gezeigtem Verhalten, die Lebensgeschichte und Traumatisierungen der Betroffenen aufzuarbeiten. Es geht darum, den behinderungsbedingten Ausschluss aus der Gesellschaft zu entschlüsseln und den Lebensweg und die Tätigkeiten der Betroffenen in den Mittelpunkt zu stellen und zu würdigen (vgl. Kühn/Bialek 2016:71ff).

6 Schlussfolgerungen

Für die Beantwortung der Fragestellung, „Wie können Sozialarbeitende erwachsene Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Traumatisierung im stationären Wohnkontext begleiten?“, war in einem ersten Schritt die Auseinandersetzung mit der Definition des Begriffs „Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und dem stationären Wohnkontext“ notwendig. Daraus ging hervor, dass es sich bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen um eine heterogene Gruppe von Menschen handelt, welche entsprechend individuell begleitet werden muss. Beeinträchtigung und Behinderung definiert sich nicht alleine durch kognitive und körperliche Einschränkungen oder Entwicklungsverzögerungen, sie steht immer im Zusammenhang mit der Perspektive des Betrachters und findet in Wechselwirkungen mit dem sozialen System statt, in dem die Betroffenen leben.

Durch die Ausführungen zum Thema Institutionen für Menschen mit Behinderungen wird deutlich, dass das Thema Machtmissbrauch und sexuelle Übergriffe in Heimen nach wie vor eine Problematik darstellt.

Für die Beantwortung der Fragestellung war nachfolgend eine Auseinandersetzung mit den Inhalten der Psychotraumatologie notwendig. Damit wurde die nötige Grundlage geschaffen, um zu verstehen wie Traumata entstehen und welche Symptome sie hervorbringen. Durch die Traumadefinition von Fischer und Riedesser wurde deutlich, dass es bei einer Traumatisierung nicht alleine darum geht, was die Betroffenen genau erlebt haben. Vielmehr findet Traumatisierung als Zusammenspiel zwischen einem Ereignis und dem subjektiven Erleben der Betroffenen statt. Eine zentrale Rolle, um eine Traumatisierung zu vermeiden, spielen daher die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen.

Traumatisierung findet als Prozess statt. Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen sind sich dabei einig, dass die akute Traumatisierung eine normale Reaktion eines Menschen auf ein für ihn nicht zu bewältigendes Ereignis darstellen. Das Umfeld und die Begleitung haben einen erheblichen Einfluss darauf, ob sich die Traumasymptome verfestigen oder mit der Zeit wieder abklingen.

In der Zusammenfassung der Traumafolgen wurde aufgezeigt, wie vielfältig die längerfristigen physischen und psychischen Reaktionen auf traumatische Ereignisse ausfallen können. Dadurch wurde deutlich, dass es für Begleitpersonen eine Herausforderung sein kann Traumasymptome zu erkennen und zuzuordnen.

Bereits im Säuglings- und Kleinkindalter haben Menschen, welche mit kognitiven Beeinträchtigungen zur Welt kommen aufgrund der Beeinträchtigung ein erhöhtes Risiko, Trau-

malisierungen zu erleiden. Zudem reagieren Kinder aufgrund ihres kognitiven Entwicklungsstands anders auf traumatische Situationen als Erwachsene. Bei Menschen mit Entwicklungsverzögerungen ist daher zu beachten, dass sie eventuell auch kindliche Reaktionsformen auf traumatische Ereignisse zeigen können.

Für die Wahrnehmung und den Verlauf von traumatischen Erlebnissen spielen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine zentrale Rolle. Je nachdem wie traumatische Ereignisse von der Gesellschaft bewertet werden und ob die Opfer als Traumaopfer anerkannt werden, können die Betroffenen ihre Situation besser oder schlechter bewältigen. Bis heute ist die Anerkennung und Prävention von Traumaopfern an finanzielle und politische Interessen geknüpft.

Auch wenn es zur Häufigkeit der Traumatisierung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nur unzureichende, empirische Befunde gibt, kann man heute davon ausgehen, dass das Thema lange Zeit stark unterschätzt wurde. Eine kognitive Beeinträchtigung erhöht das Risiko eine Traumatisierung zu erleiden deutlich. Dem Zugrunde liegt zum einen die Beeinträchtigung selbst, welche die persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten von traumatischen Situationen verringert. Zusätzlich gibt es weitere Risikofaktoren für Traumatisierung, welche spezifisch bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erhöht auftreten wie Vernachlässigung, medizinische Eingriffe, Missbräuche und Stigmatisierung.

Die Aufgaben für Begleitpersonen lassen sich in Anlehnung an die drei Präventionsklassifikationen für traumatische Ereignisse wie folgt zusammenfassen:

Ein erster Auftrag ist, einen Beitrag zur Vermeidung von traumatisierenden Ereignissen zu leisten. Dies kann beispielsweise durch Ausarbeitung von institutionellen Schutzkonzepten gefördert werden, aber auch durch eine gute Ausbildung der Begleitpersonen und deren Stärkung von Achtsamkeit und Interventionsfähigkeiten.

Die zweite Aufgabe bildet das Begleiten von akuten Traumatisierungen. Hierfür dienen in erster Linie Konzepte aus der Krisenintervention in Kombination mit spezifischen Hinweisen zum Thema Trauma wie beispielsweise, dass die Opfer unbedingt möglichst rasch von den Tätern getrennt werden sollten.

Ein dritter Auftrag geht aus der tertiären Prävention hervor. Hier geht es darum, die Traumafolgen von Betroffenen zu begleiten. Die Ansätze Traumapädagogik, Empowerment und Selbstbestimmung, sowie Ressourcenorientierung und Biografiearbeit gehören in diese dritte Kategorie.

Damit Traumabetroffene angemessen begleitet werden können, muss die Traumatisierung von den Begleitpersonen erkannt werden. Die Diagnose Trauma für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung zu stellen, ist eine grosse Herausforderung. Hilfreich ist dabei die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team und die längerfristige Möglichkeit, die potentiell Betroffenen in verschiedenen Kontexten zu beobachten. Die Diagnosestellung wird dadurch erschwert, dass die Symptome bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht unbedingt klassisch auftreten und sie sich mit beeinträchtigungsbedingten Verhaltensauffälligkeiten vermischen können. Zudem sind Diagnosen schwierig, welche vorwiegend über Beobachtende gestellt werden, da nicht alle Empfindungen von Betroffenen sichtbar sind.

Für die Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen müssen Sozialarbeitende darauf sensibilisiert sein, dass sich traumabedingte Verhaltensauffälligkeiten nicht mit Sanktionierungen lösen lassen. Traumatisierte Menschen brauchen in erster Linie Begleitpersonen, welche eine ausgeprägte Selbstregulierungsfähigkeit haben und auch in Konfliktsituationen ruhig bleiben können. Das Vermitteln von Sicherheit und das Schaffen von Beziehungsangeboten bilden die Grundlage für Traumabegleitung. Begleitpersonen sollten weiter darüber Bescheid wissen, dass es in der Zusammenarbeit mit Traumabetroffenen zu einer sekundären Traumatisierung kommen kann, bei welcher die Begleitpersonen durch die Belastung der Arbeit charakteristische Veränderungen erleiden können. Um dem vorzubeugen, braucht es ein unterstützendes Arbeitsteam und genügend Ruhezeiten, um sich von den Belastungen zu erholen.

Begleitpersonen von Menschen mit Trauma müssen ihre Grenzen kennen und wissen, dass es auch notwendig sein kann, die Begleitung der Betroffenen durch psychologisch ausgebildete Fachpersonen zu erweitern. Insbesondere bei der Bewältigung von akuten Traumatisierungen und in den Phasen, in denen Traumatisierungen rekonstruiert und aufgebrochen werden, sollten zwingend Therapeutinnen oder Therapeuten hinzugezogen werden.

Fachpersonen sind sich nicht einig darüber, inwieweit sich die gut entwickelten Ansätze aus der Traumapädagogik für die Begleitung von erwachsenen Menschen Beeinträchtigungen eignen. Auf der einen Seite sollte berücksichtigt werden, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen teilweise Entwicklungsverzögerungen zeigen und in ihre Verhaltensweisen mit Kindern oder Jugendlichen vergleichbar sind. Auf der anderen Seite wird durch die kritische Auseinandersetzung mit den Konzepten der Traumapädagogik auch deutlich,

dass es um erwachsene Menschen mit einer entsprechenden Lebenserfahrung geht, welche in der Begleitung keinesfalls mehr pädagogisch erzogen werden sollten. Hier zeigt sich für die Beantwortung der Fragestellung auch am deutlichsten die in der Einleitung erwähnte Forschungslücke. Die Autorin hat im Rahmen ihrer Literaturrecherche nur sehr wenig Ansätze gefunden, welche gezielt für die Begleitung von erwachsenen Menschen mit Traumatisierung und kognitiver Beeinträchtigung entwickelt worden sind.

Ein möglicher Ansatz insbesondere für den Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung zu Menschen mit Traumatisierung bietet das Konzept der entwicklungsfreundlichen Beziehung von Barbara Senckel. Durch eine gelingende Beziehungsgestaltung können Entwicklungsblockaden gelöst und Potentiale entfaltet werden.

Aus traumapädagogischer Sicht eignen sich für die Begleitung von Menschen mit Traumatisierung insbesondere Konzepte, welche die Sicherheit und Stabilität der Situation der Betroffenen erhöhen. Sozialarbeitende sollten sich für eine gute Begleitung eine traumasensible Grundhaltung aneignen. Dabei wird davon ausgegangen, dass gezeigtes Verhalten von Klientinnen und Klienten einen guten Grund hat und dass jeder Mensch das Potenzial hat, sich positiv weiterzuentwickeln. Zudem sollte die Haltung gegenseitige Wertschätzung, Partizipation und Transparenz fördern. Zentral ist die Schaffung von sicheren Orten, welche sowohl im Innern wie auch in der Umgebung eines Menschen zu verorten sind. Sich sicher zu fühlen, ist die Grundvoraussetzung, dass Menschen mit Traumatisierung sich überhaupt weiterentwickeln können.

Wie wichtig es ist, dass Begleitpersonen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Trauma mit einer geeigneten Haltung begegnen, wird auch in der Auseinandersetzung mit dem Thema Empowerment und Selbstbestimmung deutlich. Selbstermächtigung ist ein Kernpunkt in der Begleitung der Betroffenen. Diese sollten dazu befähigt werden, die Kontrolle über ihr eigenes Leben zu bekommen und eigene Entscheidungen zu treffen. Dabei geht es nicht darum, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen möglichst selbstständig werden müssen. Vielmehr sollte die umfassende, professionelle Begleitung eine gelingende (unterstützte) Kommunikation sicherstellen und Möglichkeiten fördern, welche den Betroffenen ermöglicht, vielfältige und insbesondere auch körperliche Erfahrungen zu machen.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen brauchen in der Regel viel Zeit, um Abläufe zu bewältigen und diese zu kommunizieren. Für eine selbstbestimmte Lebensführung ist es notwendig, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen von Sozialarbeitenden nicht bevormundet werden. Sie haben ein Recht darauf, Erfahrungen zu machen und ihre eigenen Fehler zu begehen.

Auch die Ressourcenorientierte Traumaarbeit fokussiert primär auf eine entwicklungsfördernde Haltung der Begleitpersonen. Den Blick auf die Stärken und Ressourcen zu richten hat viele positive Effekte zur Bewältigung von Traumatisierung. In erster Linie geht es darum, die Betroffenen in ihren Fähigkeiten zu bestärken und auch neue Möglichkeiten für soziale Beziehungen zu schaffen. Selbstbewusstsein und Vernetzung sind wichtige Schutzfaktoren vor Traumatisierung. Sie können Schlüsselfähigkeiten dafür sein, dass Traumatisierungen bewältigt werden können.

Eine weitere Möglichkeit wie Betroffene begleitet werden können, bietet die traumasensible Biografiearbeit. Eine Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte ermöglicht es Betroffenen, das eigene Verhalten zu reflektieren und zu erklären. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben eine eigene Wahrnehmung ihres Lebensverlaufs und nur sie selbst können wissen, welche Ereignisse in ihrem Leben für sie wichtig oder allenfalls auch traumatisierend waren. Durch gemeinsame Biografiearbeit können Begleitpersonen einen neuen Zugang zu ihren Klientinnen und Klienten finden und je nachdem auch Verhaltensauffälligkeiten besser in einen Zusammenhang mit möglichen traumatisierenden Ereignissen bringen.

Insgesamt wurde deutlich: Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Traumatisierungen zu begleiten ist eine anspruchsvolle Tätigkeit, welche entsprechendes Fachwissen und insbesondere eine angepasste Haltung von gut ausgebildeten Fachpersonen benötigt. Aus Sicht der Autorin ist es daher kritisch zu betrachten, dass im Berufsfeld Behindertenarbeit im Vergleich zu anderen Berufsfeldern der Sozialen Arbeit bisher nur wenige ausgebildete Sozialarbeitende tätig sind.

Es wurde in der Arbeit dargelegt, dass es im deutschsprachigen Raum sehr wenig spezifische Fachliteratur zum Thema Traumata bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gibt. Das fällt insbesondere dann auf, wenn man es mit der Fülle der vorhandenen Literatur bezogen auf die Traumabegleitung in der Kinder- und Jugendarbeit vergleicht. Daraus ergeben sich weiterführende Fragen zu diesem Forschungsbereich:

Gibt es ein geringes gesellschaftliches Interesse Trauma bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu erforschen, weshalb ist das so?

Wie äussern sich genau Traumafolgen bei erwachsenen Menschen mit Entwicklungsverzögerungen?

Wie könnten Ansätze aussehen, welche spezifisch für die Begleitung von Traumatisierung bei erwachsenen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen entwickelt werden? Inwiefern unterscheiden sich diese Ansätze von denjenigen der Traumapädagogik?

Weiter hat sich die Autorin beim Verfassen der Arbeit auch wie bereits in der Einleitung angedeutet immer wieder die Frage gestellt, ob es aufgrund der bestehenden Forschungslücke nicht doch interessant gewesen wäre zu diesem Thema eine qualitative Forschungsarbeit durchzuführen.

Insgesamt gesehen, erscheint im Moment die Methode der Literaturrecherche jedoch auch in der Reflexion als geeignet. Durch die Möglichkeit Begleitkonzepte aus der Behindertenarbeit mit dem Thema Trauma zu kombinieren, konnten verschiedene Ideen und Konzepte für eine professionelle Begleitung der Betroffenen aufgezeigt werden.

7 Quellenangaben

7.1 Literaturverzeichnis

Bausum, Jacob/Besser, Lutz/Kühn, Martin/Weiss, Wilma (2009). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Biberacher, Marlene (2013). Sozialpädagogik und Traumapädagogik. In: Beckrat-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. S. 286-287.

Beckrat-Wilking, Ulrike (2013). Ressourcenorientierte Arbeit und Resilienz. In: Beckrat-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. S.155-158.

Brandmeier, Maximiliane (2015). Trauma und Gesellschaft – Kritische Reflexion. In: Gahleitner, Silke/ Frank, Christina/Leitner, Anton (Hg.). Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Weinheim und Basel, Beltz Juventa. S.38-51.

Breitenbach, Gaby/Requardt, Harald (2014). Komplex-systemische Traumatherapie und Traumapädagogik. 2. Auflage. Kröning: Asanger Verlag GmbH.

Brisch, Karl Heinz (2009). „Schütz mich damit ich mich finde.“ Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz/Kühn, Martin/Weiss, Wilma 2009. Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und München: Juventa Verlag. S.150-166.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu- Isenburg: MMI Medizinische Medien Informations GmbH.

- Dittmar, Volker (2013). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung. In: Beckrat-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen und pädagogischen Kontext. S.43-46.
- Eichenberg, Christiane/Zimmermann, Peter (2017). Einführung in die Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Felder, Franziska (2012). Inklusion und Gerechtigkeit. Das Recht behinderter Menschen auf Teilhabe. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Feuser, Georg (1995). Behinderte Kinder und Jugendliche. Zwischen Integration und Aussonderung. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter (2009). Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.
- Fischer, Gottfried (2005). Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen. 4. Auflage. Düsseldorf und Zürich: Patmos Verlag GmbH und Co. KG Walter Verlag.
- Glammeier, Sandra (2018). Machtmissbrauch in Institutionen für Kinder und Erwachsene mit Behinderung. In: Gemeinsam Leben. Auflage 01/18. Belz Juventa. S.13-20
- Herriger, Norbert (2010). Empowerment in der sozialen Arbeit. 4. aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (2017). ICD-10-GM 2017. Systematisches Verzeichnis. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Kessler, Tanja (2016). Behindert und nicht! Ansätze, Ideen und Entwicklungsaufgaben für eine Traumapädagogik in der Behindertenhilfe. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke (Hg.) Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.232-242.

- Köbsell, Swantje (2018). Ohne Kampf keine Rechte. In: Hoffmann Thomas/Jantzen, Wolfgang/Stinkes, Ursula (Hg.). Empowerment und Exklusion . Zur Kritik der Mechanismen gesellschaftlicher Ausgrenzung. Giessen: Psychosozial Verlag. S.317-334.
- Krämer, Horst (2005). Trauma-Bewältigung. Wege aus der persönlichen Katastrophe. Zürich: Orell Füssli Verlag AG.
- Kühn, Martin (2009). Macht eure Welt endlich wieder mit zu meiner!. Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz/Kühn, Martin/Weiss, Wilma. Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und München: Juventa Verlag. S.23-35.
- Kühn, Martin/Bialek, Julia (2016). Behindertenpädagogik. Die Lehre vom „Anderssein“. Eine zentrale wissenschaftliche Wurzel der Traumapädagogik. In: Weiss, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke (Hg.) Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S.67-78.
- Lage, Dorothea/ Christina, Knobel (2016). Ethische Aspekte in der Sozialen Arbeit im Kontext von Behinderung und Beeinträchtigung. In: Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.). Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert- kontextbezogen- habitusbildend.Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich Verlag. S. 259-268.
- Loecken, Hiltrud/Windisch, Matthias (2013). Behinderung und Soziale Arbeit. Beruflicher Wandel – Arbeitsfelder – Kompetenzen. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH
- Irblich, Dieter (2006). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Geistige Behinderung 2/2006, 45. Jg. S.112-123.
- Irblich, Dieter (2011). Traumatisierung geistig behinderter Menschen und pädagogische Handlungsmöglichkeiten. In: Trauma und Gewalt 5.Jahrgang 1/2011. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Lindmeier, Bettina (2018). Biografiearbeit mit einem Lebensbuch. Ein Praxisbuch für die Arbeit mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und ihre Familien. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

- Madörin, Sarah/Amstutz, Armin/Beringer, Barbara/Zängl, Peter (2018). Die Stellen in der Behindertenarbeit. In: Sozial Aktuell. AvenirSocial (Hg.) Nr. 3 März 2018. S.9.
- Maecker, Andreas (2017). Trauma und Traumafolgestörungen. München: C.H Beck
- Micknat, Jochen (2002). Gestaltheilpädagogik. Der Umgang mit dem Trauma der geistigen Behinderung. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Nussbaum Martha C. (2010). Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Die Grenzen der Gerechtigkeit. 1. Auflage. Berlin: Suhrkamp.
- Scherwath, Corinna/ Friedrich, Sibylle (2014). Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schmidt, Holger (2007). Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch für Ärzte, Psychologen, Heilerziehungspfleger und -pädagogen. Stuttgart: Schattauer.
- Schuntermann, Michael F. (2007). Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, Offene Fragen. 2. Auflage. Landsberg: Hüthig Jehle Rehm GmbH.
- Seifert, Monika (2016). Wohnen. In: Hedderich, Ingeborg/ Biewer, Gottfried/ Hollenweger/ Markowe, Reinhard (Hg.). Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Regensburg: UTB. S.454-458.
- Senckel, Barbara (2008). Wunden, die die Zeit nicht heilt. Trauma und geistige Behinderung. In: Geistige Behinderung 3/08, 47. Jg. S. 246-256.
- Senckel, Barbara (2012). Die sichere Bindung als Chance für das traumatisierte Kind. In Klaus Henricke (Hg.), Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. Berlin: Bundesvereinigung Lebenshilfe. S.134- 149.
- Stöppler, Reinhilde (2014). Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Tschan, Werner (2012). Sexualisierte Gewalt. Praxishandbuch zur Prävention von sexuellen Grenzverletzungen bei Menschen mit Behinderung. Bern: Hans Huber.

Theunissen, Georg (2009). Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Traudel, Simon (2011). Klinische Heilpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Weiss, Wilma (2016). Traumapädagogik: Entstehung, Inspirationen, Konzepte. In: Weiss, Wilma/Kessler/Tanja/Birgitta/Gahleitner, Silke (Hg.) Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S. 20-32.

Wüllenweber, Ernst (2014). „Mein Vater hat gesagt, mir gefällt das nicht!“ Selbstbestimmungsdialo – theoretische und methodische Grundlagen zur Förderung von Selbstbestimmung durch Gesprächsführung und Beratung. In: Wüllenweber, Ernst (Hg.). Einander besser verstehen. 1. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 86–104.

7.2 Internetquellen

Amt für Sozialbeiträge, Fachstelle Behinderung (Hg.) (2019). Richtlinien zum Thema sexualisierte Gewalt. Prävention und Vorgehen in Einrichtungen der Behindertenhilfe. URL: https://www.asb.bs.ch/alter-behinderung/behindertenhilfe/aufsicht-und-qualitaet.html#page_section3_section5 [Zugriffsdatum: 01.06.2019].

AvenirSocial. Professionelle Soziale Arbeit Schweiz. (Hg.) (2010). URL: http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf [Zugriffsdatum: 01.04.2019].

Bundesamt für Statistik (Hg.) (2017). Anzahl Menschen mit Behinderung. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/behinderungen.html> [Zugriffsdatum: 16. März 2019].

Bundesamt für Statistik (2014) (Hg.) (o.J.). Merkmale der Behinderung. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/behinderungen/merkmale-behinderung.html> [Zugriffsdatum: 16. März 2019].

Dachorganisation der Schweizer Frauenhäuser (Hg.) (2018): o.S. URL: <https://www.frauenhaus-schweiz.ch> [Zugriffsdatum: 6. Juni 2019].

Senckel Barbara (2001). Die „Entwicklungsfreundliche Beziehung“ – ein Angebot für Menschen mit schwerer Verhaltensauffälligkeit. S. 1-12 URL: http://www.ich-bin-da-produkte.ch/pdf_files/Interview%20mit%20Barbara%20Senckel1.pdf [Zugriffsdatum: 16. Mai 2019].

Senckel, Barbara (2013). Die Entwicklungsfreundliche Beziehung. S.1-7. URL: <http://www.efbe-online.de/uploads/1/7/2/3/17232140/efbe-onlinetextversion4a.pdf> [Zugriffsdatum: 21. Mai 2019].