

Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich
Departement 1: Studiengang Sonderpädagogik
Masterarbeit

Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen

Eingereicht von: Carlo Gmünder
Begleitung: Rita Baumann
Datum der Abgabe: 10. Juli 2017

Abstract

Geistig behinderte Kinder und Jugendliche können traumatische Erfahrungen oft nicht verständlich ausdrücken. Gleichzeitig besteht eine Unterversorgung an traumatherapeutischen Angeboten für diese Personengruppe. Diese Masterarbeit untersucht, inwiefern Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen gelingt. Dazu werden fünf Psychiater/innen bzw. Psychotherapeuten/innen befragt. Die Interviews zeigen auf, dass Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen unter gewissen Bedingungen erfolgreich ist.

Das Trauma bleibt Teil der Biografie. Die Kinder und Jugendlichen können aber einen Umgang mit den traumatischen Erfahrungen finden. Dies hilft ihnen, sich wieder in der Gegenwart zu orientieren und ihre Ressourcen zu stärken.

Für die Umsetzung im heilpädagogischen Schulalltag zeigt diese Masterarbeit einzelne traumatherapeutische Elemente auf.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	7
1. Einleitung	8
1.1 Begründung des Themas.....	9
1.2 Relevanz des Themas	9
2. Fragestellungen und Hypothesen	10
2.1 Hauptfragestellung.....	10
2.2 Unterfragestellungen.....	11
3. Theoretische Grundlagen und Begriffsdefinition	12
3.1 Geistige Behinderung	12
3.1.1 Definition	12
3.1.2 Klassifikation.....	13
3.1.3 Diagnostik	14
3.2. Trauma und geistige Behinderung.....	15
3.2.1 Definition	15
3.2.2 Klassifikation.....	16
3.2.3 Diagnostik	17
3.2.4 Formen des Traumas	18
3.2.5 Sichere Bindung	19
3.2.6 Wechselwirkungen.....	20
3.3 Traumafolgestörungen und geistige Behinderung.....	22
3.3.1 Definition	22
3.3.2 Klassifikation.....	24
3.3.3 Diagnostik	26
3.3.4 Schwierigkeiten der Diagnostik	28
3.3.5 Formen der Diagnostik	29
3.4 Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen und Begriffsdefinitionen.....	30
4. Traumatherapie.....	30
4.1 Definition	30
4.2 Grundlagen	31
4.3 Drei Stadien der Traumabehandlung.....	32
4.4 Traumatherapeutisches Milieu.....	33
4.5 Allgemeine Ziele der Traumatherapie.....	34
4.6 Anwendung bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen.....	35
4.6.1 Erschwerte Voraussetzungen	35
4.6.2 Diagnostik.....	36
4.6.3 Ziele der Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen	37
4.7 Traumapädagogik.....	38

4.8 Zusammenfassung Traumatherapie	39
5. Traumatherapeutische Methoden	39
5.1 EMDR.....	40
5.2 Traumabezogene spieltherapeutische Zugänge	42
5.3 Arbeit mit Trauma-Narrativen.....	43
5.4 Prä-Therapie	44
5.5 Psychopharmakotherapie	45
5.6 Zusammenfassung Traumatherapeutische Methoden	46
5.7 Zwischenfazit	47
6. Forschungsmethode	47
6.1 Qualitative Forschung	48
6.2 Datenerhebung	49
6.2.1 Erhebungsmethode	49
6.2.2 Interviewte Experten.....	50
6.2.3 Kurzfragebogen.....	50
6.3.2 Durchführung.....	51
6.4 Datenaufbereitung	52
6.4.1 Aufnahme	52
6.4.2 Transkription.....	52
6.5 Datenauswertung.....	52
6.5.1 Qualitative Inhaltsanalyse	52
6.5.2 Inhaltliche Strukturierung	53
6.5.3 Kategoriensystem.....	53
6.5.4 Kodierleitfaden	54
6.5.5 Paraphrasierung.....	56
6.6 Zusammenfassung der Forschungsmethode	56
7. Darstellung der Ergebnisse.....	57
7.1 Kategorie Trauma und Traumafolgestörungen.....	57
7.1.1 Formen	57
7.1.2 Gründe	57
7.1.3 Das wirklich Schmerzhaftes.....	58
7.2 Kategorie Diagnostic Overshadowing.....	58
7.2.1 Unterschiede zu geistiger Behinderung	58
7.2.2 Unterschiede zu geistig nicht behinderten Kindern und Jugendlichen	59
7.3 Traumatherapie.....	59
7.3.1 Grundsätzliches.....	59
7.3.2 Methoden	60
7.3.3 Verzögerte kognitive + sozial-emotionale Entwicklung	61
7.3.4 Verzögerte Sprachentwicklung	61
7.3.5 Erschwerte Zusammenarbeit mit dem Umfeld.....	61
7.4 Transfer in die Heilpädagogische Schule	62

7.4.1 Umsetzung im Schulalltag.....	62
7.4.2 Bedingungen	62
7.5 Andere wichtige Aspekte	63
7.5.1 Medikation	63
7.5.2 Versorgungslage	63
7.5.3 Auseinandersetzung mit geistiger Behinderung	64
7.6 Zusammenfassung der Ergebnisse	64
7.7 Vergleich Literatur vs. Expertenantworten.....	65
8. Diskussion.....	66
8.1 Interpretation der Ergebnisse	66
8.1.1 Kategorie Traumata und Traumafolgestörungen	66
8.1.2 Kategorie Diagnostic Overshadowing	66
8.1.3 Kategorie Traumatherapie	67
8.1.4 Kategorie Transfer in die Heilpädagogische Schule	68
8.1.5 Kategorie Andere wichtige Aspekte	68
8.2 Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen	69
8.2.1 Beantwortung der Hauptfragestellung.....	69
8.2.2 Beantwortung der Unterfragestellung 1	70
8.2.3 Beantwortung der Unterfragestellung 2	71
8.3 Umsetzung im Schulalltag	72
8.4 Diskussion der Forschungsmethode	74
8.4 Zusammenfassung der Diskussion.....	74
9. Schlussteil.....	75
9.1 Überlegungen zur Traumatherapie.....	75
9.2 Schlüsse für die heilpädagogische Arbeit.....	76
10. Literaturverzeichnis	78
10.1 Literatur.....	78
10.2 Internet.....	82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2: Ursachen von schweren und leichten Graden geistiger Behinderung (vgl. Von Gontard; zitiert nach Sarimski & Steinhausen, 2007, S. 32).....	15
Tabelle 3: Traumadefinitionen ICD-10 vs. DSM-IV (vgl. Landolt & Hensel, 2008, S. 14ff).....	16
Tabelle 4: Einfache und kumulative Traumata nach Micknat (2002, S. 97ff).....	20
Tabelle 5: Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (Irblich, 2005, S. 408)	23
Tabelle 6: Vier Phasen des diagnostischen Prozesses (Landolt, 2012, S. 38)	26
Tabelle 7: Implizite und explizite Traumaverarbeitung (Hensel, 2012, S. 165).....	42
Tabelle 8: Die drei Grunddimensionen von Kohärenz (Antonovsky, 1997, S. 34f).....	43
Tabelle 9: Kontaktreflexionen und konkrete Beispiele (Pörtner, 1996, S. 218ff)	45
Tabelle 10: Ausschnitt aus der Auswertung des Kurzfragebogens.....	51
Tabelle 11: Ausschnitt aus dem Kodierleitfaden	55
Tabelle 12: Ausschnitt aus Paraphrasierung.....	56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Komponenten im biopsychosozialen ICF-Modell der Weltgesundheitsorganisation (Hollenweger & De Camargo, 2013, S. 46)	13
Abbildung 2: Die Mauer häufiger Traumafaktoren bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen (Kühn, 2012, S. 69)	18
Abbildung 3: Typen von Traumatisierungen (Terr; zitiert nach Reichert-Oppitz, 2014, S. 3)	19
Abbildung 4: Klassifikation psychischer Störungen nach Traumatisierungen bzw. schwerer Belastung (Landolt & Hensel, 2008, S. 30)	24
Abbildung 5: Transaktionales Traumabewältigungsmodell (Landolt, 2012, S. 81)	28

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HfH	Hochschule für Heilpädagogik Zürich
HPS	Heilpädagogische Schule
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICF-CY	International Classification of Functioning, Disability and Health. Child & Youth Version
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste
PBTS	Posttraumatische Belastungsstörung

1. Einleitung

„Ich glaube, dass der Kern jeder Traumatisierung in extremer Einsamkeit besteht, im äussersten Verlassensein. Eine liebevolle Beziehung, die in mancher Hinsicht einfach ist, wird unerlässlich sein, um überhaupt von einem Trauma genesen zu können“ (Onno van der Hart; zitiert nach Mayer b, 2015, S. 31). Wenn ein geistig nicht behinderter Mensch eine Traumatisierung erlebt hat, kann er professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Sofern er einigermaßen dazu in der Lage ist, kann er eine Fachperson aufsuchen, die ihn behandelt oder weitervermittelt. Auch wenn es diesem traumatisierten Menschen in der aktuellen Situation vielleicht schwerfällt, kann er doch in eigenen Worten schildern, wie er das Trauma erlebt hat. Da nicht davon auszugehen ist, dass dieser Mensch phantasiert, werden seine Erzählungen mit grösster Wahrscheinlichkeit ernst genommen.

Anders sieht es bei einem geistig behinderten Menschen aus. Aufgrund seiner Behinderung ist es für diesen Menschen schwierig, nach einer traumatischen Lebenserfahrung professionelle Hilfe zu holen. Ausserdem besteht eine deutliche Unterversorgung an Traumatherapie-Angeboten für geistig behinderte Menschen. Des Weiteren gibt es keine traumatherapeutischen Methoden, die für geistig behinderte Menschen entwickelt wurden. Der geistig behinderte Mensch muss das Glück haben, an einen der wenigen Psychotherapeuten oder Psychiater¹ zu gelangen, die mit dieser Personengruppe zusammenarbeiten. Danach steht dieser Mensch aufgrund seiner geistigen Behinderung vor der Herausforderung, Worte zu finden, um das Trauma überhaupt ausdrücken zu können. Hinzu kommt, dass geistig behinderte Menschen zu einer Hochrisikogruppe gehören. Aufgrund ihrer erhöhten Verletzlichkeit und ihrer weniger ausgeprägten Schutzfaktoren wird vermutet, dass sie ein drei- bis viermal so grosses Risiko für traumatisierende Lebenserfahrungen haben (Böhler, 2012, S. 1). Die Dunkelziffer ist diesbezüglich sehr hoch (Hennicke, 2012, S. 8). Auch werden Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Theunissen, 2016) oft nicht als Traumafolgestörungen erkannt, sondern im Sinne eines sogenannten Diagnostic Overshadowings irrtümlicherweise der geistigen Behinderung zugeschrieben (Irblich 2012, S. 43f).

Besonders herausfordernd ist solch eine Situation für Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung. Denn gerade die frühen Traumatisierungen haben schwerwiegende Folgen (vgl. Egle 2015; Reichert-Oppitz, 2014). In der vorliegenden Masterarbeit wird deshalb diese Problemlage aufgegriffen und es soll untersucht werden, was es braucht, damit Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung gelingt. Zu diesem Zweck werden fünf Psychotherapeuten bzw. Psychiater interviewt, die traumatherapeutisch mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen arbeiten. Diese Interviews werden mit einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse werden auf der Basis der verwendeten Theorie interpretiert und zu Antworten auf die Fragestellung gebündelt. Da sich diese Arbeit auf die Versorgungslage und den Forschungsstand im deutschsprachigen Raum konzentriert, wird fast ausschliesslich deutsche Literatur verwendet.

¹ In dieser Masterarbeit sind Frauen und Männer sowie Knaben und Mädchen gleicherweise gemeint. Aufgrund der Lesbarkeit des Textes wird jedoch die männliche Form verwendet.

1.1 Begründung des Themas

In meinem ersten Studienjahr an der Hochschule für Heilpädagogik (HfH) besuchte ich zwei je eintägige Veranstaltungen zum Thema „Trauma und geistige Behinderung“. Diese beiden Veranstaltungen regten mich zum Nachdenken an. Ich habe mir vorher nie Gedanken darüber gemacht, dass auch geistig behinderte Menschen Traumaerfahrungen machen können, und muss zugeben, dass ich es ihnen gar nicht „zugetraut“ habe. Ich war mir bewusst, dass geistig behinderte Menschen sehr sensibel sind und deutlich differenzierter wahrnehmen, als man gemeinhin vermutet. Doch ging ich davon aus, dass geistig behinderte Menschen traumatische Erfahrungen gar nicht als allzu traumatisch wahrnehmen. Ich war der Annahme, dass sie aufgrund ihrer oftmals eingeschränkten Wahrnehmungsmöglichkeiten (vgl. Affolter, 2007) auch traumatische Erfahrungen nur eingeschränkt wahrnehmen. Das Thema Trauma und geistige Behinderung war zu jenem Zeitpunkt ein weisser Fleck in meinem inneren Arbeitsmodell mit geistig behinderten Menschen.

Die beiden Veranstaltungen zu diesem Thema veränderten auch die Sichtweise in meinem Schulalltag. Beispielsweise begann ich mich zu fragen, ob die Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Theunissen, 2016) von Schüler S. gar nicht mit seiner diagnostizierten Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (vgl. Steinhausen, 2010), sondern vielmehr mit Traumafolgestörungen in Verbindung stehen oder ob die autistischen Verhaltensweisen (vgl. Cholemky & Freitag, 2014) von Schülerin D. womöglich Traumafolgestörungen sind. Ganz grundsätzlich fragte ich mich, ob die sieben Kinder meiner Klasse einen Traumahintergrund haben bzw. wie ich diesen erkennen könnte.

Diese Arbeit entsteht also einerseits aus einem persönlichen Interesse an Wissenszuwachs, andererseits möchte ich aber auch Aufklärungsarbeit leisten. Denn bei den Vorbereitungen für diese Masterarbeit wird schnell klar, dass es noch sehr wenig Material zu diesem Thema gibt. Zwar sind mittlerweile viele Publikationen zum Thema „Trauma bei geistig nicht behinderten Kindern und Jugendlichen“ vorhanden und es gibt auch einige wenige Bücher, Artikel und Vorträge, die sich mit Trauma- bzw. mit Psychotherapie bei geistig behinderten Erwachsenen befassen. Allerdings gibt es fast nichts, das sich mit der Schnittstelle dazwischen befasst. In dieser Masterarbeit wird deshalb versucht, diese beiden Bereiche miteinander zu verknüpfen und die Erkenntnisse zu bündeln. Bezüglich der Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen gibt es nur ein dünnes Büchlein (vgl. Hennicke, 2012). Dieses Büchlein beinhaltet Beiträge von acht verschiedenen Personen, die mit dieser Personengruppe arbeiten. Durch das Fehlen von Literatur wird auch erkennbar, dass es keine Forschung zu diesem Thema gibt.

Ähnlich präsentiert sich die Versorgungslage in Bezug auf Therapieangebote. Die Einschätzung ist nicht repräsentativ, aber ich habe bei meinen Recherchen rasch realisiert, dass es für traumatisierte geistig behinderte Kinder und Jugendliche wenig traumatherapeutische Angebote gibt. Das Bewusstsein für dieses Thema steigt zwar langsam und Bemühungen sind sichtbar, für diese Personengruppe passende Therapieangebote zu schaffen. Trotzdem besteht ganz klar eine deutliche Unterversorgung an Therapieangeboten.

1.2 Relevanz des Themas

Das Thema dieser Masterarbeit ist nicht nur deshalb bedeutsam, weil viel Aufklärungsbedarf und eine Unterversorgung an Therapieangeboten bestehen. Vielmehr ist es auch deshalb relevant, weil es im

Schulalltag an einer Heilpädagogischen Schule allgegenwärtig ist. Persönlich gehe ich davon aus, dass sehr viele Kinder und Jugendliche an einer Heilpädagogischen Schule in irgendeiner Form schon einmal traumatische Lebenserfahrungen gemacht haben. Diese persönliche Einschätzung basiert auf dem Studium der Lebensgeschichten meiner bisherigen Schüler (Fluchterfahrungen, Gewalterfahrungen, frühe und grosse medizinische Eingriffe, Teufelsaustreibungen etc.). Hinzu kommen aktuelle weltpolitische Konflikte, die den Heilpädagogischen Schulen viele Flüchtlinge im Kindes- oder Jugendalter zuführen. Ebenso gehe ich davon aus, dass viele Verhaltensauffälligkeiten in Zusammenhang mit traumatischen Lebenserfahrungen stehen.

Für mich als Lehrperson stellt sich dann die Frage, wie ich mich verhalten soll. Wie reagiere ich bei Kindern und Jugendlichen, bei denen der Traumahintergrund bekannt ist? Wie reagiere ich, wenn ich hinter Verhaltensauffälligkeiten einen traumatischen Hintergrund vermute? Bei diesen Fragen stehen mir als Lehrperson verschiedene „Brillen“ aus meiner „Brillensammlung“ zur Verfügung. Richte ich meinen Fokus z. B. auf die geistige Behinderung, die aus einem komplexen Zusammenspiel zwischen verschiedenen Faktoren besteht? Oder richte ich den Fokus auf die Traumatisierung? Wie kann ich überhaupt als Laie eine Traumatisierung erkennen? Was kann, soll und darf ich dann tun?

Lehrpersonen haben einen grossen Einfluss auf die Gestaltung eines traumafreundlichen Settings. Im Sinne traumapädagogischer Massnahmen kann so versucht werden, den Kindern oder Jugendlichen Sicherheit zu vermitteln. In dieser Masterarbeit soll deshalb im Zusammenhang mit der Hauptfragestellung auch betrachtet werden, welche Elemente aus der Traumatherapie von Lehrpersonen an einer Heilpädagogischen Schule umgesetzt werden können – unter Berücksichtigung ihres Berufsauftrages, ihrer Ausbildung und der vorhandenen Ressourcen.

2. Fragestellungen und Hypothesen

Im folgenden Kapitel werden die Hauptfragestellung sowie die beiden Unterfragestellungen aufgezeigt. Gleichzeitig werden zu jeder Fragestellung Hypothesen formuliert.

2.1 Hauptfragestellung

Das Bewusstsein dafür, dass geistig behinderte Kinder und Jugendliche auch unter traumatischen Lebenserfahrungen leiden können, wächst langsam. Obwohl aktuell immer noch von einer Unterversorgung gesprochen werden kann, gibt es einzelne traumatherapeutische Angebote für diese Menschen. Ich gehe davon aus, dass diese traumatherapeutischen Angebote wirksam sind und Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen gelingt. Diese Annahme wird deshalb getroffen, weil die beteiligten Therapeuten sonst gar nicht mit dieser Personengruppe arbeiten würden. Aus diesem Grund interessiert mich, wie diese traumatherapeutischen Angebote gestaltet sind. Daraus ergibt sich folgende Hauptfragestellung:

Inwiefern gelingt Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung?

Hypothese:

- Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen gelingt.

2.2 Unterfragestellungen

Mit der Hauptfragestellung sind zwei weitere wichtige Punkte verknüpft, welche ebendiese vertiefen. Der erste Punkt betrifft das Diagnostic Overshadowing. Mich interessiert dabei, wie in der Praxis mit dieser Herausforderung umgegangen wird. Dieses Interesse führt zu folgender Unterfrage:

Wie werden Traumata und Traumafolgestörungen von der jeweiligen geistigen Behinderung und von psychischen Erkrankungen unterschieden? (Stichwort Diagnostic Overshadowing)

Hypothesen:

- Traumata und Traumafolgestörungen können oft nicht trennscharf von der jeweiligen geistigen Behinderung oder von psychischen Erkrankungen unterschieden werden.
- Diagnostic Overshadowing kann teilweise vermieden werden. Dazu muss aber bewusst sein, wie sich ein Trauma oder eine Traumafolgestörung bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen äussern kann.

Zudem bin ich neugierig, wie traumatherapeutisch mit den geistig behinderten Kindern und Jugendlichen gearbeitet wird. Diese Neugier betrifft vor allem die eingesetzten Methoden. Darüber hinaus will ich wissen, ob und wie diese Methoden angepasst werden, da bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen oftmals ...

- ➔ ... die kognitive Entwicklung sowie die sozial-emotionale Entwicklung verzögert sind,
- ➔ ... die Sprachentwicklung verzögert ist und
- ➔ ... der Wille zur Zusammenarbeit im Umfeld eingeschränkt ist.

Angesichts dieser Überlegungen wird die zweite Unterfrage wie folgt formuliert:

Wie wird traumatherapeutisch mit einem geistig behinderten Kind oder Jugendlichen gearbeitet?

Hypothesen:

- Es wird ein breites Spektrum an Methoden aus der Traumatherapie angewandt. Diese Methoden werden auch bei geistig nicht behinderten Kindern und Jugendlichen eingesetzt.
- Die Methoden werden an die individuellen Voraussetzungen des Kindes oder des Jugendlichen angepasst (kognitive und sozial-emotionale Voraussetzungen, Voraussetzungen des Umfeldes).

3. Theoretische Grundlagen und Begriffsdefinition

Im folgenden Kapitel wird das Ziel verfolgt, den Theoriehintergrund des Themas dieser Masterarbeit aufzuzeigen. Aus diesem Grund werden die wichtigsten Begriffe erläutert. Diese Begriffe werden dabei immer durch die drei Elemente „Definition“, „Klassifikation“ und „Diagnostik“ beschrieben. Beim Punkt „Diagnostik“ wird ausserdem bei jedem Begriff auf die Häufigkeit sowie die Ursachen eingegangen.

3.1 Geistige Behinderung

Geistige Behinderung ist ein komplexes Phänomen, das aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet werden kann. In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Facetten dieses Begriffs in einer kurzen Rundschau aufgezeigt. Wenn in der vorliegenden Arbeit von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen gesprochen wird, sind dabei vor allem Kinder und Jugendliche mit einer leichten oder einer mittelschweren geistigen Behinderung gemeint (vgl. Kapitel 3.1.2 Klassifikation). Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, zusätzlich zu untersuchen, inwiefern Traumatherapie mit schwer oder schwerst geistig behinderten Kindern oder Jugendlichen gelingt.

3.1.1 Definition

Der Begriff „geistige Behinderung“ wurde im deutschen Sprachraum 1958 vom Selbsthilfeverein „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind“ eingeführt. Damit sollten gängige Begriffe wie „Blödsinn“, „Idiotie“ oder „Schwachsinn“ ersetzt werden. Geistige Behinderung sollte einen Wissenschaftsbegriff definieren, der eine Abwertung der gesamten Person verhindert. Zudem sollten – in Anlehnung an die englischen Begriffe „mental retardation“ und „mental handicap“ – die intellektuellen Beeinträchtigungen dieser Personengruppe in den Vordergrund rücken. Diese Konzentration auf die intellektuellen Beeinträchtigungen wird heute als zu einseitig kritisiert (Fornefeld, 2013, S. 58f). Ebenso wird diese Sichtweise häufig als defizitär betrachtet (Fornefeld, 2013, S. 61). Aus diesem Grund werden teilweise auch alternative Begriffe wie „Schülerinnen/Schüler mit speziellem Förderbedarf“ verwendet (Neuhäuser & Steinhäuser; zitiert nach Fornefeld, 2013, S. 61). Die Diskussion um die treffendste Bezeichnung hält an. Gleichzeitig ist für diese Personengruppe noch keine treffendere Bezeichnung gefunden worden, die allgemein akzeptiert wird. Deshalb wird „geistige Behinderung“ im alltäglichen, wissenschaftlichen und juristischen Zusammenhang weiter verwendet (Fornefeld, 2013, S. 61). Übereinstimmung herrscht darin, dass geistige Behinderung ein komplexes Phänomen ist, das sich aus vielen verschiedenen Faktoren zusammensetzt. Die Verflechtung dieser Faktoren führt bei jedem geistig behinderten Menschen zu einer individuellen Ausprägung (Speck, 2012, S. 53). Die verschiedenen Faktoren werden im ICF-CY („International Classification of Functioning, Disability and Health. Child & Youth Version“) in einem integrativen Modell zusammengefasst. In diesem Modell wird geistige Behinderung erklärt als „Folge von Beeinträchtigungen der Funktionen des Gehirns bzw. des Zentralnervensystems (Körperfunktionen/Körperstrukturen), die zu Schwierigkeiten bei Lern-, Denk- oder Gedächtnisprozessen führen (Aktivitäten) und als Konsequenz Einschränkungen der Teilhabe am mitmenschlichen Geschehen (Partizipation) nach sich ziehen können“ (Meyer; zitiert nach Irblich & Stahl, 2003, S. 17).

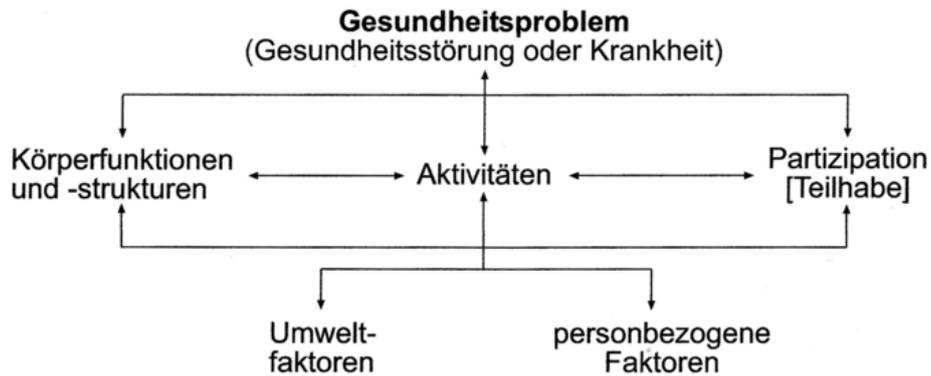


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Komponenten im biopsychosozialen ICF-Modell der Weltgesundheitsorganisation (Hollenweger & De Camargo, 2013, S. 46)

Aufgrund der mehrperspektivischen Sichtweise ergibt sich ein biopsychosoziales Verständnis von Behinderung. Behinderung wird dabei als Resultat eines interaktiven und sich entwickelnden Prozesses betrachtet (Fornefeld, 2013, S. 69). Die Klassifikation nach ICF hat Ähnlichkeiten mit dem DSM-IV, dem Klassifikationssystem psychischer Störungen der amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie. Geistige Behinderung wird auch dort mit einem Doppelkriterium definiert. Ein Kriterium betrifft die intellektuelle Minderleistung, das andere Kriterium bezieht sich auf die Defizite in der sozialen Anpassung (Nussbeck, 2008, S. 6). Unter Defiziten in der sozialen Anpassung werden z. B. Bereiche wie die mangelnde eigenständige Versorgung oder Nutzung öffentlicher Einrichtungen genannt (Sass et al.; zitiert nach Sarimski & Steinhausen, 2007, S. 73). Beides – die intellektuelle Minderleistung und die Defizite in der sozialen Anpassung – bezieht sich auf den Vergleich mit Kindern und Jugendlichen gleichen Alters (Sarimiski & Steinhausen, 2008, S. 12). Dieses Doppelkriterium findet sich ebenfalls im ICD-10, dem Klassifikationssystem psychischer Störungen, das von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wird. Im ICD-10 wird Intelligenzminderung unter der Fallgruppe F70 bis F79 klassifiziert (Nussbeck, 2008, S. 7).

3.1.2 Klassifikation

Je nach fachlichem Hintergrund werden verschiedene Klassifikationen verwendet (Sarimski, 2005, S. 112). Am häufigsten wird geistige Behinderung nach ICF, nach ICD-10 oder nach DSM-IV klassifiziert. In den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV finden sich zudem genaue Intelligenzwerte, die verschiedene Schweregrade geistiger Behinderung definieren. Die Einteilungen beruhen auf den Ergebnissen von Intelligenz- und Entwicklungstests (Sarimski & Steinhausen, 2008, S. 1). Beide Einteilungen resultieren in vier Schweregraden. Es gibt leichte Unterschiede bezüglich der Intelligenzwerte, die durch den Intelligenzquotienten ausgedrückt werden:

Tabelle 1: Schweregrade geistiger Behinderung und ihre IQ-Werte (Fornefeld, 2013, S. 66f)

Schweregrad	IQ-Wert DSM-IV	IQ-Wert ICD-10
Leichte geistige Behinderung	50–55 bis ca. 70	50–69
Mittelschwere geistige Behinderung	35–40 bis 50–55	35–49
Schwere geistige Behinderung	20–25 bis 35–40	20–34
Schwerste geistige Behinderung	Unter 20 bzw. 25	Unter 20

Die Einteilung nach IQ-Werten wird seit längerem kritisiert. Zum einen sind IQ-Werte unter 55 nicht messbar (Meyer; zitiert nach Nussbeck, 2008, S. 10), zum anderen ist Intelligenz kein einheitliches Konstrukt, da es etliche Modellvorstellungen von Intelligenz gibt (Nussbeck 2008, S. 10). Die Umwelt legt fest, was als Intelligenz und letztlich als Norm betrachtet wird (Nussbeck, 2008, S. 11). Zudem wird bei der Konstruktion der Testaufgaben von Intelligenztests zu wenig auf die Besonderheiten der geistig behinderten Menschen eingegangen (Eggert; zitiert nach Stahl, 2006, S. 77). Neben der Intelligenz wird auch der zweite Faktor des Doppelkriteriums, die soziale Anpassung, kritisch hinterfragt. Schwierigkeiten können sich ergeben, wenn soziale Anpassung konkretisiert und diagnostisch erfasst werden soll (Meyer, 2003, S. 19). Meyer zeigt in diesem Zusammenhang auf, dass die gängigen Verfahren zur Erfassung der sozialen Anpassung nicht ausreichen, um eine geistige Behinderung festzustellen (2003, S. 21).

3.1.3 Diagnostik

Die Diagnostik geistiger Behinderung ist ein komplexer Vorgang. Intelligenzdiagnostische Verfahren sind möglich, führen aber nur zu einem kleinen Erkenntnisgewinn (Stahl, 2006, S. 79). Trotzdem wurden Instrumente entwickelt, um geistige Behinderung und damit verbundene Bereiche wie Intelligenz, Entwicklungsstand sowie andere Fähigkeiten zu erfassen. Stahl (2006, S. 80) schlägt vor, anstatt eines einzelnen Intelligenztests verschiedene Verfahren einzusetzen. Mit spezifischen Verfahren sollen unterschiedliche Bereiche wie beispielsweise die Sprache, die kognitiven Fähigkeiten, das sozial-emotionale Verhalten, die Wahrnehmung oder die Motorik untersucht werden (Stahl, 2006, S. 82ff). Im Gegensatz zu einem reinen Intelligenztest resultieren dann mehrere verschiedene Werte. Gemeinsam haben diese Werte mehr Aussagekraft als ein einzelner IQ-Wert. Die Werte können zudem im Anschluss an die Diagnostik für die Förderplanung verwendet werden. Stahl empfiehlt weiter, die Tests im Einzelfall abzuwandeln, auch wenn sie dann nicht mehr dem Testhandbuch entsprechen. Dies soll verhindern, dass der geistig behinderte Mensch die Aufgabe nicht lösen kann, weil er die Instruktion nicht versteht oder das Zeitlimit zu knapp ist (2006, S. 80f).

Häufigkeit

Zur Häufigkeit von geistiger Behinderung gibt es unterschiedliche und ungesicherte Antworten. Die Häufigkeit ist niedriger, wenn geistige Behinderung anhand des Intelligenzkriteriums definiert wird. Im Gegensatz dazu liegt die Häufigkeit höher, wenn die Anzahl geistig behinderter Kinder in Institutionen betrachtet wird. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass der offizielle Status „geistig behindert“ mit äusseren Faktoren zusammenhängen könnte. Je mehr spezialisierte Schulungs- und Förderangebote zur Verfügung stehen, desto häufiger gibt es geistig behinderte Menschen. Dieser Umstand könnte begründen,

weshalb die regionalen Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit beträchtlich sind. Allgemein schwanken die Zahlen zur Häufigkeit geistiger Behinderung. Grundsätzlich wird von 0,4 % bis 0,8 % geistig behinderter Menschen in einer Gesamtpopulation ausgegangen (Osbar, 2005, S. 137).

Ursachen

Das Spektrum der Ursachen von geistiger Behinderung ist breit. In der Forschung nach den Ursachen (Seidel, 2013, S. 16) wird meist unterschieden zwischen schweren Graden (IQ unter 50) und leichten Graden (IQ zwischen 50 und 70).

Tabelle 1: Ursachen von schweren und leichten Graden geistiger Behinderung (vgl. Von Gontard; zitiert nach Sarimski & Steinhausen, 2007, S. 32)

Schwere Grade (IQ unter 50)	Leichte Grade (IQ zwischen 50 und 70)
Klar nachweisbare, biologisch-organische Ursachen (z. B. Genmutationen)	Polygen-multifaktorieller Erbgang, der aber durch familiär-kulturelle Faktoren noch beeinflusst wird; zunehmend auch biologisch-organische Ursachen

Diese Annahmen sind zum Teil umstritten, da es sich bei diesen Erkenntnissen um eine statistische Tendenz handelt. Zudem wird betont, dass diese Erklärungen für den Einzelfall zu starr sind (Seidel, 2013, S. 16). Weiter wird hervorgehoben, dass die individuelle Form einer geistigen Behinderung nicht als direkte Folge einer körperlichen Schädigung aufgefasst werden kann – ungeachtet dessen, wie unveränderlich die organische oder genetische Schädigung ist. Wie auch die Klassifikation nach ICF aufzeigt, bestimmt demnach ein komplexer Wirkzusammenhang aus endogenen², exogenen³, somatischen und sozialen Ursachen die individuelle Form einer geistigen Behinderung (Speck, 2012, S. 60).

3.2. Trauma und geistige Behinderung

In diesem Kapitel wird der Begriff „Trauma“ geklärt. Dabei wird versucht, einen Bezug zu geistig behinderten Kindern und Jugendlichen herzustellen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die sichere Bindung sowie auf die Wechselwirkungen zwischen Trauma und geistiger Behinderung eingegangen.

3.2.1 Definition

Ursprünglich stammt „Trauma“ aus dem Griechischen und bedeutet „Verletzung“ (Fischer & Riedesser, 2009, S. 24). Lange wurde der Begriff nur in der Chirurgie eingesetzt. Dort bezeichnet Trauma eine Wunde oder Verletzung, die von einer physischen Verletzung herrührt. 1990 wurde in einer wissenschaftlichen Veröffentlichung in Amerika der Begriff Trauma das erste Mal im psychologischen Kontext

² Endogen: „Von innen, aus dem Organismus heraus, aber ohne erkennbare körperliche Ursache, auch ohne erkennbaren Zusammenhang mit Erlebnissen.“ (Peters, 2000, S. 165)

³ Exogen: „Von ausserhalb des Nervensystems (obwohl evt. innerhalb des Organismus) verursacht.“ (Peters, 2000, S. 190)

aufgeführt (Fischer & Riedesser, 2009, S. 18). Später entstand das Fachgebiet der Psychotraumatologie, das sich mit der Entstehung, der Erfassung, dem Verlauf und der Behandlung von seelischen Verletzungen befasst. Fischer und Riedesser (2009) definieren ein Psychotrauma als „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“ (S. 84). Viele Definitionen betonen die Hilf- und Schutzlosigkeit in bestimmten Situationen, welche aussergewöhnlich bzw. katastrophenartig sind. Solche Situationen fühlen sich an, als ob in dem Moment „alles aus sei“. Die Bewältigungsmechanismen der Person sind überfordert. Um die Gefahrensituation trotzdem zu überleben, wird mit einem evolutionsbiologisch angelegten Notprogramm reagiert: In der Freeze-Reaktion erstarrt der Körper im Sinne eines Totstellreflexes. In der Fight-Reaktion wird versucht, die Gefahr mittels Kampf zu lösen, in der Flight-Reaktion mittels Flucht (Sachsse, 2004, S. 34). Es macht keinen Unterschied, ob die Situation als Opfer oder als Zeuge erlebt wird (Huber, 2003, S. 40). Die Situationen sind mit extremen äusseren Ereignissen verbunden, zum Beispiel einem Unfall. Somit werden traumatische Situationen von einem belastenden Ereignis abgegrenzt. Huber (2003) nennt als belastende Ereignisse rein innere Konflikte wie das Problem, „ob ich jetzt Abitur machen oder in Vaters Geschäft einsteigen soll“ (S. 38). Weiss (2011, S. 61) zeigt auf, dass gerade Kinder und Jugendliche bezüglich eines psychischen Traumas besonders betroffen und gefährdet sind. Entwicklungsbedingt haben sie noch keine ausreichenden Selbstschutzmöglichkeiten (ebd.). Bezogen auf geistig behinderte Kinder und Jugendliche zeigt Hennicke (2012, S. 8) auf, dass geistig behinderte Menschen im Hinblick auf Trauma noch betroffener und gefährdeter sind. Sie haben eine erhöhte Vulnerabilität⁴, da sie aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung schlechter mit Belastungen, Gefahren und Gewalt umgehen können. Die kognitive Beeinträchtigung führt oft dazu, dass diese Menschen sich im Vorfeld weniger vor solchen Erfahrungen schützen können. Dies hängt unter anderem auch mit ihrer geringen oder fehlenden Sprachkompetenz zusammen.

3.2.2 Klassifikation

Neben den Definitionen aus der wissenschaftlichen Literatur gibt es auch klassifikationssystem-basierte Definitionen eines Traumas. Dabei wird zwischen der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) und der Klassifikation der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (DSM-IV) unterschieden:

Tabelle 2: Traumadefinitionen ICD-10 vs. DSM-IV (vgl. Landolt & Hensel, 2008, S. 14ff)

Klassifikationssystem	Traumadefinition
ICD-10	Die Betroffenen sind einem kurzen oder längeren Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmass ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.

⁴ Vulnerabilität = Verletzlichkeit

DSM-IV	<p>Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. 2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht oder Entsetzen.
--------	--

Die Definition eines psychischen Traumas im DSM-IV beschreibt nicht nur die Situation, die das Trauma auslöst, sondern auch die Reaktion des traumatisierten Menschen. Diese Definition ist somit strenger als jene im ICD-10. Beide Definitionen werden allerdings im Zusammenhang mit dem Kindesalter seit langem kritisiert, weil sie nicht alle potentiell traumatisierenden Erfahrungen einschliessen (Cohen & Scheeringa; zitiert nach Landolt, 2012, S. 16). Insbesondere chronische interpersonelle Traumata im frühen Alter wie Vernachlässigung oder psychische Kindesmisshandlung erfüllen die obigen Kriterien meist nicht. Gleiches gilt für traumatische Trennungen von wichtigen Bezugspersonen oder für invasive medizinische Eingriffe (Copeland et al., zitiert nach Landolt, 2012, S. 16). Gerade Menschen mit einer geistigen Behinderung werden oft von primären Bezugspersonen und von der vertrauten Umgebung getrennt – beispielsweise, wenn ihr Wohnort in ein Wohnheim verlegt wird. Ähnliche Trennungen kommen vor, wenn geistig behinderte Menschen langandauernde und schmerzhaftes Krankenhausaufenthalte verbringen müssen (Mayer a, 2015, S. 27).

3.2.3 Diagnostik

Die bereits erwähnten kognitiven Beeinträchtigungen sowie die geringe oder fehlende Sprachkompetenz sind nicht alle Gründe, weshalb die Diagnose eines Traumas bei einem geistig behinderten Kind oder Jugendlichen sehr anspruchsvoll ist. Ein weiterer Grund liegt in den aktuellen traumadiagnostischen Erhebungsverfahren. Diese kommen in der Regel bei geistig nicht behinderten Kindern zum Einsatz. Meistens sind die darin enthaltenen Fragen aber zu kompliziert für geistig behinderte Kinder oder Jugendliche. Zudem wird nicht auf ihre spezielle Lebenssituation eingegangen. Demzufolge gibt es aktuell noch keine behindertenspezifischen Diagnoseinstrumente (Irblich, 2012, S. 45). Um ein Trauma zu diagnostizieren, müssen die Traumafolgestörungen des betroffenen Menschen genau untersucht werden. Die Probleme der Diagnostik von Traumafolgestörungen bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen finden sich im weiteren Verlauf dieser Arbeit.

Häufigkeit

Zur Häufigkeit von Traumata⁵ bei geistig behinderten Kindern oder Jugendlichen gibt es keine Untersuchungen. Vereinzelt lassen sich allgemeine Angaben zu Traumata bei geistig behinderten Menschen finden. Diese Angaben sind aber sehr unsicher. Je nach untersuchter Population haben zwischen 20 % und 100 % der geistig behinderten Menschen traumatische Erfahrungen gemacht. Die Dunkelziffer ist sehr hoch (Hennike, 2012, S. 7f). Einige Angaben finden sich zu Misshandlung und Missbrauch bei geistig behinderten Menschen. Reynolds hat in seinen Untersuchungen aufgezeigt, dass 90 % aller

⁵ Traumata = Plural von Trauma

geistig behinderten Menschen einmal in ihrem Leben Opfer einer Misshandlung oder eines Missbrauchs werden (zitiert nach Elbing, 2015, S. 3). Die Dunkelziffer wird mit 1:30 beschrieben. Das bedeutet, dass nur ein Fall von 30 Misshandlungsfällen bei Menschen mit geistiger Behinderung bekannt wird (Tharinger et al.; zitiert nach Elbing, 2015, S. 3). Dies betrifft nicht nur Übergriffe im öffentlichen Raum oder in Institutionen, sondern auch in der Familie oder im weiteren Lebensumfeld (Irblich, 2012, S. 34).

Ursachen

Bei den Ursachen von Traumata bei geistig behinderten Kindern oder Jugendlichen kann zwischen innerfamiliären und ausserfamiliären Faktoren unterschieden werden. Die dabei auftretenden Traumafaktoren können sich zu einer Art Mauer aufbauen:



Abbildung 2: Die Mauer häufiger Traumafaktoren bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen (Kühn, 2012, S. 69)

Die Traumafaktoren rechnen sich in der Summe auf und potenzieren sich in der Wirkung. Diese Erfahrungen führen so zu nicht bewältigbaren Problemen beziehungsweise zu einer unüberwindbaren Mauer (Kühn, 2012, S. 68).

3.2.4 Formen des Traumas

Diese Traumafaktoren können von Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Formen erlebt werden. Bezüglich der Häufigkeit traumatischer Ereignisse werden zwei Typen unterschieden (Terr; zitiert nach Reichert-Oppitz, 2014, S. 3):

- Typ-1-Traumata bezeichnen unvorhersehbare und einmalige Ereignisse,
- Typ-2-Traumata bezeichnen sich wiederholende und andauernde Ereignisse, die teilweise auch vorhersehbar sind.

Im Hinblick auf die Ursache werden ebenfalls zwei Kategorien gebildet:

- von Menschen verursacht oder
- von Naturkatastrophen oder technischen Katastrophen verursacht.

Werden die beiden Achsen übereinandergelegt, können die einzelnen traumatischen Ereignisse darin verortet werden:

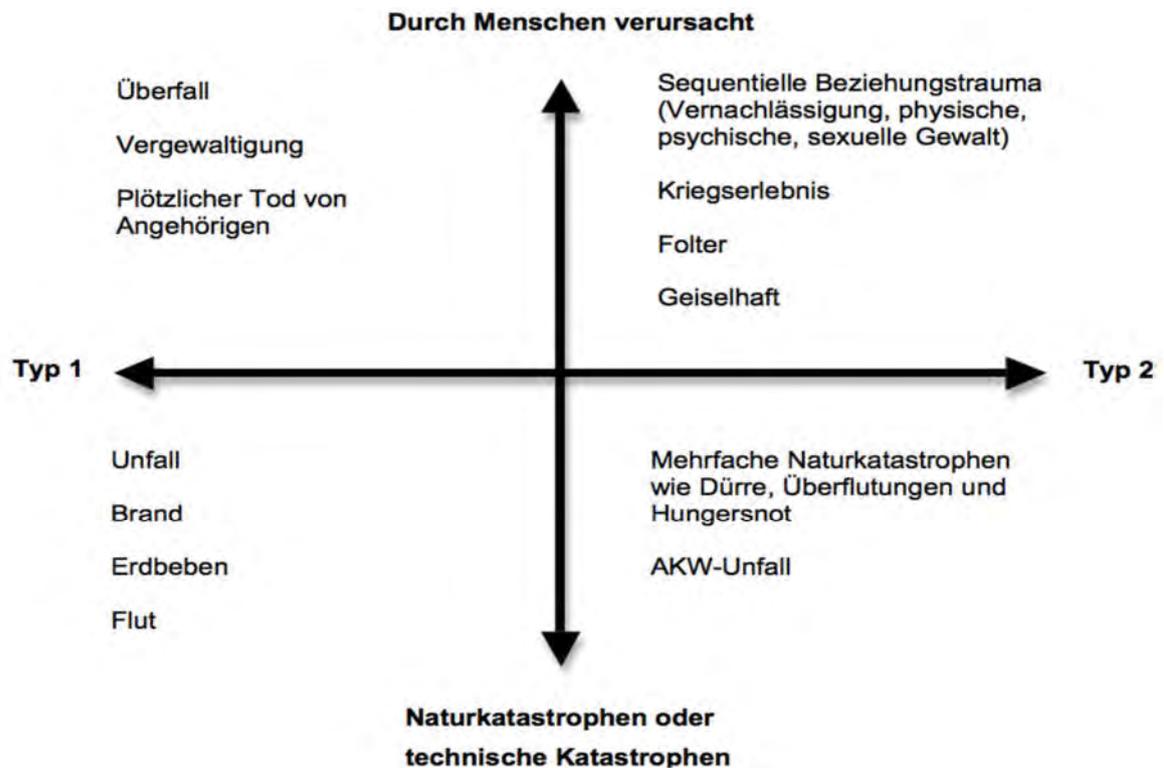


Abbildung 3: Typen von Traumatisierungen (Terr; zitiert nach Reichert-Oppitz, 2014, S. 3)

3.2.5 Sichere Bindung

In der Praxis zeigt sich, dass die länger andauernden (Typ 2) und gleichzeitig von Menschen verursachten Ereignisse die schwerwiegendsten Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben (Reichert-Oppitz, 2014, S. 3). In der Grafik von Terr werden solche Ereignisse als sequentielle Beziehungstraumata bezeichnet. Dazu gehören Vernachlässigung oder physische, psychische und sexuelle Gewalt. Im Zusammenhang mit geistig behinderten Menschen stellt sich die Frage, ob sie ausserordentlich gefährdet sind, sequentielle Beziehungstraumata zu erleiden. Wie anhand der Mauer häufiger Traumafaktoren von Kühn (2012) aufgezeigt wird, weisen sie besonders viele Traumafaktoren auf, die ein sequentielles Beziehungstrauma verursachen können. Im Zusammenhang mit sequentiellen Beziehungstraumata wird auch oft die sichere Bindung genannt. Dieser Begriff wurde von John Bowlby in der psychologischen Forschung eingeführt. Eine sichere Bindung zeichnet sich dadurch aus, dass das Kind aus tiefer Erfahrung weiss, dass es in jeder Notsituation Verständnis und Hilfe bei seiner Bezugsperson findet. Ausserhalb solcher Notsituationen geht das sicher gebundene Kind aber aktiv und autonom auf die Welt zu (Senckel, 2012, S. 135). Eine sichere Bindung bildet sich im ersten Lebensjahr. Sie stabilisiert und differenziert sich jedoch während der gesamten Kindheit. Im Zusammenhang mit sicherer Bindung fällt auch immer wieder der Begriff des Urvertrauens. Das Urvertrauen des sicher gebundenen Kindes ermöglicht ihm, sich der Welt zu öffnen und sich auf die eigenen Füsse zu stellen (Senckel, 2012, S. 136).

Eine geistige Behinderung erweist sich häufig als Risikofaktor für eine sichere Bindung. Viele geistig behinderte Säuglinge wirken apathisch oder reizbar-verspannt. Sie senden atypische Signale aus und reagieren für die Umwelt „unverständlich“. Die Beziehungsperson fühlt sich verunsichert und überfor-

dert. Sie versteht den Säugling oft nicht richtig und geht deswegen nicht angemessen auf ihn ein (Senckel, 2003, S. 131). Systematisch wird das Bindungsverhalten von geistig behinderten Menschen bisher noch nicht untersucht. Nur für Kinder mit dem Down-Syndrom liegen ausführliche Forschungsergebnisse vor (Senckel, 2003, S. 131).

3.2.6 Wechselwirkungen

Immer wieder wird diskutiert, welche Wechselwirkungen zwischen einem Trauma und geistiger Behinderung stattfinden. Dabei stellen sich vordergründig zwei Fragen:

1. Kann eine geistige Behinderung die Ursache für ein Trauma sein?
2. Kann ein Trauma die Ursache für eine geistige Behinderung sein?

Geistige Behinderung als Ursache für ein Trauma

Für Micknat (2002, S. 9) verursacht bereits die geistige Behinderung ein Trauma. Das Trauma besteht in der Erfahrung, anders zu sein. Dies führt gemäss Micknat dazu, dass alle geistig behinderten Menschen automatisch traumatisiert sind. Dieses Trauma macht sie zu leidenden und verwundeten Menschen. Geistig behinderte Menschen sind deswegen zwar nicht deprimiert und ständig leidend. Trotzdem gehört das Leiden an der Behinderung zum gemeinsamen Hintergrund aller geistig Behinderten (ebd.). Bedingt durch ihre geistige Behinderung erleiden sie zwei Arten von Traumata:

Tabelle 3: Einfache und kumulative Traumata nach Micknat (2002, S. 97ff)

Einfaches Trauma	Kumulatives Trauma
Ein plötzlich eintretendes Ereignis wie eine Trennungssituation oder ein Schockerlebnis (z. B. Sauerstoffmangel)	Die Mutter ist besonders in den ersten zwei Jahren noch mit der Trauerverarbeitung beschäftigt, weil das Kind geistig behindert ist. Dadurch geht sie ambivalent mit dem Kind um und dieses kann kein Urvertrauen entwickeln. Das Kind wird durch das Trauma der Mutter sekundär mittraumatisiert. Somit kumulieren sich das Trauma der Mutter und das automatische Trauma der geistigen Behinderung.

Als Folge dieser beiden Arten von Traumata entwickeln sich die geistig behinderten Menschen entweder zu „Lauten“ oder zu „Leisen“: Die Lauten drücken ihr Trauma durch Aggressionen, die Leisen drücken es durch Autoaggressionen (selbstverletzendes Verhalten) aus (Micknat, 2002, S. 41ff). Die kumulativen Traumata nach Micknat haben Ähnlichkeit mit den durch Menschen verursachten, mehrfachen Traumata nach Terr, die auf den vorangegangenen Seiten beschrieben wurden. Kumulative Traumata sind auch bei Micknat schwerwiegender als einfache Traumata. Bei einfachen Traumata werden Ressourcen wie das Urvertrauen des Kindes zwar zerstört, bei kumulativen Traumata können diese jedoch gar nicht erst aufgebaut werden (Micknat, 2002, S. 99).

Die Sichtweise, dass geistige Behinderung automatisch zu einem Trauma führt, ist allerdings umstritten. Grundsätzlich findet eine Übereinstimmung statt, dass geistig behinderte Menschen an ihren Einschränkungen leiden können. Irblich (2012, S. 36) hält dem entgegen, dass nicht alle Mütter zwangsläufig eine ambivalente Beziehung zu ihren geistig behinderten Kindern entwickeln. Für Wolf-Stiegemeyer (zitiert nach Lotz-Rimbaldi, 2006, S. 58) dürfen Verhaltensauffälligkeiten nicht ausschliesslich durch traumatische Erfahrungen begründet werden. Weitere Faktoren wie erlerntes Verhalten, belastende Umweltbedingungen, organische Veränderungen oder Hypersensibilität können ebenfalls einen Einfluss auf die Verhaltensauffälligkeiten haben.

Auch für Müller-Hohagen kann die Behinderung bereits ein Trauma verursachen – einerseits bei den Eltern, da diese oftmals wie für ein Trauma typisch von einem Moment auf den anderen mit der Behinderung ihres Kindes konfrontiert sind, andererseits auch beim betroffenen Kind. Dies kann der Fall sein, wenn das Kind grosse Ablehnung erfährt, z. B. wenn es ausgelacht wird oder von einer Regelschule in eine Sonderschule wechseln muss (1987, S. 109). Die wesentlichen Folgen des Traumas durch die Behinderung bestehen darin, dass „dichtgemacht“ wird: Die Verzweiflung und die Wut über die Behinderung dürfen nicht mehr hochkommen. Für viele Familien würde es die Kräfte übersteigen, auch noch über die geistige Behinderung des Kindes oder des Jugendlichen zu sprechen. Zudem wäre der Schmerz darüber zu gross. Weiter fügt Müller-Hohagen an, dass diese Familien noch „die täglichen und nicht aufgehenden Belastungen durch die Behinderung haben. Da kann man nur die Zähne zusammenbeissen“ (Müller-Hohagen, 1987, S. 124).

Trauma als Ursache für die geistige Behinderung

In der Fachliteratur deuten Fälle von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen darauf hin, dass ein Trauma eine geistige Behinderung verursachen kann. Sinason (2000, S. 90) beschreibt den Fall eines fünfjährigen Mädchens mit Lernstörungen. Nachdem dieses Mädchen in der Lage ist, ihre Missbrauchserfahrungen vermehrt auszudrücken, kehrt auch ihre Intelligenz zurück. In Fällen wie diesen entsteht durch das Trauma eine Behinderung als Abwehr gegen Erinnerungen an körperliche, sexuelle, aber auch emotionale Misshandlungen. Ein geistig behinderter Junge, der von seinem Halbbruder mehrfach sexuell missbraucht wird und bei Sinason in Therapie ist, drückt dies so aus, dass er lieber dumm sei als tot vor Schmerz. Bei diesem geistig behinderten Jungen ist im Verlauf der Traumatherapie eine Steigerung seines IQs zu beobachten. Zudem verbessert sich seine Kommunikationsfähigkeit massiv (Sinason, 2000, S. 101f). Allerdings räumt Sinason auch ein, dass es organisch bzw. genetisch bedingte Behinderungen gibt, die real, messbar und unheilbar sind. Diese bezeichnet sie als primäre Behinderungen. Aus diesem Grund unterscheidet sie zwischen primärer und sekundärer Behinderung. Die sekundäre Behinderung entsteht, um den Schmerz eines Missbrauchs abzuwehren, und kann im Endeffekt behindernder sein als die primäre Behinderung selbst (Sinason, 2000, S. 66).

Der amerikanische Psychologe Oliver hat für solche Zusammenhänge den Begriff VIMH definiert. Diese Abkürzung steht für „violence-induced mental handicap“ und bedeutet auf Deutsch „gewaltinduzierte geistige Behinderung“. Aus seinen Forschungen zieht er den Schluss, dass Misshandlungen im häuslichen Bereich für die geistige Behinderung von mehr als 5 % der behinderten Menschen verantwortlich sind (zitiert nach Sinason, 2000, S. 90). Erschwerend kommt hinzu, dass Missbrauch Verhaltensveränderungen verursachen kann, die anderen Behinderungen wie Entwicklungsstörungen, Autismus oder

Bewegungsstörungen sehr ähnlich sind. Oftmals begleiten auch emotionale und körperliche Vernachlässigung den Missbrauch oder die Misshandlung. Die Folgen davon können die Behinderung noch zusätzlich gravierend beeinflussen (Elbing, 2015, S. 8).

Egle untersucht die Auswirkungen früher Stresserfahrungen. Zu solchen Stresserfahrungen zählt er Bindungsstörungen und allgemein Widrigkeiten in der Kindheit (Egle, 2015, S. 40). Er spricht dabei nicht von Trauma. Die Beispiele, die er als frühe Stresserfahrungen bezeichnet (körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung etc.), werden bei Terr allerdings klar als Trauma bezeichnet. Nach Egle (2015, S. 14) haben frühe Stresserfahrungen lebenslang ein eingeschränktes Stressverarbeitungssystem zur Folge. Ebenso ist bei Kindern mit frühen Stresserfahrungen eine Vergrößerung der Amygdala zu beobachten. Es kann nachgewiesen werden, dass Kinder mit einer vergrößerten Amygdala zu deutlich mehr Angst neigen. Ebenso führen frühe Stresserfahrungen dazu, dass permanent zu viel des Stresshormons Cortisol ausgeschüttet wird. Dies hat eine zellschädigende Wirkung und führt dazu, dass im Hippocampus die Verästelungen der Nervenzellen zurückgehen und diese absterben. Als Folge davon schrumpft der Hippocampus, der vor allem für die Speicherung neuer Gedächtnisinhalte verantwortlich ist. Je kleiner er ist, desto weniger Neues kann das Kind speichern. Alle diese messbaren organischen Veränderungen führen bei Kindern zu folgenden Auswirkungen: eingeschränkte Aufmerksamkeit, erhöhter Aktivitätslevel und eine eingeschränkte Regulation der Gefühle sowie des eigenen Verhaltens (Egle, 2015, S. 19). Elbing weist darauf hin, dass frühe Stresserfahrungen im Zusammenhang mit der Ursache geistiger Behinderung berücksichtigt werden müssen (2015, S. 29).

3.3 Traumafolgestörungen und geistige Behinderung

In diesem Abschnitt wird auf den Begriff „Traumafolgestörungen“ eingegangen. Auch hier wird versucht, einen Bezug zu geistig behinderten Kindern und Jugendlichen herzustellen.

3.3.1 Definition

Traumafolgestörungen äussern sich über sogenannte Traumasymptome. Je nach Alter und Grad der kognitiven, sozialen und emotionalen Reife zeigen sich bei Kindern und Jugendlichen verschiedene Traumasymptome (Levine & Kline, 2004, S. 64). Ähnlich wie in Bezug auf die Leisen und die Lauten bei Micknat drücken sich Traumasymptome auch nach Levine und Kline bei Kindern entweder durch Hyperaktivität oder ein Sich-Verschliessen aus (2004, S. 68f). Bei Jugendlichen zeigen sie sich eher in Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie in Depressionen (2004, S. 84f). Bei Mädchen dominieren eher internalisierende Störungen wie Ängste und selbstverletzendes Verhalten, bei Jungen eher externalisierende Störungen wie Störungen des Sozialverhaltens und ADHS (Hensel, 2012, S. 17). Menschen mit einer geistigen Behinderung zeigen Traumasymptome meistens mit Regression und/oder Dissoziation. Dies hilft ihnen, zu überleben, wenn andere Bewältigungsstrategien nicht mehr helfen. Huber (2003, S. 60) beschreibt Regression und Dissoziation folgendermassen:

- **Regression:** Zurückfallen in ein früheres Entwicklungsalter wie das Baby- oder Kleinkindalter. Sichtbar werden kann eine Regression z. B. durch Einnässen oder Einkoten.
- **Dissoziation:** Das Fühlen wird vom normalen Bewusstsein losgekoppelt. Dadurch, dass nichts mehr gespürt wird, wird auch der Schmerz nicht mehr gespürt. Alles fühlt sich so an, als ob es sich in einer anderen Person abspielt. Sichtbar wird die Dissoziation beispielsweise in einer emotionalen Taubheit.

Oftmals zeigen geistig behinderte Menschen als Traumafolgestörungen unangemessenes sexualisiertes Verhalten. Mayer (2015a, S. 32) zeigt auf, dass auch vielfach Symptome wie Nahrungsverweigerung, ambivalentes Nähe-Distanz-Verhalten, Selbststimulation, Verhaltensstereotypen sowie selbstverletzendes Verhalten auftreten. Das selbstverletzende Verhalten ist dabei nicht nur ein Symptom, sondern es soll auch den Druck, die Übererregung sowie die Intrusionen⁶ beenden. Daneben gibt es Traumasymptome, die auch in der gesamten Bevölkerung anzutreffen sind. Dazu gehören Delinquenz, Substanzmittelmissbrauch, Ängste etc. (ebd.). Manchmal kommt es auch zu somatoformen Dissoziationen. Solche Dissoziationen zeigen sich auf körperlicher Ebene. Muskuläre Ausfälle mit Lähmungen sowie Schwierigkeiten beim Laufen, Sprechen und Schlucken können die Folge sein. Auch Wahrnehmungsstörungen und Schmerzzustände werden in diesem Zusammenhang nachgewiesen (Jaritz, Wiesinger & Schmid; zitiert nach Mayer a, 2015, S. 32). Irblich führt noch weitere Traumafolgestörungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung auf (2005, S. 408):

Tabelle 4: Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (Irblich, 2005, S. 408)

Körperlich-somatische Phänomene	Verhalten in sozialen Beziehungen
Erbrechen und/oder Durchfall	Bindungsstörungen
Anhaltende Erregung	Probleme mit Affektregulation
Zittern, Schwitzen, Herzrasen	Kontaktvermeidung, Rückzugsverhalten
Erstarren in Angstsituationen	Verlangen nach bestimmten Berührungen
Schmerzempfinden auffällig hoch oder tief	Angst vor fremden Personen und neuen Situationen
Verschiedene Körperschmerzen unklarer Ursache	Trennungsängste, anklammerndes Verhalten
Regulationsstörungen wie exzessives Schreien	Klient wirkt manchmal regrediert oder frühreif
Schlafstörungen	Auffälliges Verhalten bei milden oder aggressiven Hinweisreizen

Bei Menschen mit sehr schweren Formen von geistiger Behinderung sind bewusste Erinnerungen meist nicht zu erfassen. In solchen Fällen dienen körpernahe Symptome als Traumahinweise (Tulving; zitiert nach Irblich, 2012, S. 33).

⁶ Intrusionen = Wiedererinnern von traumatischen Ereignissen

3.3.2 Klassifikation

Wie soeben aufgezeigt wurde, zeigen Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen oftmals atypische Symptome. Daneben weisen sie aber auch Symptome auf, die sich grundsätzlich nicht von jenen der Traumafolgestörungen bei Erwachsenen unterscheiden. Diese allgemeingültigen Traumafolgestörungen fasst Landolt (2012, S. 33) in einer Klassifikation zusammen. Diese Klassifikation lehnt sich an die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV an (ebd.). Die Pfeile illustrieren, wie sich die einzelnen Punkte aufeinander auswirken.

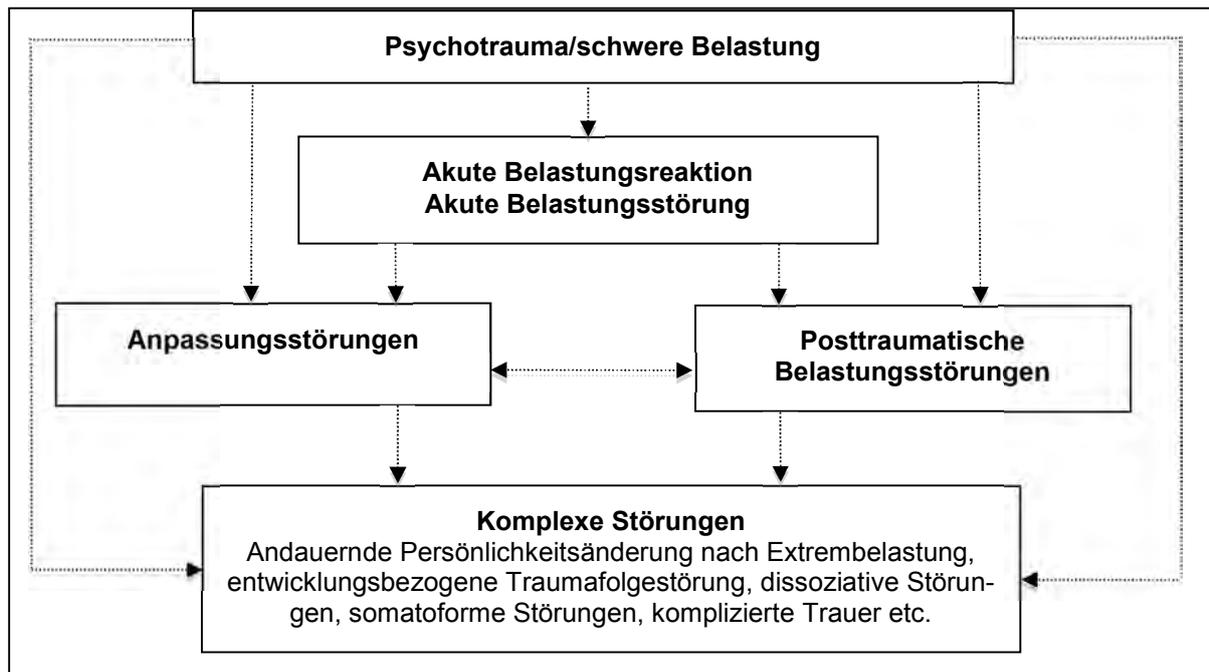


Abbildung 4: Klassifikation psychischer Störungen nach Traumatisierungen bzw. schwerer Belastung (Landolt & Hensel, 2008, S. 30)

In der Folge werden die einzelnen Traumafolgestörungen kurz beschrieben. Auf das Psychotrauma im Sinne einer schweren Belastung als Auslöser wird dabei nicht mehr eingegangen. Dieser Punkt wurde schon im vorangegangenen Teil dieser Arbeit – im Kapitel 3.2 „Trauma und geistige Behinderung“ – behandelt.

Akute Belastungsreaktion bzw. Akute Belastungsstörung

Als unmittelbare Reaktion des Organismus auf das traumatische Ereignis treten die akute Belastungsreaktion (ICD-10) bzw. die akute Belastungsstörung (DSM-IV) ein. Sie sind Ausdruck der Stressreaktion und treten in den ersten Stunden, Tagen und Wochen auf. Wenn sich die akuten Symptome innerhalb von vier Wochen nicht zurückgebildet haben, müssen Traumafolgestörungen in Betracht gezogen werden (Steil & Rosner, 2009, S. 13).

Anpassungsstörungen

Eine Anpassungsstörung liegt dann vor, wenn die akuten Belastungssymptome übergehen in länger dauernde emotionale Störungen oder Störungen des Sozialverhaltens. Tägliche Anforderungen im Alltag werden dann schnell zu viel. In der Regel klingt eine Anpassungsstörung spätestens nach sechs Monaten ab (Landolt, 2012, S. 36f).

Posttraumatische Belastungsstörungen

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist nur eine, jedoch spezifische Form der Traumafolgestörungen. Die Kriterien für eine PTBS beziehen sich grundsätzlich auf Erwachsene. Die Bandbreite der Probleme von traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist allerdings grösser (Van der Kolk, 2009, S. 579). Deshalb werden im Zusammenhang mit Kindern und Jugendlichen immer wieder erweiterte Kriterien gefordert. Die PTBS tritt häufig auf und wird durch die drei Syndromgruppen Wiedererleben, Überregung und Vermeidung definiert. Kinder und Jugendliche zeigen zum Teil aber Symptome einer PTBS, die sich teilweise von jenen der Erwachsenen unterscheiden (Reichert-Oppitz, 2014, S. 8ff):

- **Wiedererleben:** Alpträume, Flashbacks (Wiedererleben des Traumas, als ob dieses nochmals passiere), extreme Ängste, traumatisches Spiel (traumatische Situation wird immer und immer wieder gespielt), körperliche Symptome wie Bauch- oder Kopfschmerzen etc.
- **Überregung:** Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Alpträume, ständige Unruhe und Nervosität, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Leistungszersplitterung in der Schule etc.
- **Vermeidung:** Fernhalten von Orten, Menschen oder Situationen, die Erinnerungen an traumatische Ereignisse wachrufen, deutliche Einschränkungen beim Spielverhalten etc.

Komplexe Störungen

Wie soeben erwähnt, lassen sich die gängigen Kriterien einer PTBS nur begrenzt auf Kinder und Jugendliche anwenden. Noch schwieriger ist es, diese Kriterien bei komplexen Traumatisierungen zu verwenden. Zu den komplexen Traumatisierungen gehören die in den Kapiteln 3.2.3 und 3.2.4 beschriebenen sequentiellen Beziehungstraumata. Aus diesen komplexen Traumatisierungen heraus können komplexe Störungen entstehen. Dies geschieht meistens dann, wenn die sequentiellen Beziehungstraumata früh in der Kindheit beginnen und von Fürsorgepersonen verursacht werden (Reichert-Oppitz, 2014, S. 14). Zurzeit gibt es noch keine offizielle Möglichkeit, komplexe Störungen als Folge eines Traumas bei Kindern und Jugendlichen zu klassifizieren. Deshalb werden bei Kindern meistens Störungen wie ADHS, Trennungsangststörung, Phobien oder oppositionelles Verhalten diagnostiziert. Bei Jugendlichen finden sich häufig Diagnosen wie Depressionen oder Störungen des Sozialverhaltens (Reichert-Oppitz, 2014, S. 18). Diese Arten von Störungen werden deutlich leichter erkannt. Die dahinter liegende entwicklungsbezogene Traumatisierung wird ganz oder grösstenteils übersehen. Van der Kolk (2009, 2016) hat deshalb mit seiner Arbeitsgruppe die sogenannte Traumaentwicklungsstörung konzipiert. Dieses Konzept kritisiert, dass Störungen meistens rein verhaltenstherapeutisch behandelt werden. Als Alternative wird vorgeschlagen, Störungen als Folge von Beziehungstraumata zu betrachten. Dies hätte

zur Folge, dass vor allem auch diese Beziehungstraumata behandelt würden (Rosner & Steil; 2008, S. 48). Das neue und umfassende Konzept der Traumaentwicklungsstörung nach Van der Kolk et al. ist fachlich breit abgestützt. Trotzdem wurde es bis jetzt noch nicht in die offiziellen Klassifikationsschemen aufgenommen (Reichert-Oppitz, 2014, S. 19). Die Studienlage dazu ist gegenwärtig noch zu dünn, um die hohen Anforderungen für eine Aufnahme zu erfüllen (Landolt, 2012, S. 50). Im Zusammenhang mit geistiger Behinderung ist die Lage ähnlich. Auch in diesem Bereich werden Traumafolgestörungen meistens anderen Störungen zugeschrieben. Untersuchungen im Erwachsenenbereich zeigen, dass bei leichter geistiger Behinderung am häufigsten Persönlichkeitsstörungen sowie affektive und schizophrene Psychosen diagnostiziert werden. Bei schwerer geistiger Behinderung werden meistens Verhaltensstörungen diagnostiziert (Lotz-Rambaldi, 2006, S. 20).

3.3.3 Diagnostik

Eine sorgfältige Diagnose bei Kindern mit Traumafolgestörungen ist Voraussetzung für eine individuelle Traumatherapie (Landolt, 2008, S. 37). Landolt definiert vier Phasen des diagnostischen Prozesses, die durchlaufen werden müssen:

Tabelle 5: Vier Phasen des diagnostischen Prozesses (Landolt, 2012, S. 38)

1. Entwicklungsanamnese
körperliche, emotionale und soziale Entwicklung, bedeutsame Lebensereignisse, psychopathologische Vorbelastung
2. Abklärung der familiären und sozialen Umstände
Familienanamnese und aktuelle familiäre Umstände, schulische Bedingungen, soziale Bedingungen
3. Allgemeine Verhaltens- und Psychodiagnostik
Leistungsdiagnostik, Diagnostik allgemeiner Verhaltensauffälligkeiten, Erfassung der psychischen Befindlichkeit und des Funktionsniveaus
4. Traumaspezifische Diagnostik
genaue Traumanamnese (objektiv, subjektiv), Phasenverlauf der posttraumatischen Verarbeitung, Erfassung aktueller traumaspezifischer Verhaltensauffälligkeiten und Störungen

Dieser definierte Prozess der Diagnostik von Traumafolgestörungen bezieht sich auf geistig nicht behinderte Kinder. In der Fachliteratur ist keine klar definierte Diagnostik zu finden, die sich speziell auf Jugendliche bezieht. Auch für geistig behinderte Kinder und Jugendliche gibt es keinen klar definierten Prozess, um Traumafolgestörungen zu diagnostizieren. Die Diagnose von Traumafolgestörungen bei geistig behinderten Kindern stützt sich vorwiegend auf die Befragung enger Bezugspersonen. Für die Befragung enger Bezugspersonen von traumatisierten Kindern gibt es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie standardisierte Instrumente. Dazu gehören unter anderem der Explorationsleitfaden von Steil und Rosner (Irblich, 2012, S. 45) sowie das semistrukturierte Elterninterview für Säuglinge und Kleinkinder von Scheeringa und Zeanah (ebd.). Beide werden zur Erfassung von Traumafolgestörungen bei

geistig behinderten Kindern als verwendbar beurteilt, enthalten jedoch keine Fragen zu behinderungs-spezifischen Verhaltensweisen und zur Lebenssituation behinderter Kinder. Des Weiteren wird die freie Befragung von geistig behinderten Kindern angeführt. Diese wird aber als oftmals unergiebig beschrieben. Wenn sie allerdings trotzdem gelingt, kann sie Informationen über eventuell vorhandene Erinnerungen und mögliche belastende Symptome geben (Irblich, 2012, S. 45).

Häufigkeit

Es gibt noch keine verlässlichen Daten zur Häufigkeit von Traumafolgestörungen bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen (Irblich, 2012, S. 36). Dies hängt vor allem damit zusammen, dass es für geistig behinderte Kinder und Jugendliche keinen klar definierten Prozess gibt, um Traumafolgestörungen zu diagnostizieren. Vereinzelt gibt es Untersuchungen, die mit diesem Thema in Verbindung stehen. Ryan (zitiert nach Irblich, 2012, S. 36) untersucht die Zusammenhänge zwischen geistiger Behinderung und Traumafolgestörungen. Sie stellt fest, dass Traumafolgestörungen bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung häufiger vorkommen als in der Gesamtbevölkerung. Es werden dabei aber nur Symptome der PTBS erhoben. Symptome einer Anpassungsstörung oder einer komplexen Störung werden nicht erfasst. Ebenfalls nicht geklärt werden die Gründe für dieses häufigere Vorkommen. Ryans Ergebnisse widersprechen aber der häufig verbreiteten Ansicht, geistig behinderte Menschen würden vieles nicht merken oder von selbst wieder vergessen. Mevissen und De Jongh (zitiert nach Hennicke, 2012, S. 10) gehen davon aus, dass bis zu 60 % der traumatisierten geistig behinderten Kinder und Jugendlichen im Verlauf ihres Lebens mehr oder weniger schwere psychische Störungen (vgl. Häcker & Stapf, 2004) und Verhaltensauffälligkeiten entwickeln. Elbing schätzt, dass ca. 20 % aller Mädchen und ca. 8 % aller Jungen mit geistiger Behinderung bis zum 18. Lebensjahr unter einer PTBS nach sexuellem Missbrauch leiden (2015, S. 5). Langzeitstudien zeigen auf, dass intelligentere Kinder traumatische Situationen besser vermeiden können und deshalb weniger Traumata erleben. Da ihre Bewältigungsstrategien besser sind, entwickeln sie weniger häufig und weniger schwere Traumafolgestörungen (Breslau et al., 2006, S. 1238). Übereinstimmung besteht in der Schätzung, dass 30–50 % der geistig behinderten Menschen psychische Störungen und Verhaltensprobleme aufweisen. In der Gesamtbevölkerung liegt dieser Anteil bei 10 %. Somit haben geistig behinderte Menschen drei- bis fünf-mal mehr psychische Störungen und Verhaltensprobleme als die Allgemeinbevölkerung (Dosen, 2010, S. 12).

Ursachen

Im Kapitel 3.3.2 „Klassifikation“ wird aufgezeigt, welche Auswirkungen ein Psychotrauma bzw. eine schwere Belastung auf Kinder und Jugendliche haben kann. Im ungünstigsten Fall zieht es komplexe Traumafolgestörungen nach sich (Landolt, 2012, S. 33). In diesem Unterkapitel werden die Ursachen von Traumafolgestörungen aufgezeigt. Gerade komplexe Traumafolgestörungen können sich in einer körperlichen, psychischen und sozialen Symptomatik ausdrücken. Landolt (2012, S. 81) fasst die entscheidenden Faktoren für Traumafolgestörungen in einem transaktionalen Traumabewältigungsmodell zusammen. Die Faktoren stehen dabei in wechselseitigen Beziehungen zueinander:

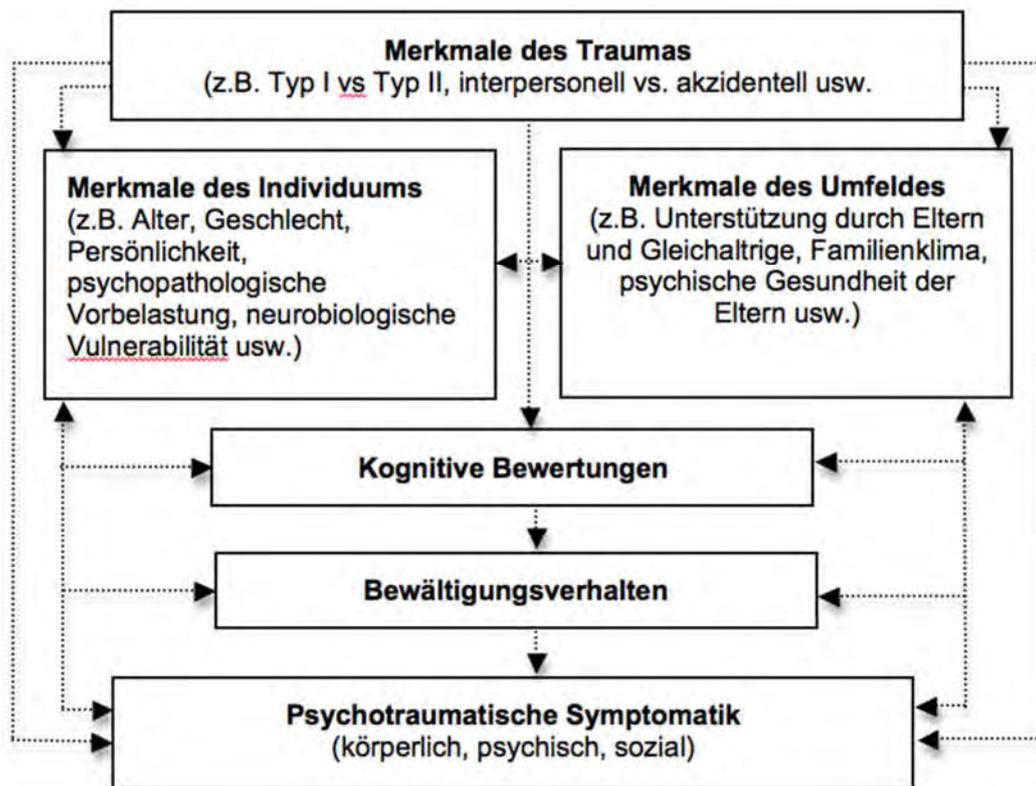


Abbildung 5: Transaktionales Traumabewältigungsmodell (Landolt, 2012, S. 81)

Am meisten Einfluss hat gemäss Landolt der Faktor „Kognitive Bewertungen“. Das traumatische Ereignis wird vom Kind oder Jugendlichen interpretiert und bewertet (2012, S. 81). Eine wichtige Rolle spielen negative Bewertungen des Traumageschehens und des eigenen Verhaltens. Es ist möglich, dass Kinder und Jugendliche ihr Selbstbild nach einem traumatischen Erlebnis gestärkt und kompetent erleben. Dazu müssen sie das Erlebnis so bewerten, dass sie selbst keine Schuld trifft und sie sich in jener Situation richtig verhalten haben. Im Gegensatz dazu werden die negativen Bewertungen verstärkt, wenn Kinder oder Jugendliche denken, dass sie selbst schuld sind, sie sich falsch verhalten und dadurch das Ereignis sogar ausgelöst haben. Dieser subjektive Bewertungsprozess wiederum wird beeinflusst von den Merkmalen des Traumas und den Merkmalen des Individuums. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch, wie das Umfeld das Trauma bewertet (Reichert-Oppitz, 2014, S. 6). Gemäss diesem Modell können durch die Rückkoppelungen auch Neubewertungen entstehen. Landolt (2012, S. 81) erklärt damit die Tatsache, dass objektiv vergleichbare Traumata unterschiedliche Auswirkungen haben können. Auch dieses Modell bezieht sich auf Kinder und Jugendliche, die sich im Normbereich entwickeln.

3.3.4 Schwierigkeiten der Diagnostik

Wie bisher in dieser Arbeit bereits mehrfach erwähnt wurde, gestaltet sich die Diagnostik von Traumafolgestörungen bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen in vielerlei Hinsicht schwierig. Irblich (2012, S. 43f) nennt vier grundlegende Probleme, psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung zu diagnostizieren:

- **Diagnostic Overshadowing:** Der von Reiss eingeführte Begriff weist darauf hin, dass das abweichende Verhalten oft irrtümlich als Ausdrucksform der geistigen Behinderung verstanden wird (zitiert nach Irblich, 2012, S. 43f). Bei der posttraumatischen Diagnostik tritt Diagnostic Overshadowing vor allem bei unspezifischen Symptomen auf. Unruhe, Konzentrationsprobleme oder Schreckhaftigkeit werden dann mit der geistigen Behinderung begründet anstatt mit Symptomen der PTBS.
- **Underreporting:** Underreporting (Hennicke et al.; zitiert nach Irblich, 2012, S. 43f) bezeichnet ein Mitteilungsproblem geistig behinderter Menschen. Diese haben oft Schwierigkeiten dabei, ihre Ängste und Gedanken mitzuteilen. Einer der Gründe dafür ist, dass sie sich aufgrund ihrer kognitiven und kommunikativen Einschränkungen ungenügend ausdrücken können. Ein weiterer Grund besteht im belastenden Erlebnis selbst, das auch Menschen ohne Behinderung oft nur schwer ausdrücken können. Ausserdem ist die sogenannte Introspektionsfähigkeit bei geistig behinderten Menschen eingeschränkt. Sie haben Mühe, ihr inneres Erleben zu beschreiben und zu analysieren.
- **Symptome einordnen:** Bei Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung ist es oft schwierig, ihren Gesichtsausdruck differenziert zu erfassen. Vielfach bleibt unklar, ob Unwohlsein als Wut, Ärger, Angst etc. interpretiert werden soll. Dies schränkt die Möglichkeiten deutlich ein, die auftretenden Symptome diagnostisch einzuordnen.
- **Multimorbidität:** Neben den Traumafolgestörungen können gleichzeitig auch andere psychische Auffälligkeiten bestehen. Sie weisen aber keinen kausalen Zusammenhang mit der Traumatisierung auf. Dadurch entstehen oft komplexe und schwer interpretierbare Störungsbilder.

Diese Faktoren führen dazu, dass die Abklärungen unvollständig bleiben oder verfälscht werden. Schlussendlich bleiben dadurch auch Behandlungsmöglichkeiten ungenutzt (Irblich, 2012, S. 83).

3.3.5 Formen der Diagnostik

Für die Planung der weiteren Therapieschritte müssen die Traumafolgestörungen des geistig behinderten Kindes oder Jugendlichen möglichst genau abgeklärt werden (Irblich, 2012, S. 47). Wie bereits aufgezeigt wurde, gibt es dafür jedoch keine Diagnostikverfahren. In der Literatur zum Thema „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ gibt es Vorschläge zu einer Diagnostik, die den geistig behinderten Menschen möglichst vollständig erfasst. Diese Vorschläge beziehen sich aber auf allgemeine psychische Störungen und nicht auf Traumafolgestörungen. Bei diesen Vorschlägen wird meistens die Differentialdiagnose erwähnt. Mit der Differentialdiagnose sollen Störungsbilder gegenüber anderen und ähnlichen Störungsbildern abgegrenzt werden (Hennicke, 2005, S. 363). Ähnlich wie mit den vier Phasen des diagnostischen Prozesses nach Landolt (2012) sollen dabei der Mensch und seine Störungen auf mehreren Ebenen interdisziplinär und ganzheitlich erfasst werden. Im Gegensatz zum diagnostischen Prozess nach Landolt (2012, S. 38) wird bei einer Differentialdiagnose noch mehr darauf geachtet, welchen Einfluss die geistige Behinderung auf das Individuum hat. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den körperbezogenen Symptomen geistig behinderter Menschen. Dazu gehören z. B. Schmer-

zen mit unklarem Ursprung. Bei solchen Symptomen soll festgestellt werden, ob eine körperliche Erkrankung zugrunde liegt oder ob sie in den Bereich der posttraumatischen Symptome gehören (Irblich, 2012, S. 52).

3.4 Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen und Begriffsdefinitionen

Geistige Behinderung ist ein komplexes Phänomen mit unzähligen Ausprägungen. Diese Arbeit bezieht sich auf leicht bis mittelschwer geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit einem IQ zwischen 35 und 70. In der Literatur werden vereinzelt Wechselwirkungen zwischen der geistigen Behinderung und der traumatischen Lebenserfahrung beschrieben. In der Praxis zeigen sich aber verschiedene Schwierigkeiten dabei, diese Bereiche voneinander zu unterscheiden. Ein Hauptproblem betrifft hierbei das Diagnostic Overshadowing: Traumafolgestörungen werden fälschlicherweise für Ausdrucksformen der geistigen Behinderung gehalten. Ausserdem gibt es noch keine offiziellen Instrumente, um ein Trauma oder eine Traumafolgestörung bei geistig behinderten Kindern oder Jugendlichen zu klassifizieren.

4. Traumatherapie

Auf den folgenden Seiten werden die Grundlagen der Traumatherapie aufgezeigt. In diesem Zusammenhang wird speziell auf das traumatherapeutische Milieu sowie auf die allgemeinen Ziele der Traumatherapie eingegangen. In Kapitel 4.6 wird ein Bezug zu geistig behinderten Kindern und Jugendlichen hergestellt. Am Schluss wird das Thema Traumatherapie mit dem Bereich der Traumapädagogik verknüpft.

4.1 Definition

Seit zwei Jahrzehnten findet die moderne Psychotraumatologie immer mehr Beachtung. Dies führte zum Einläuten eines Paradigmenwechsels in der Psychotherapie (Huber, 2003, S. 25). Lange Zeit fokussierten sich die Psychotherapeuten auf die Innenwelt ihrer Patienten. So wurden vor allem Konflikte und deren Widerspiegelungen in Beziehungen ausgeleuchtet. Die realen Hintergrunderfahrungen waren dabei zweitrangig. Immer mehr setzte sich jedoch die Erkenntnis durch, dass diese Hintergrunderfahrungen die psychischen Symptome auslösen. Eine psychische Erkrankung (vgl. Heinz 2014) wird seither vermehrt als das Resultat von traumatischen Hintergrunderfahrungen betrachtet (Huber, 2003, S. 31). Obwohl vielfach verwendet, findet sich in der Fachliteratur keine klare und prägnante Definition des Begriffes Traumatherapie. Meistens wird Traumatherapie als Sammelbegriff für verhaltenstherapeutische und psychodynamische Verfahren verwendet, die sich mit der Therapie von Traumaopfern befassen (Smolenski, 2006, S. 19). Da Traumatherapie kein klar definierter Begriff ist, wird das Thema meist von verschiedenen Seiten beleuchtet. Im Zentrum stehen dabei einerseits die Grundlagen der Psychotraumatologie, andererseits der Phasenablauf, die Ziele und die Methoden der Traumatherapie. Fischer (2014, S. 48) unterstreicht in diesem Zusammenhang, dass „Trauma-Folgestörungen mit einer speziellen, nämlich einer traumadaptierten Variante von Psychotherapie behandelt werden müssen“. Je nach Literaturquelle wird als Synonym zum Begriff „Traumatherapie“ auch der Begriff „Traumazentrierte Psychotherapie“ verwendet (vgl. Landolt & Hensel, 2008, S. 18ff; Sachsse 2004).

4.2 Grundlagen

Landolt (2012, S. 122ff) beschreibt fünf verschiedene Grundlagen der Traumatherapie. Eine dieser fünf Grundlagen sind die drei Stadien der Traumatherapie. Diesem Punkt wird hier ein eigenes Unterkapitel gewidmet. Der Grund dafür ist, dass diese drei Stadien bei anderen Autoren noch stärker gewichtet werden.

1. Grundlage: Therapeutische Beziehung

Das Bindungssystem von mehrfach und früh traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist meistens gestört (Blauenstein & Kinniburgh; zitiert nach Landolt, 2012, S. 122). Da sie nicht auf die Erfahrungen einer sicheren Bindung zurückgreifen können, haben sie Mühe, sich auf Beziehungen einzulassen. Sie sind misstrauisch gegenüber anderen Personen. Die therapeutische Beziehung ist deshalb sehr wichtig. Stimmt diese Beziehung, fühlt sich das Kind oder der Jugendliche in der Therapie sicher. Es gelingt dann besser, dem Therapeuten zu vertrauen und sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen (Landolt, 2012, S. 122).

2. Grundlage: Ressourcenorientierung

Mit der Ressourcenorientierung soll erreicht werden, dass die Ressourcen des Kindes und seines Umfelds belebt werden. Die Ressourcen können das Kind oder den Jugendlichen wieder soweit stärken, dass es oder er sich mit den traumatischen Erinnerungen auseinandersetzen kann. Zudem können wiederbelebte Ressourcen helfen, neue Erfahrungen bezüglich der Selbstkompetenz zu gewinnen. Viele komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche haben wenig Selbstkompetenz erlebt. Ein neu erlebtes Gefühl von Selbstkompetenz wirkt sich positiv auf den weiteren Therapieverlauf aus (ebd).

3. Grundlage: Berücksichtigung des Entwicklungsstandes

Der Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen beeinflusst einerseits, wie traumatische Situationen erlebt werden. Andererseits beeinflusst er die Reaktion, die auf den traumatischen Stress folgt. Traumatherapeutische Methoden müssen deshalb entwicklungsangepasst sein. Dies schlägt sich auch in der Behandlung selbst nieder: In der Traumatherapie mit Kleinkindern und Säuglingen werden andere Zugänge eingesetzt als in der Traumatherapie mit älteren Kindern und Jugendlichen (Chu & Liebermann; zitiert nach Landolt, S. 123). Bei traumatisierten geistig behinderten Kindern und Jugendlichen stellt sich die Frage nach dem Entwicklungsstand noch mehr. Inwiefern dieser zusammen mit anderen wichtigen Faktoren berücksichtigt werden kann, wird in Kapitel 4.6.2 „Diagnostik“ vertieft betrachtet.

4. Grundlage: Psychohygiene des Therapeuten

Die Traumaerzählungen der Kinder und Jugendlichen können beim Therapeuten starke und belastende Gefühle auslösen. Persönliche und professionelle Aspekte können sich vermischen. Wird die Betroffenheit zu gross, besteht die Gefahr eines Burnouts (Landolt, 2012, S. 123). Es wird vorgeschlagen, während einer Traumaexposition eine meditative Haltung einzunehmen und so präsent und mitfühlend wie möglich zu sein. Allerdings soll der Therapeut dabei niemals mitleidend sein (Sachsse, 2013, S. 437). Immer mehr wird als Synonym für den Begriff „Psychohygiene“ der Begriff „Selbstfürsorge“ genannt (Hofmann & Hofmann, 2008, S. 13). Die Traumatherapeutin Luise Reddemann (2005, S. 565) versteht

unter Selbstfürsorge „einen liebevollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit mir selbst und das Ernstnehmen meiner Bedürfnisse“. Psychohygiene bzw. Selbstfürsorge bezieht sich nicht nur auf die Therapiesitzung, sondern auch auf die Freizeitgestaltung der Therapeuten.

4.3 Drei Stadien der Traumabehandlung

Die fünfte Grundlage betrifft die drei Stadien der Traumabehandlung. Wenn in dieser Arbeit von Traumatherapie die Rede ist, sind damit psychotherapeutische Interventionen gemeint. Diese unterscheiden sich von den notfallpsychologischen Interventionen, die in den ersten vier Wochen nach dem Trauma angewendet werden (Hensel, 2012, S. 20). Aus Platzgründen wird auf die notfallpsychologischen Interventionen allerdings nicht weiter eingegangen.

Die amerikanische Psychiaterin Judith Hermann führte 1994 einen Ablauf der Traumatherapie ein, der aus drei Stadien besteht (Hermann; zitiert nach Huber, 2009, S. 18). Die meisten Traumatherapeuten haben daraufhin dieses Phasenmodell übernommen. Nach der Weiterentwicklung und Ergänzung werden die Stadien methodenübergreifend folgendermassen definiert (Huber, 2009, S. 19):

1. Stadium: Diagnostik, Stabilisierung, Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung und Ressourcenarbeit
2. Stadium: Umgang mit brisanten Affekten, Distanzierung von belastendem Traumamaterial
3. Stadium: Traumasyntese, Integration und Trauerarbeit

Im Folgenden wird beschrieben, wie diese drei Stadien im Kinder- und Jugendbereich gestaltet werden.

1. Stadium

Bezüglich der 2. Grundlage wurde unter dem Begriff „Ressourcenorientierung“ erläutert, wie wichtig es für das Kind oder den Jugendlichen ist, wieder auf seine Ressourcen zugreifen zu können. Dies ermöglicht eine körperliche, affektive und soziale Stabilisierung. Die körperliche Stabilisierung ist dann wichtig, wenn z. B. nach dem Erleben von Gewalt oder nach einem Unfall eine Verletzung vorliegt. Dem gegenüber steht die affektive Stabilisierung. Diese ist dann nötig, wenn eine akute Suizidalität oder eine schwere Impulskontrollstörung vorliegt. Bewährt haben sich in solchen Fällen verschiedene Techniken aus der Körpertherapie oder der Verhaltenstherapie. Bei der sozialen Stabilisierung muss für das Kind ein stabiles und sicheres Beziehungsnetz geschaffen werden. Solche Massnahmen sind vor allem bei intrafamiliärer Gewalt sehr komplex, insbesondere im Zusammenhang mit Fremdplatzierungen (Landolt, 2012, S. 124f). Einem möglichst gut stabilisierten Kind oder Jugendlichen gelingt es anschliessend besser, sich auf eine tragfähige therapeutische Beziehung einzulassen (Landolt, 2012, S. 123). Gemeinsam mit einer umfassenden Diagnostik wird der Schritt zum 2. Stadium ermöglicht.

2. Stadium

Die meisten traumaspezifischen Verfahren im Kinderbereich empfehlen eine direkte Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis. Bei dieser sogenannten Traumaexposition setzt sich das Kind nochmals direkt mit dem Trauma auseinander. Diese Traumaexposition unterscheidet sich je nach Entwicklungsalter und Therapieverfahren. Die trauma-fokussierte kognitiv-behaviorale Therapie legt beispielsweise

grossen Wert auf die Exposition, entweder in sensu (in der Vorstellung) oder in vivo (in der Realität) (Landolt, 2012, S. 125). Begründet wird dieses Vorgehen durch die Neurophysiologie. Demnach kann das Trauma vom menschlichen Gehirn in der Vergangenheit eingeordnet werden. Allerdings müssen dann die Fragmente des Traumas wie Bilder, Gerüche, Erlebtes etc. koordiniert (nach-)erlebt werden können. So kann realisiert werden, dass alle diese Fragmente eindeutig vergangen sind (Van der Kolk, 2000; Nijenhuis, 2003; zitiert nach Huber, 2009, S. 237). Dieser Sichtweise stehen spieltherapeutische Ansätze gegenüber. Sie weisen darauf hin, dass eine Traumaverarbeitung im Spiel stattfinden kann. Dabei wird betont, dass sich keine Traumaexposition in der Realebene ergeben muss (Landolt, 2012, S. 125).

3. Stadium

In diesem Stadium sollen die Kinder oder Jugendlichen die Einsicht erlangen, dass sie keine Traumapfeiler sind, sondern „Überlebende“. Dadurch, dass das Trauma überlebt wurde, kann die Zukunft wieder in den Fokus rücken (ebd.). Es findet eine Traumasynthese statt: Das Trauma wird als etwas betrachtet, das aus einem vergangenen und einem gegenwärtigen Teil besteht. Der vergangene Teil kann mit dem gegenwärtigen Teil in Verbindung gebracht werden. Der vergangene Teil ist aber räumlich-zeitlich abgegrenzt und vorbei. Dadurch gewinnt das Trauma eine Gesamtheit (Huber, 2009, S. 265). Diese neue Sichtweise ermöglicht es dem betroffenen Kind oder Jugendlichen, das Leben wieder zukunftsorientiert und selbstbestimmt anzugehen. Bei Jugendlichen treten an diesem Punkt häufig Fragen nach der weiteren Schul- und Berufsbildung in den Vordergrund (Landolt, 2012, S. 125). Bei vielen Kindern und Jugendlichen löst das Trauma auch persönliche Reifeprozesse aus, die in diesem Stadium der Behandlung besprochen werden. Allerdings beziehen sich diese Befunde nur auf Kinder ab einem Alter von ungefähr sieben Jahren, welche ein Monotrauma erlebt haben.

4.4 Traumatherapeutisches Milieu

An vielen Stellen in der Fachliteratur wird darauf hingewiesen, wie wichtig das traumatherapeutische Milieu in der Traumatherapie ist. Es gibt starke Hinweise dafür, dass bei komplex traumatisierten Kindern und Jugendlichen Psychotherapie im Einzelsetting zu wenig bewirkt. „Ein stabiles traumatherapeutisches Milieu, das die Menschen einschliesst, die den Alltag mit diesen Kindern und Jugendlichen verbringen, ist notwendig“ (Hensel, 2012, S. 26). Damit sind sowohl Familienangehörige als auch Lehrpersonen, Therapeuten, Sozialarbeiter, Ärzte etc. gemeint.

Gerade bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen zeigt sich, dass die Menschen im Umfeld wichtige Aufgaben haben können, die in der Einzelpsychotherapie-Stunde nicht oder zu wenig wahrgenommen werden können:

- Situationen vermeiden, die zur Übererregung führen können. So können Retraumatisierungen verhindert werden.
- Dafür sorgen, dass die Betroffenen in der aktuellen Situation Sicherheit erleben können.
- An der Vergrößerung der Stresstoleranz arbeiten und Bewältigungskompetenzen einüben.

In einer Milieuthherapie (Robertz & Heidenreich, 2012, S. 99) werden die wichtigsten Bezugspersonen in Entscheidungsprozesse eingebunden. Die Grundlage dieses Vorgehens ist ein systemischer Ansatz. Mit einer systemischen Perspektive können traumapädagogische Methoden eingesetzt werden (Landolt & Hensel, 2008, S. 19f). Dabei geht es immer auch um eine Art „Nachbeelterung“, die durch alternative Beziehungserfahrungen ermöglicht wird (Luxen, 2012, S. 124). Es steht aber nicht nur das Wohlbefinden der betroffenen Kinder und Jugendlichen im Fokus. Durch Verhaltensauffälligkeiten oder starke körperliche Traumafolgestörungen können auch starke Belastungen für andere Personen entstehen, z. B. für die Geschwister oder die Betreuungspersonen. Diese Belastungen müssen im Sinne der Funktionalität des Systems als Ganzem ebenfalls besprochen werden (Landolt & Hensel, 2008, S. 19f).

Im Zusammenhang mit dem traumatherapeutischen Milieu wird immer wieder der sogenannte sichere Ort für die Betroffenen betont. Die Betroffenen erhalten durch ihr Umfeld einen „äusseren sicheren Ort“, beispielsweise einen Platz in einer Schule oder in einem Wohnheim. Dadurch können traumatisierte Kinder und Jugendliche in sich einen „inneren sicheren Ort“ aufbauen. Mit diesem neuen Sicherheitsgefühl kann wieder Vertrauen in das Lebensumfeld gewonnen werden (Kühn; zitiert nach Weiss, 2009, S. 31f).

4.5 Allgemeine Ziele der Traumatherapie

Wenn von Traumatherapie gesprochen wird, stellt sich bald die Frage nach dem Ziel der Traumatherapie. Diese Frage ist sowohl für die Therapeuten als auch für den traumatisierten Menschen wichtig. Wie bereits in der Beschreibung des 3. Stadiums der Traumatherapie erwähnt, geht es schlussendlich nicht um die Auflösung, sondern um die Integration des Traumas. Das bedeutet nach Huber, dass man die Gefühle und Erinnerungen im Zusammenhang mit dem Trauma aushalten kann und wieder festen Boden unter den Füßen bekommt (2009, S. 23). Diese Tatsache wird mit folgenden Worten zusammengefasst: „Ein Trauma geht nicht weg. Aber es ist vorbei. Das müssen das Gehirn und der gesamte Organismus erst lernen“ (Huber, 2009, S. 242). Viele Patienten haben falsche Vorstellungen von einer Traumatherapie. Es besteht oft die Vorstellung, dass Traumatherapie ausschliesslich mittels Traumexposition geschieht. Die Vorstellungen gehen dahin, dass die Bilder, Gefühle und Schmerzen des Traumas nochmals im Sinne einer Katharsis durchlebt werden können und das eigene Wohlbefinden dann schnell wieder ansteigt (Huber, 2009, S. 22). Gerade chronische Traumatisierungen bedürfen meistens einer eher längeren Therapiedauer. „Wenn man früh und lange Zeit traumatisiert wurde, dann dauert es auch lange, bis das heilt“ (Huber, 2009, S. 22). Diese Tatsache wird von zwei amerikanischen Trauma-Experten in prägnanten Sätzen verdeutlicht:

„Hurry slowly“ („Beeil dich langsam“) (Roberta Sachs; zitiert nach Huber, 2009, S. 22)

„The slower you go, the faster you get there“ („Je langsamer du vorwärts gehst, desto schneller kommst du an“) (Richard Kluff; ebd.)

Huber fügt noch an, dass weniger von Heilung als vielmehr von Integration des Traumas die Rede sein sollte – beziehungsweise von einer Lebensqualität, die dadurch steigt (2009, S. 22). Von Heilung im Zusammenhang mit Trauma sprechen hingegen Levine und Kline. Sie beschreiben die Heilung eines Traumas als etwas, dem man sich nur öffnen kann. „Man kann sie beobachten und bestätigen; es ist

jedoch nicht möglich, sie zu beurteilen, zu manipulieren, zu beschleunigen oder zu verändern“ (2004, S. 149). Die Meinungen darüber gehen allerdings auseinander, ob diese Heilung irgendwann abgeschlossen ist. Wilson betont, dass die Integration des Traumas ein lebenslanger Prozess ist (zitiert nach Fischer & Riedesser, 2009, S. 222).

Bei Kindern hat eine Traumatherapie vielfach auch das Ziel, dass sich Entwicklungsrückschritte, die durch das Trauma ausgelöst wurden, nicht unwiderruflich verfestigen. Das Kind soll die phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben (wieder) lösen können (Fischer & Riedesser, 2009, S. 296). Zudem sollen sogenannte Trigger nach der Behandlung desensibilisiert sein (Landolt & Hensel, 2008, S. 18). Für chronisch traumatisierte Mädchen und Jungen ist es wichtig, dass sie durch die Traumabearbeitung wieder selbstbemächtigt werden. Sie dürfen so lernen, wieder eigenverantwortlich für ihr Leben zu sein. Das bedeutet unter anderem, wieder Körpergewahrksam und Körperfürsorge zu entwickeln sowie wieder Vertrauen in Beziehungen zu fassen (Weiss, 2009, S. 15). Gerade für Kinder und Jugendliche mit einem sequentiellen Beziehungstrauma ist es jedoch sehr schwierig, Beziehungen wieder zu vertrauen. Sie haben Mühe, sich auf enge Beziehungen einzulassen. Emotional und/oder körperlich wird es schnell zu nah, was sich bedrohlich anfühlt (Landolt, 2012, S. 153). Als ein Ziel der Traumatherapie wird deshalb aufgeführt, dass die Kinder und Jugendlichen neue, positive Beziehungserfahrungen erleben. Diese dienen dann als inneres Arbeitsmodell, auf das bei neuen Beziehungen zurückgegriffen werden kann (Senckel, 2012, S. 145).

4.6 Anwendung bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen

4.6.1 Erschwerte Voraussetzungen

Es zeigt sich, dass bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen erschwerte Voraussetzungen für eine Traumatherapie bestehen. Beispielsweise benötigt Traumatherapie bei dieser Patientengruppe meistens mehr Zeit als bei den Altersgenossen (Robertz & Heidenreich; zitiert nach Landolt, 2012, S. 108). Die Gründe dafür lassen sich in zwei Bereiche unterteilen: Faktoren, die vordergründig im Zusammenhang mit den geistig behinderten Kindern oder Jugendlichen stehen und Faktoren, die mit dem traumatherapeutischen Umfeld zusammenhängen.

Faktoren im Zusammenhang mit dem geistig behinderten Kind oder Jugendlichen

Durch die geistige Behinderung sind die kognitive und die sozial-emotionale Entwicklung des betroffenen Menschen verzögert. Für Hensel (2012, S. 150) zeigt sich dies z. B. dadurch, dass das abstrakte Denken begrenzt ist. Gleiches gilt für die sprachlichen Fähigkeiten. Oftmals ist auch das Bewusstsein für das eigene psychische Befinden tief. Damit einher geht meist auch eine eingeschränkte Gefühlsbreite. Neuerungen werden vielfach vermieden, auch wegen einer Neigung zu Passivität und Abhängigkeit. Häufig bestehen zudem Schwierigkeiten bei der Motivation und der Kontaktaufnahme (ebd.). Die Therapie muss an diese verschiedenen Entwicklungsniveaus angepasst werden, vor allem an das vorhandene Sprachverständnis (Böhler, 2009, S. 13). Dies gelingt am besten durch ein heilpädagogisches Grundwissen des Therapeuten (ebd.).

Faktoren im Zusammenhang mit dem traumatherapeutischen Umfeld

Aufgrund der soeben beschriebenen Faktoren gehören geistig behinderte Menschen nicht zu den sogenannten YAVIS-Typen (**Y**oung, **A**ttractive, **V**erbal, **I**ntelligent, **S**uccessful) und haben erfahrungsgemäss die grössten Schwierigkeiten, einen Therapieplatz zu finden (Werther, 2005, S. 120). Viele ambulant tätige Psychotherapeuten scheuen sich auch vor geistig behinderten Patienten, da auf die Einhaltung von Terminen und Orten oft nicht Verlass ist. Dies kann ein unwägbares finanzielles Risiko für die Therapeuten darstellen.

Menschen mit geistiger Behinderung werden oft von Verwandten oder Betreuern für eine Therapie angemeldet – meistens dann, wenn im Umfeld der Leidensdruck und die Belastung zu gross werden. Eine sogenannte primäre Therapiemotivation besteht nicht. Wie auch bei den Patienten aus der Gesamtpopulation kann nur mit einer subjektiven Motivation erfolgreich gearbeitet werden. Die Verwandten oder Betreuer sind oftmals daran interessiert, dass die Therapie die Symptome bzw. die Verhaltensauffälligkeiten beseitigt. Für die geistig behinderte Person hat dieses Verhalten aber eine stützende Funktion im Sinne einer kreativen Überlebensleistung. In der Folge kann es zu Zielkonflikten mit dem Umfeld kommen. Solche Verhaltensauffälligkeiten betreffen oft massive Krisensituationen, die mit (auto-) aggressiven oder sexuellen Vorfällen verbunden sind. Die Impulskontrolle ist aus dem Ruder gelaufen. Dies kann auch die Therapeuten beängstigen (Werther, 2005, S. 121). Der Therapeutenstuhl bzw. das Therapiezimmer muss zudem oft verlassen werden. Es muss die Haltung da sein, dass Besprechungen auch oft beim Helfersystem stattfinden. Dieses interdisziplinäre Vorgehen kann als umständlich erfahren werden (ebd.).

4.6.2 Diagnostik

Eine Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen bedingt eine gründliche Diagnostik der vorliegenden Traumafolgestörungen. Dies stellt oft eine grosse Herausforderung dar. Grund dafür ist das komplexe Zusammenwirken der spezifischen Aspekte bei einem geistig behinderten Menschen (Fliss, 2008, S. 255). Probleme, Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten werden vielfach als Folge der geistigen Behinderung betrachtet. Dass auch ein Trauma die Ursache sein könnte, wird oft nicht erwogen. Damit ein Trauma als Ursache in Betracht gezogen werden kann, muss es von der geistigen Behinderung abgegrenzt werden. Die einzelnen Aspekte der vorliegenden Probleme, Symptome und Verhaltensauffälligkeiten müssen deshalb differenziert erfasst werden (Badl; zitiert nach Fliss, 2008, S. 253). Böhler hat eine eigene Auflistung zusammengestellt, die alle diese einzelnen Aspekte differenziert erfasst (2012, S. 3). Diese Aspekte haben grosse Ähnlichkeit mit den vier Phasen des diagnostischen Prozesses, die in Kapitel „3.3.3 Diagnostik“ vorgestellt wurden (Landolt, 2012, S. 37). Die Auflistung von Böhler bezieht sich allerdings speziell auf Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung:

- **Auswirkungen des Behinderungsgrades, Alters und Geschlechts:** sozioemotionaler und kognitiver Entwicklungsstand, vorhandene Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeiten (Sprache, Gebärden), Stärkenassessment
- **Syndromspezifische Besonderheiten:** Down-Syndrom, Fragile-X-Syndrom, Autismus-Spektrum-Störung, Fetale Alkohol-Spektrum-Störung
- **Zusätzliche Behinderungen:** Epilepsien, Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen, Sinnesbehinderungen, cerebrale Schädigungen, chronische Erkrankungen
- **Komorbide Störungen:** Störungen des Sozialverhaltens, Ängste, Tics, Zwänge, Stereotypien, Depressionen, Essstörungen, Selbst- und Fremdverletzungen, Bindungsstörungen, Traumafolgestörungen
- **Lebensgeschichtliche psychosoziale Belastungen und Ressourcen:** Operationen, Gewalterfahrungen, Milieuwechsel, Suchterkrankungen der Eltern, Armut, Adoptions- oder Asylhintergrund, positive Beziehungen
- **Momentane Lebenserschwernisse und Krisensituationen in der Alltagswelt:** Scheidung der Eltern, spannungsreiche Klassensituation, Lehrerwechsel, unangemessener oder überfordernder Tagesablauf, Fehlplatzierungen, unterschiedliche Erwartungen oder Erziehungsstile der Bezugspersonen
- **Positive Aktivitäten, Partizipationsmöglichkeiten**
- **Anforderungen des Entwicklungsalters:** Schuleintritt, Berufswahl, Ablösung vom Elternhaus

Bradl erwähnt im Zusammenhang mit der Erfassung der verschiedenen Aspekte noch die Sinndimension. Mit der Sinndimension wird der Frage nachgegangen, welche subjektive Bedeutung das Symptom für den Menschen mit geistiger Behinderung hat (zitiert nach Fliss, 2008, S. 254).

4.6.3 Ziele der Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen

Im Kapitel „4.5 Allgemeine Ziele der Traumatherapie“ wurden die grundlegenden Ziele einer Traumatherapie beschrieben. Im Zusammenhang mit den Zielen einer Trauma- oder Psychotherapie wird oft der Begriff der Indikation verwendet, des „Angezeigtseins“ einer bestimmten Behandlung. Böhler zählt vier Punkte auf, welche die Indikation einer Psychotherapie begründen. Diese Punkte beziehen sich ebenfalls wieder speziell auf Menschen mit einer geistigen Behinderung (Böhler, 2012, S. 4). Danach ist die Indikation dann gegeben, wenn ein auffallendes, verändertes Verhalten oder Erleben:

1. über längere Zeit
2. nicht auf den Entwicklungsstand zurückgeführt werden kann,
3. die Person selber und die Personen in ihrer Umgebung beeinträchtigt, beunruhigt, stört, verängstigt, ratlos macht und
4. mit agogischen Interventionen und/oder Veränderungen im Alltag nicht verändert werden kann.

Es wird vorgeschlagen, in einer Helferkonferenz zu besprechen, ob eine Psychotherapie angebracht ist (Böhler, 2012, S. 4). Auch in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung sind die korrigierenden emotionalen Beziehungserfahrungen ein wichtiges Ziel (Grawe; zitiert nach Böhler, 2012, S. 11). Hennische (zitiert nach Böhler, 2012, S. 10) spricht sogar davon, dass das oberste Ziel darin besteht, dem Kind oder Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung zu konstruktiven Beziehungserfahrungen zu verhelfen.

4.7 Traumapädagogik

Im Zusammenhang mit Traumatherapie wird häufig die Traumapädagogik erwähnt. Die Traumapädagogik verlässt das Einzelsetting, wie es aus der Traumatherapie bekannt ist. Aus diesem Grund sind die Beratung und die Supervision von pädagogischen Fachkräften wichtige Elemente der Traumapädagogik. Dies führt dazu, dass die Traumapädagogik auch Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie verwendet (Weiss, 2009, S. 8). Ausgangspunkt in der Traumapädagogik ist immer die Frage, was traumatisierte Kinder und Jugendliche brauchen, um wieder eigenverantwortlich ihren Lebensweg weiterverfolgen zu können. Diese Frage betrifft alle Arbeitsfelder, die mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen in Kontakt stehen (Weiss, 2009, S. 7). Die Methoden der Traumapädagogik beschränken sich allerdings nicht nur auf die Beratung und Supervision. So gibt es auch Instrumente für die traumatisierten Menschen, die ihnen helfen sollen, mit dem Trauma umzugehen. Dazu gehören z. B. die Methode der Selbstbemächtigung von Wilma Weiss, das Modul zur Selbstentwicklung von Thomas Lutz oder die Ausdrucksmalerei von Eva Bundschuh und Eva Picard (Weiss, 2009, S. 10). Trotzdem wird betont, dass das Ziel der Traumapädagogik nicht neue Techniken sind, sondern vielmehr eine „traumasensible Haltung“ (Schmid, 2011, S. 46). Traumapädagogik für geistig behinderte Kinder und Jugendliche beschreiben nur Kühn und Bialek (2014, S. 231). Sie setzen sich dafür ein, dass nicht nur die klinisch-therapeutischen Lösungen, sondern vor allem auch die Traumapädagogik gewichtet wird. Als Gründe dafür führen sie an, dass:

- die effizienteste Technik zur Traumabewältigung im Aufbau verlässlicher sozialer Beziehungen besteht (Unfried u. Dreiner; zitiert nach Kühn & Bialek, 2014, S. 231);
- korrigierende Beziehungserfahrungen hauptsächlich in der pädagogischen, psychosozialen Einflussphäre stattfinden (Gahleitner; ebd.) und
- Chancen für Verhaltensveränderungen auf der Verarbeitung neuer emotionaler Erfahrungen im Rahmen einer entwicklungsfreundlichen Beziehung beruhen (Gaedt; ebd.).

Die Diskussion um Traumapädagogik bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen befindet sich erst in den Anfängen. Als Grund wird angegeben, dass bei den gängigen traumatherapeutischen Ansätzen kognitive Leistungen vorausgesetzt werden, die diese Personengruppe nicht erbringen kann (Irblich & Blumenschein; zitiert nach Kühn, 2012, S. 73). Kühn schlägt als Lösung für dieses Problem

eine „Pädagogik des Sicherer Ortes“ vor. Diese Pädagogik soll dem Kind oder Jugendlichen korrigierende zwischenmenschliche Erfahrungen ermöglichen, „die der traumatischen Erwartung des Individuums diametral entgegenstehen“. Um diesen sicheren Ort zu ermöglichen, schlägt Kühn (2012, S. 73) eine sogenannte triadische Reflexion vor. Diese besteht aus den drei Elementen Mädchen/Junge, Pädagoge sowie Institution. Ziel ist es, dass bei dieser triadischen Reflexion alle Beteiligten in einen Dialog treten. Damit sich die geistig behinderten Kinder und Jugendlichen auch in diesen Dialog einbringen können, ist es von grosser Bedeutung, dass sie sich mitteilen können. Hilfreich dafür sind zum Beispiel die „Unterstützte Kommunikation“ (UK), das „Teacch-Konzept“ (Teacch) oder die „leichte Sprache“ (Kühn, 2012, S. 75). Gemeinsam sollen mit einer ganzheitlichen Sichtweise die Hintergründe der unverständlichen Verhaltensweisen des Kindes oder Jugendlichen betrachtet werden (Kühn, 2012, S. 74). Dieser verstehende Prozess soll verhindern, dass „institutionelle Strukturen auf angebliche Nichtanpassung der Mädchen und Jungen mit zunehmender Reglementierung und Sanktionierung reagieren“ (Jantzen; zitiert nach Kühn, 2012, S. 74).

4.8 Zusammenfassung Traumatherapie

Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen ist aufgrund verschiedener Faktoren erschwert. Von Bedeutung ist eine gründliche Diagnostik zu Beginn der Therapie. Die Therapie hat dabei das Ziel, den Kindern und Jugendlichen neue, korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Vereinzelt versucht die Traumapädagogik, einzelne Elemente aus der Traumatherapie im Alltag mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen umzusetzen. Dafür wird eine triadische Reflexion vorgeschlagen. Auch diese triadische Reflexion versucht, korrigierende zwischenmenschliche Erfahrungen zu ermöglichen.

5. Traumatherapeutische Methoden

Beim Betrachten der traumatherapeutischen Methoden für geistig behinderte Kinder und Jugendliche wird ersichtlich, dass zwei Bereiche miteinander verknüpft werden. Der eine Bereich betrifft die Psychotherapie für geistig behinderte Menschen. Der andere Bereich betrifft die Traumatherapie für geistig nicht behinderte Kinder und Jugendliche. Aus diesem Grund wird zu Beginn dieses Kapitels auf diese beiden Bereiche eingegangen. Anschliessend werden die einzelnen traumatherapeutischen Methoden dargestellt, die in der Literatur im Zusammenhang mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen genannt werden.

Psychotherapie für geistig behinderte Menschen

Psychotherapie für geistig behinderte Menschen ist immer noch ein Feld für Pioniere. Es gibt auf diesem Gebiet bis jetzt noch keine Therapiewirksamkeitsstudien und auch keine spezifischen Weiterbildungen (Böhler, 2009, S. 14). In den meisten Fällen findet Psychotherapie für geistig behinderte Menschen innerhalb von Institutionen statt. Im ambulanten Bereich finden sich wenige Psychotherapeuten, die mit dieser Klientel arbeiten (Böhler, 2009, S. 12). Vor allem die Institutionen zeichnen durch ihre klinischen Erfahrungen aber immer wieder ein positives Bild. Gemäss diesen Erfahrungen zeigen geistig behinderte Menschen gute Reaktionen auf psychotherapeutische Angebote. Diese Reaktionen legen den

Schluss nahe, dass es sinnvoll ist, die bewährten psychotherapeutischen Verfahren bei geistig behinderten Menschen einzusetzen (Hensel, 2012, S. 5).

Meistens wird ein integrativer Ansatz angestrebt, bei dem die einzelnen Methoden wie bei einem Puzzle zusammengefügt werden. Dabei können aber Schwierigkeiten entstehen, gerade bei Menschen mit mittelgradiger und schwerer geistiger Behinderung. Für sie sind viele Methoden zu wortlastig. In solchen Fällen wird versucht, eher erfahrungs- und handlungsorientierte Techniken einzusetzen. Dazu gehören beispielsweise die Verhaltenstherapie oder Methoden der körperorientierten Psychotherapie (Fliss, 2008, S. 257).

Traumatherapie für geistig nicht behinderte Kinder und Jugendliche

Traumatherapie für geistig nicht behinderte Kinder und Jugendliche bezieht sich vordergründig entweder auf Typ-1- oder auf Typ-2-Traumatisierungen. Zu den traumatherapeutischen Methoden bei Typ-1-Traumatisierungen gehören beispielsweise EMDR oder KIDNET (Hensel, 2012, S. 21). Demgegenüber stehen bei Typ-2-Traumatisierungen traumabezogene spieltherapeutische Methoden oder imaginative Methoden im Vordergrund (Hensel, 2012, S. 23). Die Grenzen sind allerdings nicht immer klar gezogen. So werden EMDR und KIDNET auch bei Typ-2-Traumatisierungen eingesetzt (ebd.).

Bezüglich der Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen findet sich in der Fachliteratur und in den Fachartikeln wenig. Dies zeigt sich auch darin, dass es nur eine Aufzählung der eingesetzten Methoden gibt. Der Kinder- und Jugendpsychotherapeut Thomas Hensel beschreibt drei Zugänge, die in der Traumatherapie bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden (2012, S. 156). Hensel betont allerdings, dass sich seine Auflistung auf die Erfahrungen aus seiner Praxis sowie auf Erfahrungen von Berufskolleginnen bezieht. Zu den drei Zugängen gehören: EMDR, traumabezogene spieltherapeutische Verfahren sowie die Arbeit mit Trauma-Narrativen. In den folgenden Kapiteln werden diese drei Zugänge vertieft erläutert. Jeder Zugang wird zuerst in seinen Grundlagen beschrieben. Danach folgt der Bezug zu geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Anschließend werden die beiden Methoden Prä-Therapie und Psychopharmakotherapie beschrieben. Beide werden vereinzelt auch erwähnt im Zusammenhang mit traumatisierten geistig behinderten Kindern und Jugendlichen.

5.1 EMDR

Mit schmerzvollen Gedanken beschäftigt machte die amerikanische Psychologin Francine Shapiro 1987 einen Spaziergang durch einen Park. Dabei fiel ihr auf, dass schnelle Links-Rechts-Augenbewegungen ihren Seelenschmerz deutlich abbauten. In den folgenden Jahren experimentierte sie ausführlich mit dieser Beobachtung (Van der Kolk, 2016, S. 299). Als Folge davon stellte Shapiro 1995 unter dem Namen EMDR eine schulenübergreifende und hochstandardisierte Methode für die Traumatherapie vor (Landolt, 2012, S. 136). EMDR steht für die Abkürzung für „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ und kann auf Deutsch übersetzt werden mit „Desensibilisierung und kognitive Restrukturierung mittels Augenbewegungen“ (Landolt, 2012, S. 135).

Der Therapieverlauf nach EMDR besteht aus acht klar definierten Phasen (Schubbe, 2006, S. 86). Der Schwerpunkt liegt dabei auf der bilateralen Stimulation. Diese wird vom Therapeuten angeleitet. In den Anfangsjahren der Methode bestand die bilaterale Stimulation darin, dass der Therapeut durch Links-

Rechts-Fingerbewegungen beim Klienten Augenbewegungen auslöste. Während der Weiterentwicklung der Therapie kamen noch das rhythmisch abwechselnde Antippen der Handflächen sowie auditive Reize hinzu (Schubbe, 2006, S. 107). Die Wirkungsweise dieser bilateralen Stimulation ist noch nicht genau geklärt (Van der Kolk, 2016, S. 312). Folgende drei Hypothesen werden momentan am intensivsten erforscht:

- a) In der REM-Phase⁷ bewegen sich die Augen unter den Lidern hin und her. Es wird davon ausgegangen, dass diese Bewegungen bei der Verarbeitung von Erinnerungen und Gefühlen helfen. Die EMDR-Arbeit versucht, diesen Prozess mit Augenbewegungen im Wachzustand auszulösen (Van der Kolk, 2016, S. 310).
- b) Durch die bilaterale Stimulation wird eine Entspannungsreaktion ausgelöst. Dies beschleunigt die Therapie (Schubbe, 2006, S. 108).
- c) Durch die bilaterale Stimulation kann sich der Klient im Hier und Jetzt orientieren. Damit kann die notwendige Distanz zu den traumatischen Bildern und Erinnerungen hergestellt werden (ebd.).

Innerhalb einer EMDR-Sitzung hält sich der Therapeut an das vorgegebene Standardprotokoll. Für die EMDR-Therapie mit Kindern und Jugendlichen gibt es ein altersmodifiziertes Standardprotokoll (ASP). Dieses versucht unter anderem, die Entwicklungsstände der Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen sowie die Bezugspersonen in die Therapie miteinzubeziehen (Hensel, 2017, S. 37). Ein Ziel dabei ist, dass die Sitzung „so unterhaltsam und fesselnd wie möglich ist“ (Greenwald; zitiert nach Hensel 2017, S. 37). Bei Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgestörungen wird EMDR nur als ein Baustein innerhalb des ganzen Therapieplans eingesetzt (Landolt, 2012, S. 136). Van der Kolk weist in einer Studie darauf hin, dass die Art des Traumas einen grossen Einfluss hat. EMDR zeigt bei Menschen mit einem Typ-1-Trauma Wirkung, vor allem nach Traumata im Erwachsenenalter. Bei chronischen und frühen Traumata in der Kindheit (Typ-2-Trauma) reicht EMDR hingegen nicht aus, um die Folgen aufzulösen (2016, S. 304).

Bezug zu geistig behinderten Kindern und Jugendlichen

Fallberichte zu EMDR zeigen auf, dass diese Methode auch bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen wirkt (Hensel, 2012, S. 157). Andrew Seubert ist der Erste, der EMDR bei Menschen mit geistiger Behinderung einsetzt. Er belegt, dass die kognitive Entwicklung keinen wesentlichen Einfluss auf die Wirkung von EMDR hat. Begründet wird dies damit, dass sich Menschen mit einer geistigen Behinderung genauso wie alle anderen Menschen auch an traumatische Erlebnisse zurückerinnern können. Sie haben dabei dieselben visuellen Vorstellungen. Auch die Verarbeitungsprozesse während EMDR-Sitzungen geschehen ähnlich flüssig wie bei geistig nicht behinderten Menschen (Hensel, 2012, S. 158f). Hensel betont jedoch die Voraussetzung, dass eine sprachliche Kommunikation mit dem geistig behinderten Kind oder Jugendlichen möglich sein muss. Für die EMDR-Arbeit mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen schlägt er Anpassungen vor. Dazu gehören zum Beispiel nicht-sprachliche Zugänge wie Musik, Malen, Handpuppen etc. oder ein allgemein aktiveres Vorgehen des Therapeuten, „um die Kinder bei der Stange zu halten“ (2007, S. 215).

⁷ Schlafphase, in der Träume auftreten

5.2 Traumabezogene spieltherapeutische Zugänge

Durch die Arbeiten von Piaget wurde erstmals wissenschaftlich belegt, dass die Sprache der Kinder bis zum Alter von zwölf Jahren das freie Spiel ist (Weinberg & Hensel, 2008, S. 111). Leontjev unterstrich diesen Aspekt fast dreissig Jahre später, indem er aufzeigte, dass das Spiel für drei- bis sechsjährige Kinder die dominierende Tätigkeit darstellt (Terfloth und Bauersfeld, 2015, S. 106). Bereits im zweiten Weltkrieg wurde die Spieltherapie bei kriegstraumatisierten Kindern angewendet (Weinberg & Hensel, 2008, S. 112). Anschliessend wurde sie in der Kinderpsychotherapie ein immer wichtigeres Element (Weinberg & Hensel, 2008, S. 112f). Weinberg und Hensel beschreiben sie als „eine wunderbare Möglichkeit, Kinder für eine professionelle Behandlung zu begeistern, ihre Ressourcen zu stärken und Konflikte kindgerecht zu lösen“ (ebd.). Die klassischen analytisch-tiefenpsychologischen oder personenzentrierten Spieltherapien stossen allerdings bei der Behandlung von traumatisierten Kindern oft an ihre Grenzen. Als Grund wird genannt, dass das spezifische traumapsychologische Wissen fehlt. Dadurch wird verhindert, dass die Wahrnehmung, das Erleben sowie das Verhalten des Kindes im Sinne von Traumafolgestörungen verstanden werden. Auf dem Fundament der bisher etablierten Spieltherapien ist zusammen mit dem Wissen aus der modernen Psychotraumatologie die „Traumazentrierte Spieltherapie“ nach Dorothea Weinberg entstanden (ebd.). In diesem Modell wird nach zwei Vorgehensweisen gearbeitet: zum einen mit der klassischen kindzentrierten Perspektive, bei der das Kind bestimmt, inwiefern es sich an das belastende Material heranwagt, zum anderen mit direkten Interventionen durch die Therapeuten. Diese Interventionen werden für die implizite und die explizite Traumaverarbeitung eingesetzt und sollen dem Kind helfen, das Traumamaterial zu bewältigen (Hensel, 2012, S. 165).

Tabelle 6: Implizite und explizite Traumaverarbeitung (Hensel, 2012, S. 165)

Implizite Traumaverarbeitung	Explizite Traumaverarbeitung
Aufbau von Sicherheit im Therapiezimmer	explizite Arbeit mit Spaltungen
Aufbau guter innerer Instanzen (z. B. ein imaginäres Wesen, das Schutz bietet)	explizite Rekonstruktion und Überwindung traumatischer Bilder
implizite Arbeit mit Spaltungen	

Eine Konfrontation mit den traumatischen Erfahrungen findet nur bei der expliziten Traumaverarbeitung statt (Weinberg & Hensel, 2008, S. 119). In diesem Zusammenhang wird die Trennung zwischen der ersten und der zweiten Realitätsebene betont. Die erste Realitätsebene bezeichnet die soziale Realität, in der das Kind ein Kind/Patient ist und der Therapeut ein Therapeut/Erwachsener ist. Dies ändert sich in der zweiten Realitätsebene: Durch das symbolische Rollenspiel können sich das Kind und der Therapeut in andere Rollen, Geschlechter, Lebewesen etc. verwandeln. Nur in dieser zweiten Realitätsebene werden traumabedingte Interaktionen zugelassen (Weinberg, 2010, S. 120f). Dank der beiden Realitätsebenen kann das Kind den Therapeuten als sicheren Anker in der Realität wahrnehmen. Zudem wird dadurch ein klarer Rahmen für traumabedingte Projektionen vorgegeben. Dieser Rahmen vermittelt dem Kind Sicherheit (Weinberg, 2010, S. 160). Ziel der traumazentrierten Spieltherapie ist das symbolische Beheben des Defizites des Kindes. Dadurch kann das Kind den Schmerz und die Angst integrieren (Weinberg, 2005, S. 210). Im Gegensatz zu EMDR ist die traumazentrierte Spieltherapie keine

manualisierte Behandlungsform. Weinberg bezeichnet sie als eine „sich organisch entwickelnde Behandlungsmethode“ (2010, S. 117).

Bezug zu geistig behinderten Kindern und Jugendlichen

Bezüglich der traumazentrierten Spieltherapie bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen gibt es fast keine Literatur. Bei Hensel findet sich ein Auszug aus einem Therapieprotokoll (2012, S. 166). Darin ist ein Ausschnitt nachzulesen aus einer Sitzung mit der zehnjährigen Lydia, die einen IQ von 60 hat. Etwas mehr Informationen finden sich zu Spieltherapien mit geistig behinderten Kindern. Solche Spieltherapien haben allerdings nicht die Bearbeitung traumatischen Materials im Fokus. Das Ziel besteht dort darin, generell die Entwicklung zu fördern (Goetze, 2008, S. 431). Doch auch Schilderungen aus diesen Spieltherapien sind spärlich und unsystematisch (Goetze, 2008, S. 430). Jedoch kann aus diesen Schilderungen ein positives Fazit gezogen werden: Bei dieser Art von Spieltherapie erhalten geistig behinderte Kinder und Jugendliche ein Kontrollgefühl (zurück). Zudem erfahren sie Wertschätzung und Akzeptanz. Diese neuen Erfahrungen bleiben ihnen in der Gesellschaft häufig verwehrt und haben deshalb einen positiven Einfluss auf ihre Entwicklung. Dies kann ihnen schlussendlich ermöglichen, mehr Selbstbewusstsein und Autonomie zu erlangen (Goetze, 2008, S. 439).

5.3 Arbeit mit Trauma-Narrativen

Das Wort „narrativ“ wird im Duden definiert als „erzählend, in erzählender Form darstellend“ (Duden, 2015, S. 1249). In der Arbeit mit Trauma-Narrativen besteht eines der Ziele darin, die traumatischen Erfahrungen zu benennen. Dies kann helfen, das Geschehene in die eigene Geschichte zu integrieren. Ein anderes Ziel liegt darin, dass es durch die Trauma-Narrative zu einem Gefühl der Kohärenz kommt (Hensel, 2012, S. 160). Das Kohärenzgefühl bezieht sich auf das Konzept der Salutogenese. Aron Antonovsky betrachtet in diesem Konzept die Themen Gesundheit und Krankheit aus einem neuen Blickwinkel. Er untersuchte, was die Menschen gesund macht oder gesund bleiben lässt (1997, S. 21). Bis anhin ging die Medizin der Frage nach, was die Menschen krank macht. Antonovsky kommt zum Schluss, dass die Kohärenz die Grundlage von Gesundheit ist. Diese Kohärenz setzt sich dabei aus drei Grunddimensionen zusammen:

Tabelle 7: Die drei Grunddimensionen von Kohärenz (Antonovsky, 1997, S. 34f)

Drei Grunddimensionen von Kohärenz	
Verstehbarkeit	Das eigene innere Erleben und auch die Geschehnisse im Aussen werden vom Individuum verstanden. Sie werden als sinnhaft und zu einem Teil auch als vorhersehbar wahrgenommen.
Handhabbarkeit	Die Herausforderungen des Lebens können gemeistert werden.
Bedeutsamkeit	Das eigene Leben macht Sinn. Es lohnt sich, sich einzusetzen. Auch unglücklichen Erfahrungen wird die Möglichkeit zum persönlichen Wachstum beigemessen.

In der Traumatherapie können die erzählerische Darstellung und Bearbeitung dazu führen, dass der Betroffene das Traumamaterial in seiner persönlichen Denkweise versteht. Zudem kann der Betroffene dem Geschehenen einen Sinn geben. Dadurch werden die mit dem Trauma verbundenen Herausforderungen des Lebens als handhabbarer erlebt (Hensel, 2012, S. 160). In der konkreten Arbeit mit Narrativen hat sich eine dreiteilige Vorgehensweise eingebürgert (Hensel, 2012, S. 160ff):

- **Teil A → Einführung:** Die ressourcenvolle, prätraumatische Zeit steht im Vordergrund. Diese meistens glückliche Zeit soll detailliert wieder ins Bewusstsein rücken. Besondere Beachtung erfahren gute Beziehungs- und Bindungserfahrungen.
- **Teil B → Traumafokussierung:** Traumatische Erlebnisse oder belastende biografische Lebensabschnitte werden genau beleuchtet. Bekannte Fakten werden in eine zeitlich korrekte Abfolge gelegt. Die Schilderungen werden möglichst detailliert betrachtet (z. B. sensorische Details, verbundene Emotionen, Symptome).
- **Teil C → Abschluss:** Das Kind soll erkennen, dass das traumatische Erlebnis vorbei ist und „dass es ‚irgendwie‘ gut ausgegangen ist“ (Hensel, 2012, S. 162). Basierend auf dieser Erkenntnis werden positive Handlungsmöglichkeiten für die Zukunft entworfen. Das Ziel ist der Umgang mit den Traumaerfahrungen.

Bezug zu geistig behinderten Kindern und Jugendlichen

Konkrete Vorgehensweisen für die Arbeit mit Trauma-Narrativen bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen finden sich in der Literatur nicht. Auch die vereinzelt Fallbeispiele lassen keine klaren Schlüsse zu, wie genau Trauma-Narrative eingesetzt werden sollten bei dieser Personengruppe. So findet sich ein Fallbeispiel, in dem die Geschichte des kleinen Löwenjungen Sascha erzählt wird (Hensel, 2012, S. 162ff). Diese fiktive Geschichte wird mit einem sexuell missbrauchten 9-jährigen Jungen (IQ 60) erarbeitet. Der kleine Löwenjunge Sascha hat dabei dieselbe Lebensgeschichte wie der 9-jährige Junge. Im Fallbeispiel wird der betroffene Junge durch die Trauma-Narrative nicht direkt erwähnt. Seine Erlebnisse werden durch die Erlebnisse des Löwenjungen Sascha ausgedrückt. In diesem Fallbeispiel wird nicht erläutert, ob Kinder im Gegensatz zu Jugendlichen immer indirekt angesprochen werden sollten in der Arbeit mit Trauma-Narrativen. In zwei anderen Fallbeispielen werden Trauma-Narrative bei zwei geistig behinderten Jugendlichen eingesetzt, allerdings nur punktuell. Die narrative Arbeit am Traumamaterial geschieht dort nicht mit einer stellvertretenden Geschichte, sondern die traumatischen Erlebnisse werden direkt angesprochen (Hensel, 2012, S. 96ff).

5.4 Prä-Therapie

„Das Prinzip ist einfach, doch die Kunst ist schwierig“. So fasst der amerikanische Psychologe Garry Prouty seine Methode zusammen, die er unter dem Namen Prä-Therapie begründet hat (Pörtner, 1996, S. 222). Diese Methode ist eine Weiterentwicklung des personenzentrierten Ansatzes nach Rogers.

Dieser definiert drei Bedingungen, die für die therapeutische Haltung wichtig sind: unbedingte Wertschätzung, Empathie und Kongruenz (Prouty, 1998, S. 32). Um diese Punkte in der therapeutischen Arbeit umzusetzen, entwickelte Prouty die sogenannten Kontaktreflexionen (Pörtner, 1996, S. 218).

Tabelle 8: Kontaktreflexionen und konkrete Beispiele (Pörtner, 1996, S. 218ff)

Kontaktreflexionen	Konkretes Beispiel
Situation ansprechen	„Sie spielen mit dem Bleistift.“
Eingehen auf die Körperhaltung (Ansprechen und z. T. Wiedergeben mit dem eigenen Körper)	„Sie fuchteln mit den Fingern herum.“
den Gesichtsausdruck ansprechen	„Es scheint, Sie haben Angst.“
Wort für Wort wiederholen	Klient: „Ich habe Angst“; Therapeut: „Sie haben Angst.“

Zudem wird das Prinzip des Wieder-Aufgreifens eingesetzt. Damit soll das Erleben beim Klienten immer wieder neu aktiviert werden. Pörtner führt dafür das Beispiel an: „Zum Anfang der Stunde haben Sie den Boden berührt und gelächelt“ (1996, S. 221). Mit diesen methodischen Hilfen soll es dem Therapeuten gelingen, sich einzufühlen „(...) in den anderen Menschen, in sein Erleben, in seine Ausdrucksweise, in seine Bilder, in seinen Wahn und in seine Abgründe“ (Pörtner, 1996, S. 225). Der Therapeut versucht, dem Patienten auf Augenhöhe zu begegnen. Dabei gibt der Patient das Tempo vor, der Therapeut drängt nicht. So gelangt der Therapeut zur inneren Welt seines Gegenübers (ebd.). Prouty verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff „to bridge in“⁸. Mit dieser Neuwortschöpfung wird das Anliegen ausgedrückt, dass eine Brücke in die Welt des Patienten gebaut wird. Es wird nicht versucht, den Patienten in die Welt des Therapeuten zu ziehen (Pörtner, 1996, S. 217).

Die Prä-Therapie richtet sich an Menschen, die als „nicht therapierbar“ oder als „nicht kontaktfähig“ gelten (Pörtner, 1996, S. 216). Dazu gehören beispielsweise Menschen mit Psychosen, Demenz oder mit geistiger Behinderung (Hensel, 2012, S. 156). Diesen Menschen soll die Prä-Therapie helfen, wieder in Kontakt zu kommen mit sich selbst, mit anderen und allgemein mit der Realität. Es wird betont, dass die Methode alltagsnah in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung eingesetzt werden kann. Sie kann dabei von allen Bezugspersonen angewendet werden (Pörtner, 1998, S. 9). Prouty führt anhand zahlreicher Beispiele gerade Halluzinationen und Wahnvorstellungen auf traumatische Erlebnisse zurück (Pörtner, 1998, S. 10). Zudem weist er darauf hin, dass bei geistig behinderten Menschen häufig eine Inzestproblematik in der Familie besteht. Dies führt zu einer Abkapselung des geistig behinderten Menschen, die auch in bizarrem oder autistischem Verhalten sichtbar werden kann (Pörtner, 1996, S. 223). Die Prä-Therapie soll innerhalb des psychotherapeutischen Prozesses ermöglichen, an die Ursachen dieser Halluzinationen und Wahnvorstellungen zu gelangen (Pörtner, 1996, S. 222).

5.5 Psychopharmakotherapie

Es finden sich keine detaillierten Angaben zur Psychopharmakotherapie als eine Methode der Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Auch hier müssen die Angaben aus dem

⁸ to bridge (engl.) = eine Brücke bauen

Kinder- und Jugendbereich mit jenen aus dem Bereich der geistig behinderten Erwachsenen verknüpft werden. In der aktuellen Forschung besteht noch verhältnismässig wenig Wissen über die neurophysiologischen Auswirkungen einer PTBS bei Kindern. Zudem gibt es noch keine kontrollierten Studien, die zeigen, dass Psychopharmaka bei Kindern mit einer PTBS wirksam sind (Marti, 2008, S. 238). Da solche kontrollierten Untersuchungen fehlen, sind die meisten Psychopharmaka für Kinder und Jugendliche offiziell nicht zugelassen. Gleichzeitig sind sie aber auch nicht verboten (Marti, 2008, S. 232). Dieser Graubereich führt dazu, dass verschiedene Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen mit akuten oder chronischen Traumafolgestörungen eingesetzt werden (Landolt, 2012, S. 149). Die am häufigsten verwendeten Psychopharmaka bei Kindern mit PTBS sind: Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (sogenannte SSRIs), serotonerge und adrenerge Wiederaufnahmehemmer, dopaminerge Wirkstoffe sowie adrenerge Wirkstoffe. Diese Psychopharmaka unterscheiden sich in der genauen Wirkungsweise voneinander. Gemeinsam ist ihnen, dass sie die drei Symptome einer PTBS – Wiedererleben, Überregung, Vermeidung – abschwächen können (Marti, 2008, S. 234ff).

Landolt betont den Grundsatz in der Kinderpsychotherapie, „dass Psychopharmaka nicht als alleiniges Mittel, sondern immer in Verbindung mit psychotherapeutischen Massnahmen angewendet werden sollten“ (2012, S. 151). Häufig ist zu beobachten, dass dies gerade bei geistig behinderten Menschen nicht der Fall ist. Sie werden nur mit einer Pharmakotherapie behandelt (Werther, 2005, S. 117).

Meins (1993, S. 131) weist darauf hin, dass Psychopharmaka die geistige Behinderung zusätzlich verstärken können. Als Grund dafür wird beschrieben, dass Psychopharmaka einen schädlichen Einfluss auf die Lernfähigkeit des geistig behinderten Menschen haben können. Ein weiteres Problem betrifft mögliche Nebenwirkungen. Geistig behinderte Menschen, die in ihrer Kommunikation deutlich eingeschränkt sind, können oft nicht auf Nebenwirkungen hinweisen (Schanze, 2007, S. 192). Darüber hinaus wird bei geistig behinderten Menschen auf die Gewichtszunahme als besonderen Risikofaktor hingewiesen (Schanze, 2007, S. 183). Psychopharmaka werden deshalb bei geistig behinderten Menschen meistens nicht als „Methode der Wahl“ beschrieben (Lotz-Rimbaldi, 2006, S. 44).

Vor allem Notfall-Interventionen mit Psychopharmaka können bei geistig behinderten Menschen verhängnisvolle Auswirkungen haben. Wird ein Medikament vor dem Beginn des Kontrollverlustes gegeben, kann es zwar die Spitze der Eskalation verhindern, gleichzeitig kann so aber auch eine heilsame Re-Orientierung in der Realität verhindert werden. Zudem erinnern sich manche behinderten Menschen durch die „gewaltvolle Abgabe“ von Psychopharmaka an traumatische Vorerfahrungen zurück, was wiederum retraumatisierend wirken kann (Elbing 2015, S. 38).

5.6 Zusammenfassung Traumatherapeutische Methoden

Es gibt fünf traumatherapeutische Methoden, die in der Literatur genannt werden im Zusammenhang mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen: EMDR, traumabezogene spieltherapeutische Zugänge, Arbeit mit Trauma-Narrativen, Prä-Therapie sowie die Psychopharmakotherapie. Ausser der Prä-Therapie stammen alle Methoden aus dem Bereich der geistig nicht behinderten Kinder und Jugendlichen. Es wird beschrieben, dass diese Methoden allerdings auch bei geistig behinderten Menschen angewendet werden.

5.7 Zwischenfazit

Geistig behinderte Kinder und Jugendliche sind bezüglich Trauma noch mehr betroffen und noch gefährdeter. Sie haben eine erhöhte Vulnerabilität, da sie aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung schlechter mit Belastungen, Gefahren und Gewalt umgehen können. Diese kognitive Beeinträchtigung führt oft dazu, dass sie sich im Vorfeld weniger vor solchen Erfahrungen schützen können. Dies hängt auch mit ihrer geringen oder fehlenden Sprachkompetenz zusammen. Die fehlende Sprachkompetenz hat zur Folge, dass geistig behinderte Kinder oder Jugendliche Schwierigkeiten haben, das Trauma sprachlich auszudrücken (Hennicke, 2012, S. 8).

Internationale Klassifikationen zur Ermittlung eines Traumas bei geistig behinderten Menschen fehlen. Ebenso sind die bestehenden internationalen Klassifikationen für Kinder und Jugendliche ungenügend, um ein Trauma feststellen zu können. Beides zusammen führt dazu, dass es auch für geistig behinderte Kinder und Jugendliche keine solchen internationalen Klassifikationen gibt.

Bezüglich einer sicheren Bindung ist anzunehmen, dass geistig behinderte Kinder zweifach gefährdet sind, kein sicheres Bindungsverhalten aufzubauen: Einerseits führen bei ihnen Ereignisse wie Vernachlässigung oder verschiedene Formen von Gewalt besonders häufig zu sequentiellen Beziehungstraumata. Andererseits ist ihre geistige Behinderung selbst bereits ein Risikofaktor. Eine sichere Bindung ist für geistig behinderte Kinder allerdings von grosser Wichtigkeit. Sie kann als stabilisierender Schutzfaktor wirken und ausserdem den Boden bereiten für eine bestmögliche Autonomie-Entwicklung und für das Ausschöpfen der kognitiven Ressourcen. Schlussendlich bildet eine sichere Bindung die Grundlage dafür, dass das geistig behinderte Kind befriedigende soziale Kompetenzen erwerben kann (Senckel, 2003, S. 130).

Das Ziel der Traumatherapie wird in der Literatur so beschrieben, dass das Trauma integriert werden kann in die Biografie. Dadurch kann die Lebensqualität wieder steigen. Es wird aber auch deutlich, dass Traumatherapie vor allem bei sequentiellen Beziehungstraumata ein sehr langer Prozess ist, der womöglich ein Leben lang dauert. Bezüglich der Therapiemethoden für geistig behinderte Kinder und Jugendliche ist die Datenlage so dünn, dass eine Bewertung schwierig ist. Es wird beschrieben, dass die einzelnen Methoden an das jeweilige Kind bzw. den jeweiligen Jugendlichen angepasst werden. Trotzdem stellt sich dabei die Frage, ob die Methoden EMDR, Spieltherapie sowie die Arbeit mit Trauma-Narrativen für Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht zu wortlastig sind. Viele Fragen stellen sich auch zur Psychopharmakotherapie bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Die Datenlage ist auch dort zu dünn, um belegbare Schlüsse zu ziehen.

6. Forschungsmethode

Dieses Kapitel gibt Auskunft über das forschungsmethodische Vorgehen und die dabei zugrunde liegende Theorie. Im Besonderen wird auf die drei Bereiche Datenerhebung, Datenaufbereitung sowie Datenauswertung eingegangen. Ebenso werden persönliche Überlegungen des Autors zu diesem Forschungsprozess aufgezeigt.

6.1 Qualitative Forschung

In dieser Arbeit wird die vordergründige Frage untersucht, inwiefern Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung gelingt. Zur Beantwortung dieser Frage wird der qualitative Forschungsansatz gewählt. Denn im Gegensatz zu den Möglichkeiten des quantitativen Forschungsansatzes kann das Thema „gerade nicht über das Messen ... erfasst werden“ (Helfferich, 2011, S. 21). Zudem können durch die qualitative Forschung subjektive Sichtweisen erfasst werden (ebd.). Um die Forschungsfrage dieser Masterarbeit zu beantworten, werden fünf Psychotherapeuten bzw. Psychiater im Kinder- und Jugendbereich befragt. Dadurch soll im Sinne der qualitativen Forschung „ein möglichst detailliertes und vollständiges Bild der zu erschliessenden Wirklichkeitsausschnitte“ gezeichnet werden (Kardoff; zitiert nach Helfferich, 2011, S. 25). In dieser Arbeit werden die sechs Dimensionen umgesetzt, mit denen Croopley (2011, S. 34) den qualitativen Ansatz definiert:

- Design: nicht-experimentell
- Umgebung: im realen Leben
- Datenerhebungsverfahren: mittels Aussagen der Teilnehmer (z. B. Interviews)
- Art von Daten: deskriptive Daten (z. B. Tonbandbandaufnahmen)
- Auswertung: bedeutungsorientierte Analyse (z. B. Inhaltsanalyse)
- Verallgemeinerungsstrategie: Hypothesenentwicklung (induktives Vorgehen)

Gütekriterien

Mayring (2015) beschreibt Gütekriterien für die qualitative Forschung. Damit können qualitative Forschungsansätze wie die in dieser Arbeit eingesetzte Inhaltsanalyse den „Status einer sozialwissenschaftlichen Forschungsmethode“ für sich beanspruchen (S. 123). Diese Arbeit richtet sich nach den folgenden sechs Gütekriterien von Mayring aus (2002, S. 144ff):

- **Verfahrensdokumentation:** Der Forschungsprozess wird detailliert dokumentiert. So können das Vorverständnis, die Analyseinstrumente, die Durchführung sowie die Auswertung der Daten für andere nachvollziehbar gemacht werden.
- **Argumentative Interpretationsabsicherung:** Interpretationen werden mit Argumenten begründet und sind theoriegeleitet. Nicht schlüssige Interpretationen werden erklärt.
- **Regelgeleitetheit:** Bearbeitet wird das Material anhand von bestimmten Verfahrensregeln. Dazu gehören das Festlegen der Analyseschritte, das Unterteilen des Materials in Einheiten und ein systematisches Vorgehen.
- **Nähe zum Gegenstand:** Die Beforschten werden nicht ins Labor geholt. Die Forschung findet im „Feld“, d. h. in der natürlichen Alltagswelt dieser Menschen statt.
- **Kommunikative Validierung:** Die Ergebnisse werden den Beforschten vorgelegt und mit ihnen diskutiert. Dadurch können die Ergebnisse auf ihre Gültigkeit überprüft werden.
- **Triangulation:** Mit verschiedenen Datenquellen, Theorieansätzen oder Methoden wird die Fragestellung beantwortet. Dies ergibt ein mehrperspektivisches, kaleidoskopartiges Bild.

Die kommunikative Validierung wurde aus Zeitgründen nicht durchgeführt. Da alle befragten Personen ein Exemplar der fertigen Arbeit erhalten, entstehen vielleicht nachträglich einzelne Diskussionen.

6.2 Datenerhebung

6.2.1 Erhebungsmethode

Wie in Kapitel 1.1 „Begründung Thema“ beschrieben wird, gibt es fast keine Literatur zur Fragestellung dieser Masterarbeit. Mieg und Näf (2006) sehen ein Experteninterview angezeigt, wenn „zur Beantwortung einer Forschungsfrage aktuelles Wissen oder erfahrungsgestützte Einschätzungen von Experten und Expertinnen benötigt werden, die sich nicht aus der Literatur erschliessen lassen“ (S. 1). Aus diesem Grund wurde das Experteninterview als Erhebungsmethode für diese Arbeit ausgewählt.

Experteninterview

Bei dieser Erhebungsmethode der qualitativen Forschung werden Experten Fragen gestellt. Die Experten geben in selbst gewählter (Fach-)Terminologie Antwort (Mieg & Näf, 2006, S. 8). Die Antworten auf diese Fragen ergeben die erhobenen Daten. Diese Daten werden später aufbereitet und ausgewertet (ebd.). Grosse Bedeutung erhalten die ausgewählten Experten. Während in der Soziologie eher die gesellschaftliche Funktion den Expertenstatus definiert (z. B. Manager eines Unternehmens zu sein), stellt die Psychologie die Kompetenz in den Vordergrund. Damit wird das besondere Wissen der Person zu einem Thema unterstrichen. Ebenso kommt zum Ausdruck, dass sich diese Person entsprechende Fertigkeiten angeeignet hat. Dabei gilt die 10-Jahres-Regel: Für einen Expertenstatus werden in etwa 10 Jahre Training und Erfahrung benötigt (Mieg & Näf, 2006, S. 9). Mit dieser Definition kann vermieden werden, dass Personen als Experten befragt werden, „die zu einem bestimmten Problem zwar eine Meinung, aber keine Erfahrung haben“ (Mieg & Näf, 2006, S. 10). Die Grundlage für ein Experteninterview bildet meistens ein gegenseitiges Sachinteresse. Es ist davon auszugehen, dass die Experten motiviert sind, über ihren eigenen Fachbereich zu berichten (Mieg & Näf, 2006, S. 13). Gleichzeitig findet aber auch eine spezielle soziale Interaktion statt. Einerseits sind die Experten meistens neugierig, wer die fragstellende Person ist. Andererseits ist es wichtig, dass die interviewende Person einen verhältnismässig kompetenten Eindruck als Gesprächspartner macht. Der interviewenden Person müssen deshalb die Fachausdrücke und Grundaussagen bekannt sein (Mieg & Näf, 2006, S. 8). Darüber hinaus stehen die Experten meistens in einem bestimmten institutionellen Kontext. Innerhalb dieses Systems nimmt die Person eine spezifische Rolle wahr (Mieg & Näf, 2006, S. 6f). So kann es Rollenkonflikte oder informelle Verhaltensregeln geben, welche „die Grenzen des Fragbaren und Hinterfragbaren für das Interview abstecken“ (Mieg & Näf, 2006, S. 7). Dies gilt es vor allem beim Verfassen des Interviewleitfadens zu berücksichtigen.

Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden ist ein wichtiger Faktor innerhalb des Experteninterviews. Er hält in schriftlicher Form das grob strukturierte Frageschema fest. Der Interviewer kann dies während des Interviews als Gedächtnisstütze verwenden. Während des Interviews werden dadurch keine wichtigen Fragen vergessen (Mieg & Näf, 2006, S. 21). Jede Frage innerhalb des Leitfadens muss in einem Zusammenhang

stehen, „... sowohl mit den vorangegangenen Fragen als auch mit den nachfolgenden Themenstellungen“ (Mieg & Näf, S. 22). Dringend empfohlen wird ein Vortest des Leitfadens. Mit diesem Vortest können zum Beispiel überflüssige Fragen herausgefiltert werden (Mieg & Näf, 2006, S. 24). Der definitive Interviewleitfaden wird den Experten etwa eine Woche im Voraus als Vorinformation zugesendet. Die Experten gewinnen so einen ersten Überblick über das Thema und können sich allenfalls noch vorbereiten (Mieg & Näf, 2006, S. 25).

6.2.2 Interviewte Experten

Die Suche nach Interviewpartnern erwies sich als schwierig. Unzählige Mails wurden hin- und hergeschickt. Teilweise erinnerte der Vorgang an die sprichwörtliche Suche nach der Nadel im Heuhaufen. Dies hat damit zu tun, dass es wie bereits erwähnt wenige Therapeuten gibt, die mit der entsprechenden Klientel arbeiten. Zudem sollte sich der Arbeitsort der Therapeuten im Raum Ostschweiz oder Zürich befinden, damit die Reisewege nicht zu viel Zeit kosten würden. Als hilfreich bei der Suche erwies sich eine Therapeuten-Liste der Schweizer Behindertenorganisation „insieme“, die im Internet abrufbar ist. Zudem waren persönliche Kontakte durch eine Mitstudentin und durch eine Dozentin an der HfH hilfreich. Schlussendlich entstand eine Liste mit fünf Namen. Diese Liste wurde mit der Betreuerin dieser Arbeit noch präzisiert. Dabei wurde darauf geachtet, dass durch die Ausbildungen und Arbeitsplätze der befragten Personen verschiedene Zugänge abgedeckt werden. Anhand dieser verschiedenen Zugänge können am Schluss mehrperspektivische Antworten auf die Forschungsfrage gefunden werden. Drei Personen haben Medizin studiert. Davon arbeiten zwei Personen als selbständig erwerbende Kinder- und Jugendpsychiater. Eine Person arbeitet beim Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD). Zwei weitere Personen haben Psychologie studiert. Eine dieser Personen arbeitet als Psychotherapeut in einer Heilpädagogischen Schule. Die andere Person arbeitet selbständig erwerbend.

6.2.3 Kurzfragebogen

Alle Personen erhielten einige Wochen vor dem Interview einen Kurzfragebogen per E-Mail. Dieser Kurzfragebogen besteht aus fünf Fragen (Anhang Kapitel 11.1.1) und gibt in groben Zügen einen Überblick über die Therapietätigkeit der jeweiligen Person. Ausserdem wurden die Personen gefragt, was für sie „geistig behindert“ bedeutet. So kann überprüft werden, ob in etwa dasselbe Begriffsverständnis besteht.

Tabelle 9: Ausschnitt aus der Auswertung des Kurzfragebogens

Name	Anzahl Jahre Erfahrung in der Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern & Jugendlichen	Anteil geistig behinderter Kinder & Jugendlicher im Vergleich zu den restlichen behandelten Personen	Durchschnittliche Dauer der Therapie mit geistig behinderten Kindern & Jugendlichen
B1	15	30 %	Mehrere Jahre
B2	19	Keine Angabe	Keine Angabe
B3	10	50 %	1–3 Jahre
B4	35	100 %	3–5 Jahre
B5	25	30 %	1–4 Jahre

Aufbau des Interviewleitfadens

Ungefähr zwei Wochen vor dem Interview wurde den Therapeuten per Mail der Interviewleitfaden zugeschickt (Anhang Kapitel 11.1.2). Dieser besteht aus fünf Themenblöcken. Jeder Themenblock wird mit einer übergeordneten Frage eingeleitet. Die übergeordneten Fragen sind bewusst offen gestellt. Mit offenen Fragen können Experten zum freien Reden animiert werden (Mieg & Näf, 2006, S. 24). Bei drei Themenblöcken folgen anschliessend spezifizierende Anschlussfragen. Mit diesen können mögliche pauschale Aussagen präzisiert werden (ebd.). Es wurde versucht, den Aufbau des Fragenkataloges in sich schlüssig zu gestalten: Zuerst werden die Grundlagen beleuchtet, dann die konkrete Therapie, anschliessend eine mögliche Umsetzung im Schulalltag. Am Schluss des Fragebogens werden die Personen gefragt, welche Aspekte des Themas bisher noch nicht zur Sprache gekommen sind. Einerseits können die befragten Experten dann eigene Schwerpunkte setzen, andererseits können dabei Themen zur Sprache kommen, die der Interviewer unbewusst ausser Acht gelassen hat.

6.3.2 Durchführung

Das erste Interview diente als Probeinterview. Dabei wurde überprüft, ob der Interviewleitfaden passend aufgebaut ist. Gleichzeitig wurde auch der Einsatz der Audioaufnahmegeräte geübt. Nach dem Probeinterview wurde im Themenblock zum Diagnostic Overshadowing eine zweite Unterfrage eingebaut (im Fragebogen im Anhang kursiv markiert). Alle Interviews wurden zwischen Juli und September 2016 durchgeführt. Die Interviews fanden in den jeweiligen Therapiezimmern der befragten Personen statt und dauerten 1–1,5 Stunden. In der qualitativen Sozialforschung wird vielfach darauf hingewiesen, dass eine natürliche Interviewsituation zentral ist. Aus diesem Grund konnten alle Personen in ihren deutschsprachigen Dialekten sprechen. Erst bei der Transkription wurden die Gespräche auf Hochdeutsch übersetzt.

Obwohl bereits im Erstkontakt per Mail geschildert, wurden nach der Begrüssung nochmals die Motivation und die Forschungsabsicht im Rahmen der Arbeit erklärt. Ebenso wurde nochmals erläutert, weshalb das Interview aufgenommen wurde und dass alle Aussagen in der Schlussfassung der Arbeit anonymisiert werden würden. Zweimal kam es vor, dass die Experten Themen ausführten, bevor diese im

Leitfaden angesetzt waren. Hier änderte der Interviewer spontan die Reihenfolge der Fragen. Die Personen beschrieben oft Zusammenhänge, die dem Interviewer in dieser Form noch nicht bekannt waren. In solchen Fällen wurden Vergewisserungsfragen gestellt („Habe ich es richtig verstanden, dass ...“).

6.4 Datenaufbereitung

6.4.1 Aufnahme

Jedes Interview wurde mit dem mobilen Audioaufnahmegerät „Zoom H1“ aufgenommen. Zur Sicherheit zeichnete parallel dazu auch noch ein Mobiltelefon auf. Diese Aufnahmen bilden die Grundlage für die Transkription.

6.4.2 Transkription

Nach der Aufnahme wurde das Datenmaterial transkribiert, d. h. in eine schriftliche Form gebracht. Aufgrund der ausführlichen und sehr informativen Interviews dauerte dieser Schritt sehr lange. Zuerst wurde die Transkriptionssoftware „f5“ ausprobiert. Diese verspricht viele Funktionen, die das Transkribieren effizienter machen sollen. Jedoch entpuppte sich das Abspielen, Anhalten und Zurückspulen der Aufnahmen mit der Multimedia-Verwaltungssoftware „i-Tunes“ als genauso effizient. Deshalb wurde das Programm „f5“ nicht weiter genutzt. Die befragten Therapeuten werden in den Transkriptionen „B1“, „B2“, „B3“, „B4“ und „B5“ genannt. Der Interviewer wird mit „I“ bezeichnet. Alle ausgesprochenen Namen oder Ortsangaben wurden anonymisiert. Grundsätzlich wurde versucht, die Aussagen originalgetreu zu übersetzen. Wegen der Leserfreundlichkeit wurde der Stil an einigen Stellen leicht geglättet. Satzbaufehler wurden teilweise behoben. Ebenfalls zugunsten der Leserfreundlichkeit wurden die Texte in normales Schriftdeutsch übertragen. Nonverbale Äusserungen wie Pausen oder Lachen wurden nur niedergeschrieben, wenn sie als wichtig für den Zusammenhang erachtet wurden. Die Transkriptionsregeln für diese nonverbalen Äusserungen wurden vor der Bearbeitung festgelegt (Anhang Kapitel 11.2.1).

6.5 Datenauswertung

6.5.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Die gesammelten Daten für diese Arbeit wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse untersucht fixierte Kommunikation in Form von Texten, Bildern, Noten oder symbolischem Material. Dabei ist ein systematisches Vorgehen wichtig, das so umgesetzt wird, dass die Analyse nach expliziten Regeln durchgeführt wird (Mayring, 2015, S. 12). Durch diese expliziten Regeln können „auch andere die Analyse verstehen, nachvollziehen und überprüfen“ (Mayring, 2015, S. 13). Zudem soll das systematische Vorgehen theoriegeleitet sein. Das bedeutet, dass jeder Schritt in Zusammenhang mit der vorher klar festgelegten Theorie steht. Auch die Ergebnisse werden vom ausgewählten Theoriehintergrund ausgehend interpretiert (ebd.). Die Inhaltsanalyse darf an den Forschungsgegenstand angepasst werden. Diese Gegenstandsangemessenheit ist wichtiger als die Systematik (Mayring, 2015, S. 131).

6.5.2 Inhaltliche Strukturierung

Innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse gibt es verschiedene Techniken zur Auswertung des Materials. Eine dieser Techniken ist die Strukturierung des Materials (Mayring, 2015, S. 67). Diese Technik wird auch strukturierende Inhaltsanalyse genannt und besteht aus einem achteiligen Ablaufmodell (Mayring, 2015, S. 98f):

1. Bestimmung der Analyseeinheiten
2. Festlegung der Strukturierungsdimensionen
3. Bestimmung der Ausprägungen sowie Zusammenstellung des Kategoriensystems
4. Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien
5. Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung
6. Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen
7. Überarbeitung, gegebenenfalls Revision des Kategoriensystems und der Kategoriendefinition
8. Ergebnisaufbereitung

Innerhalb dieser strukturierenden Inhaltsanalyse werden wiederum vier verschiedene Formen unterschieden. Eine dieser Formen ist die inhaltliche Strukturierung. Dabei werden der zweite und der achte Schritt des achteiligen Ablaufmodells differenziert (Mayring, 2015, S. 103):

2. Schritt: Festlegung von theoriegeleitet entwickelten Kategorien und evt. Unterkategorien.
Diese legen fest, welche Inhalte aus dem Material entnommen werden.

8. Schritt:
 - a) Paraphrasierung des entnommenen Materials
 - b) Zusammenfassung pro Kategorie
 - c) Zusammenfassung pro Hauptkategorie

Das Ziel dieser inhaltlichen Strukturierung besteht darin, Inhalte zu bestimmten Themen aus dem gesamten Material herauszulösen und zusammenzufassen (ebd.). Dem Verfasser dieser Arbeit erscheint diese Form am geeignetsten, um die Forschungsfrage zu beantworten. So können aus den fünf Interviews mit den Therapeuten jene Inhalte herausgefiltert und zusammengefasst werden, die für die Beantwortung der Fragestellungen bedeutsam sind.

6.5.3 Kategoriensystem

Im Zentrum jeder qualitativen Inhaltsanalyse steht das Kategoriensystem, welches aus einzelnen Kategorien besteht. Diese Kategorien werden im Zusammenhang mit der verwendeten Literatur ausgearbeitet und aus den Fragestellungen abgeleitet (Mayring, 2002, S. 114). Um die Fragestellungen in dieser Arbeit zu beantworten, wurden mit einem deduktiven Vorgehen fünf Kategorien auf das Material hin festgelegt:

1. Traumata und Traumafolgestörungen
2. Diagnostic Overshadowing
3. Traumatherapie
4. Transfer in die Heilpädagogische Schule (HPS)
5. Andere wichtige Aspekte

Innerhalb dieser Kategorien wurden wiederum Unterkategorien definiert. Anhand der Kategorien bzw. Unterkategorien erfolgte eine Bestimmung jener Textbestandteile, die aus den transkribierten Interviews herausgefiltert worden waren. Da das Kategoriensystem in dieser Arbeit immer wieder überarbeitet und rücküberprüft wurde, kam gleichzeitig auch ein induktives Vorgehen zum Einsatz. Das bedeutet, dass einige Unterkategorien erst während oder nach der Analyse der Interviews festgelegt wurden. So ergibt sich bei der Entwicklung der Kategoriendefinition ein „Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material“ (Mayring, 2015, S. 61). Am Schluss werden die herausgefilterten Textbestandteile im Zusammenhang mit den Fragestellungen interpretiert (ebd.).

6.5.4 Kodierleitfaden

Der Kodierleitfaden hilft der forschenden Person bei der Auswertung des Datenmaterials und ermöglicht, alle wichtigen Textbestandteile systematisch herauszufiltern. Gegenüber dem Kategoriensystem ist der Kodierleitfaden aber noch genauer ausformuliert. So definiert der Kodierleitfaden genau, welche Textbestandteile welcher Kategorie zugeordnet werden (Mayring, 2015, S. 97). Dazu müssen Kodierregeln festgelegt werden. Diese erlauben klare Zuordnungen, falls Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien auftreten (ebd.). In dieser Arbeit gelten für alle Kategorien die folgenden Kodierregeln:

- Der ganze Text wird untersucht.
- Verwendete Textstellen können aus einem Wort sowie auch aus mehreren Sätzen bestehen.
- Im Kern der Analyse steht der Inhalt. Deshalb werden identische Aussagen nur einmal kodiert.
- Möglicherweise kann eine Aussage mehreren Kategorien zugewiesen werden. In diesem Fall wird angesichts des Zusammenhangs entschieden, wie zugewiesen wird. Sofern es für die Beantwortung der Fragestellung hilfreich ist, kann eine Textstelle gleichzeitig zwei verschiedenen Kategorien zugewiesen werden (vgl. Lienhard, 2015, S. 50).

Ebenso wird jede definierte Kategorie bzw. Unterkategorie mit einem Ankerbeispiel versehen. Ein Ankerbeispiel ist eine konkrete Textstelle, die als Prototyp für die Kategorie dient (Eckes & Six; zitiert nach Mayring, 2002, S. 118). Im Folgenden ist ein exemplarischer Ausschnitt des Kodierleitfadens für die Kategorie „Traumata und Traumafolgestörungen“ abgebildet. Im Anhang unter dem Kapitel 11.3.1 findet sich der ganze Kodierleitfaden.

Tabelle 10: Ausschnitt aus dem Kodierleitfaden

Kategorie	Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiel
1. Traumata und Traumafolgestörungen	Formen (T1)	Formen von Traumafolgestörungen bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen, denen die interviewte Person in ihrem Berufsalltag begegnet	B4; 81–83: „Und dann haben wir am Schluss so ein Störungsbild. Wir sind dann mit wahnsinnig schwierigem Verhalten konfrontiert oder sie ritzen oder schreien nur.“
	Gründe (T2)	Gründe für die Traumata bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen	B4; 5–7: „Genau gleich wie bei anderen Kindern und Jugendlichen. Ich denke, es gibt einen Anlass und ein Ereignis, das die Kapazität, Verarbeitungsspanne und Ressourcen übersteigt.“
	Das wirklich Schmerzhafteste (T3)	Punkte, die schlussendlich als das wirklich Schmerzhafteste für das geistig behinderte Kind bzw. für den traumatisierten geistig behinderten Jugendlichen aufgeführt werden	B3; 223–226: „Auf jeden Fall glaube ich, dass das wirklich Schmerzhafteste bei diesen Kindern und Jugendlichen ist, dass sie es nicht wirklich gut zum Ausdruck bringen können. Dass man ihnen nicht glaubt.“

Ein erster Probedurchlauf mit dem Material zeigt auf, inwiefern mit den Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln klare Zuteilungen vorgenommen werden können (Mayring, 2015, S. 97). Meistens werden diese Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln nach dem Probedurchlauf überarbeitet (Mayring, 2015, S. 99). Anschliessend folgt der Hauptdurchgang. Dieser gliedert sich wie der Probedurchgang in zwei Arbeitsschritte. Zuerst werden im Datenmaterial die Textstellen der jeweiligen Kategorien gekennzeichnet. Dies geschieht meist durch verschiedenfarbige Markierungen des Textes oder durch das Hinschreiben der Kategoriennummern am Textrand (ebd.). Danach werden die gekennzeichneten Textstellen herauskopiert und in eine neue Tabelle eingefügt. Die Textstellen werden mit den exakten Fundstellen ergänzt, die aus den Abkürzungen der Interviewpartner sowie den Zeilennummern bestehen (z. B. 311–312). In dieser Masterarbeit wurde nach dem Hauptdurchgang noch ein Materialdurchgang vorgenommen, um die Textstellen möglichst genau zu erfassen.

6.5.5 Paraphrasierung

In einem nächsten Schritt wird zu jeder herausgefilterten Textstelle eine Paraphrase erstellt. Eine Paraphrase beschreibt die jeweilige Textstelle, indem sie sich nur auf den Inhalt beschränkt. Alle ausschmückenden und wiederholenden Textbestandteile werden weggelassen. Zudem werden die Paraphrasen in einer einheitlichen und knappen Sprache ausgedrückt. Dies geschieht, indem sie in einer grammatikalischen Kurzform formuliert werden (Mayring, 2015, S. 71). Eine Paraphrase ist jedoch keine bloße Zusammenfassung. Sie wird zwar textgetreu, aber in eigenen Worten festgehalten (Meuser & Nagel; zitiert nach Mieg & Näf, 2006, S. 72f). Die Herausforderung besteht darin, „dass nichts unterschlagen, nichts hinzugefügt und nichts verzerrt wiedergegeben wurde ...“ (ebd.). Für die weitere Auswertung der Daten werden am Schluss alle Paraphrasen nach Kategorien zusammengestellt. Diese Übersicht dient anschliessend dazu, die Ergebnisse noch weiter zusammenzufassen. Beispiele für Paraphrasen in dieser Masterarbeit finden sich in der nachfolgenden Tabelle. Die gesamte Paraphrasierung findet sich im Anhang (Kapitel 11.3.1).

Tabelle 11: **Ausschnitt aus Paraphrasierung**

Fundstellen		Herausgefilterte Textstellen	Paraphrasen
B3	157– 161	„Und wir als Heilpädagogen und Therapeuten kommen in eine Rolle, dass wir auch reagieren müssen. Und wie soll man jetzt da eine sichere Bindung schaffen? Und wie soll man einen sicheren Ort geben? Dann geht es darum, etwas Stress wegzunehmen. Weniger Anforderungen. Sicherheit zu geben. Gute Erlebnisse. Alternative Angebote.“	In der Therapie sichere Bindung und sicheren Ort schaffen durch: Stress wegnehmen, weniger Anforderungen, Sicherheit geben, gute Erlebnisse, alternative Angebote
	285– 287	„Also überhaupt, es gibt ja keine Therapie ohne Diagnostik. Und jede Therapiestunde ist diagnostisch und jede Diagnostik muss ein bisschen Therapie sein.“	Diagnostik und Therapie vermischen sich automatisch

6.6 Zusammenfassung der Forschungsmethode

Mit einem qualitativen Forschungsansatz wird versucht, die Fragestellungen und Hypothesen in dieser Arbeit zu beantworten. Die von Mayring (2002) definierten Gütekriterien qualitativer Forschung bilden die Grundlage. Das forschungsmethodische Vorgehen wurde in drei Etappen unterteilt: Zuerst fand die Datenerhebung statt. Dabei wurden fünf Psychotherapeuten bzw. Psychiater mit Hilfe eines Interviewleitfadens befragt. Danach folgte die Datenaufbereitung, bei der die Transkription der Daten im Zentrum stand. Zuletzt wurden die Daten mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Hierzu wurden die Daten in einem zehnteiligen Ablaufmodell einer strukturierenden Inhaltsanalyse unterzogen.

7. Darstellung der Ergebnisse

Auf den nachfolgenden Seiten werden die Ergebnisse dargestellt. Die Ergebnisse werden dabei anhand der einzelnen Kategorien bzw. Unterkategorien aufgezeigt.

7.1 Kategorie Trauma und Traumafolgestörungen

7.1.1 Formen

B5 erzählt, dass „die geistig behinderten Kinder ... die traumatischen Erfahrungen auf einer emotionalen und körperlichen Ebene genau so mitbringen“ (48–50). Dies führe dazu, „dass Symptome häufig über den Körper ausgedrückt werden“ (B3, 494–495). Die befragten Personen zählen dazu folgende Beispiele auf: Albträume, Affektkrämpfe, Menstruationsbeschwerden, starke Migräne mit Erbrechen, Anorexie, Ängste, Schreien, Bauchweh oder das Fehlen eines Schmerzempfindens. In diesem Zusammenhang wird auch selbstverletzendes Verhalten wie sich aufkratzen oder sich ritzen genannt. B4 und B2 erwähnen zusätzlich „klassische“ Traumafolgestörungen wie Erstarren und Dissoziieren. Apathie und ein autistisches Muster werden ebenfalls als Traumafolgestörungen genannt. Auch Verhaltensauffälligkeiten werden als eine Form von Traumafolgestörungen bezeichnet. Hierbei werden das Abhauen und das Klauen genannt, häufiges Weinen im Schlaf oder Schlafwandeln. Im Schulalltag würden diese Verhaltensauffälligkeiten im Testen der anderen Menschen und im zwanghaften Kontrollbedürfnis bzw. Beharren sichtbar. Dabei befinde sich das Kind oder der Jugendliche häufig in einem Hyperarousal. Ausserdem werden das Überschreiten der eigenen und fremden Grenzen sowie Zwänge aufgezählt. Für B5 werden dabei die Beziehungen zu den Lehrern und Betreuern willentlich zerstört, „damit wieder alles so ist wie immer ... So werden sie in ihrem Gefühl bestärkt, dass sie am Schluss dann doch alleine sind“ (168–172). Diese Verhaltensauffälligkeiten werden auch als Überlebensstrategien bezeichnet. Zwei Personen vertreten die Meinung, dass auch eine (leichte geistige) Behinderung eine Traumafolgestörung sein kann beziehungsweise dass das Trauma „eine Schwäche, die sich schon konstellierte, verstärken“ (B5, 140–141) könne.

7.1.2 Gründe

Bereits pränatale Einwirkungen wie Alkohol- oder Drogenkonsum der Mutter könnten Traumata verursachen, ebenso das Sterben eines Zwillings im Mutterbauch oder eine Frühgeburt. Nach der Geburt könne es traumatisierend wirken, wenn aufgrund der geistigen Behinderung der eigene Wille viel weniger entwickelt und beeinflusst werden kann als bei einem nicht behinderten Menschen oder wenn die damit verbundene Wehrlosigkeit oder die Missachtung der eigenen Grenzen fühlbar wird. Auch die Abhängigkeit von der Umwelt wird als traumatisch beschrieben. Dies führt für B3 zur traumatischen Erfahrung, „dass man mit ihnen eigentlich einfach macht und dass man nicht wirklich auf sie hört“ (153–155). Traumatisch könne auch wirken, wenn Übergriffe aufgrund der eingeschränkten Kommunikation nicht mitgeteilt werden können oder wenn sie nicht für wahr befunden werden. Dies bezeichnet B3 als „Trauma, nicht ernst genommen und nicht wahrgenommen zu werden“ (186–187).

Viele Eltern seien zuerst in grosser Trauer und geschockt über die geistige Behinderung ihres Kindes. Gemäss B3 bewirkt dieser Umstand beim Kind schon von Anfang an traumatische Erlebnisse, weil es

„in den meisten Fällen nicht gleich behandelt wird“ (298–301). B1 schildert, dass für den betroffenen Menschen die geistige Behinderung zu einer ständigen Überforderung und somit zu einem Trauma werden könne. So entwickle sich kein Selbstbewusstsein und „dann bist du im Dauerstress und kommst da nicht mehr raus“ (134–136). Für eine befragte Person kann die geistige Behinderung auch verstärkend auf das Trauma wirken. Viele der Gründe für Traumata werden unter dem Sammelbegriff „Physische Einwirkungen“ beschrieben. Sexueller Missbrauch wird hierbei häufig genannt und auch physische Gewalt, da gemäss B5 irgendwann „alle mit ihnen ausrasten“ (117–119). Auch Mangelernährung, gravierende Unfälle oder Operationen würden dazugehören. In diesem Zusammenhang wird auch betont, dass sich geistig behinderte Kinder und Jugendliche weniger vor Gewalt schützen können. Den physischen Einwirkungen stünden Gründe aus einer sogenannten invalidisierenden Umwelt gegenüber. Hier werden zum Beispiel emotionaler Missbrauch, Vernachlässigung, Adoption, Kinderheimvergangenheit, Krieg oder Flucht genannt. Für B4 gehört hier auch eine geistig behinderte oder in irgendeiner Form erkrankte Mutter dazu. Laut B4 sind es vor allem die Kombinationen verschiedener Faktoren über Jahre hinweg, die Traumata verursachen. Dies alles führe dazu, dass sich die Beziehung zur ersten Bezugsperson nicht vollständig entwickelt und „dort die Traumata anfangen“ (B3, 311–312). B5 sieht einen weiteren Grund in transgenerationalen Traumamustern, die allerdings noch wenig erforscht seien.

7.1.3 Das wirklich Schmerzhaft

Für B1 ist es dann wirklich schmerzhaft, wenn das Trauma durch Eltern oder Verwandte verursacht wurde. Laut B3 ist dies dann der Fall, wenn die Kinder und Jugendlichen das Trauma nicht zum Ausdruck bringen können oder man ihnen nicht glaubt. B4 antwortete, dass der wirkliche Schmerz darin liegt, dass das Baby in der eigenen Existenz nicht bestätigt wurde und dann „die erlebte Ohnmacht als ganz Kleines, das keine Grenzen spürte, fühlbar wird“ (125–127). Aufgrund der Überlebensstrategie bleibe der Schmerz für das Kind oder den Jugendlichen aber oft un gespürt, zumal dieser Schmerz häufig auch nicht im szenischen Gedächtnis gespeichert sei. Für B2 ist es die sichere Bindung, die nicht entwickelt werden kann – denn irgendwann wird das Kind „zu einem Jugendlichen, dann zu einem Erwachsenen, aber hat immer noch keine sichere Bindung“ (85–86). B5 nennt bei dieser Frage den Stress zwischen der Familie und der Institution, weil z. B. Mütter finden würden, dass sie wieder überhaupt nicht verstanden wurden.

7.2 Kategorie Diagnostic Overshadowing

7.2.1 Unterschiede zu geistiger Behinderung

B1 und B2 finden, dass geistige Behinderung, Trauma/Traumafolgestörung sowie psychische Erkrankung gar nicht voneinander unterschieden werden können, da alles so komplex sei. B4 hingegen erzählt, dass man mit dem Ausgrenzungsverfahren nach ICD-10 schauen könne, was zur geistigen Behinderung gehöre und was nicht. Zudem empfiehlt B4 zu Beginn immer eine klassische, umfassende heilpädagogische Diagnostik. Dies ergebe ein gutes Bild des Kindes oder Jugendlichen und „dann stellt sich die Frage nach dem Diagnostic Overshadowing gar nicht erst“ (329–330). Alle fünf befragten Personen finden, dass im Therapiealltag die Diagnosen gar nicht so zentral seien. B3 erklärt dies so, dass die Therapieform sowieso individuell auf den Klienten zugeschnitten wird und es – wenn man stark über

die Beziehung arbeitet – gar nicht unbedingt eine Diagnose brauche. Zudem hebt B1 hervor, dass Diagnosen vor allem wegen der Kostengutsprache von Bedeutung seien. B2 und B3 finden es wichtig, automatisch bei jedem geistig behinderten Kind mit Auffälligkeiten an einen Traumahintergrund zu denken. „So kann man Verständnis finden. Gerade in der Hilflosigkeit.“ (B2, 228–229). Für B5 ist es ein Sowohl-als-auch, was B4 mit den Worten beschreibt: „Man darf nicht nur das Eine und auch nicht nur das Andere anschauen“ (330–331).

7.2.2 Unterschiede zu geistig nicht behinderten Kindern und Jugendlichen

B2, B4 und B5 zeigen auf, dass bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen grundsätzlich dieselben Bedingungen mitbestimmend sind, die zu Traumata und Traumafolgestörungen führen. Dies sei deshalb der Fall, weil geistig behinderte Kinder und Jugendliche über dasselbe Nervensystem verfügen würden. Die geistige Behinderung führt gemäss B3 allerdings dazu, dass die „Symptome einer anderen Störung zugewiesen werden. Aber nicht als Traumafolgestörung erkannt werden“ (448–450). Deshalb gibt es für B3 am ehesten dann einen Unterschied, „wenn der Zusammenhang zu einer Traumafolgestörung nicht hergestellt werden kann bei einem geistig behinderten Menschen“ (446–448). Auch laut B2 gibt es Unterschiede, denn die geistige Behinderung könne dazu führen, „dass es bereits bei geringfügigen Belastungen zu Verhaltensänderungen und psychischen Störungen kommen kann“ (308–309). B5 sieht einen Unterschied darin, dass Traumata bei geistig behinderten Menschen eher zu einem emotionalen Wiedererleben und zu einem Durcheinander im Nervensystem führen. B2 betont, dass ganz konkrete Beschreibungen unmöglich seien und sagt: „Schlussendlich ist jeder einzelne Fall wieder individuell“ (312).

7.3 Traumatherapie

7.3.1 Grundsätzliches

Drei befragte Personen betonen die Wichtigkeit dessen, dass der Therapeut zuallererst mit dem Kind oder dem Jugendlichen in Beziehung kommt. B3 meint dazu: „Und diese Beziehung aufzubauen versuche ich am Anfang natürlich stark. Denn ich denke, wenn es nicht möglich ist, eine Beziehung aufzubauen zwischen mir und der Klientin oder dem Klienten, dann kann keine Therapie stattfinden“ (74–78). B4 versucht zu Beginn der Therapie herauszufinden, „was dieser Mensch therapeutisch für ein Beziehungsangebot braucht“ (391–394). Auch die Beziehung zum Umfeld des geistig behinderten Kindes oder Jugendlichen sei wichtig. B2 schlägt hierzu Rundtischgespräche vor, um einen gemeinsamen Boden zu finden. Für B4 braucht es ein systemisches und auch interdisziplinäres Arbeiten, damit ein Transfer aus der Therapie stattfinden kann. Denn diesen Transfer müsse man „zehn Mal so gross gewichten wie sonst“ (545–547). Gerade die Eltern sollten, wenn möglich, auch in die Therapie eingebunden werden, findet B5: „Das Arbeiten mit den Eltern. Und dem Kind zusammen. Auch nicht nur mit den Eltern, finde ich“ (733–734). Das Setting in den Therapiestunden werde von den befragten Personen individuell angepasst – zum einen zeitlich, wenn eine Therapiestunde bewusst nur 20 Minuten dauert, zum anderen aber auch räumlich, wenn ein Ort ausserhalb des Therapiezimmers besucht wird, der für das Kind bedeutsam ist. In einzelnen Fällen sei es auch nötig, dass das Kind oder der Jugendliche in eine stati-

onäre Einrichtung überwiesen wird. In jedem Setting sei es wichtig, dass für das Kind oder den Jugendlichen ein sicherer Ort geschaffen werden könne. Für B4 bedeutet dies auch, innerhalb der Therapiestunden „... etwas Stress wegzunehmen. Weniger Anforderungen. Sicherheit zu geben. Gute Erlebnisse. Alternative Angebote“ (159–161).

B4 und B5 betonen, dass es von Bedeutung ist, während der Therapiestunden die Grenzen der Kinder und Jugendlichen einzuhalten und zu tolerieren, „wenn sie bei mir die Grenzen nicht sehen. Und sie dann in einen angemessenen Umgang bringen, weil sie sich so auch gefährden“ (B5, 690–693). Für B4 muss man die Therapie „herunterbrechen auf den Behinderungslevel“ (448–449). Daneben sei es das Wichtigste, „dass die Kinder ein bisschen den Plausch haben. Dass sie gerne kommen“ (508–509).

Bezüglich der traumatherapeutischen Arbeit findet B5, dass diese überschätzt wird, und erwähnt, dass das Trauma nicht einfach gelöscht werden könne. „Aber es ist vielleicht ein bisschen Stress rausgenommen ... Dann haben meine Ressourcen wieder mehr Chancen, mit dem Aktuellen umzugehen“ (164–165). Ausserdem ist es für B5 in der Traumatherapie sehr wichtig, die Familiengeschichte gut anzuschauen. In diesem Zusammenhang seien auch die Schuldfragen von Bedeutung: „Und wenn das auf den Tisch kommt und wir anfangen, an dem zu arbeiten, dann kann sich etwas bewegen“ (249–250). Die Eltern sollten zudem wieder die Erfahrung machen, dass sie etwas bewirken können. Denn hilfreich ist laut B5 bei Traumatisierungen vor allem eines: „Das ist die Liebe“ (315–316).

B4 erzählt von einzelnen Elementen aus der Traumatherapie, die eingesetzt werden. Denn das klassische Traumakonzept funktioniere zwar bei einmaligen Traumata, allerdings helfe es nicht bei frühen, lang anhaltenden Traumafolgestörungen. Traumatherapeutisch arbeitet B4 vor allem dann, „... wenn so akute Reaktionen kommen, solche Überflutungen ...“ (385–386).

7.3.2 Methoden

Die befragten Personen nennen folgende Methoden, die sie einsetzen: EMDR, Verhaltenstherapie, systemisches Arbeiten, Sandspieltherapie sowie andere, nicht näher definierte spieltherapeutische Techniken. Häufig würden auch Elemente aus einzelnen Methoden eingesetzt, beispielsweise Elemente aus der Expositionstherapie nach Maggie Schauer. Zum Teil seien es weniger die Methoden, sondern eher Sichtweisen oder angeeignetes Wissen, die den Hintergrund der Therapie bilden: B4 erwähnt in diesem Zusammenhang den personenzentrierten Ansatz nach Rogers und die Methode des Aufzeichnens. B5 führt ihr medizinisches und psychologisches Wissen an sowie Kenntnisse aus der Traumaaarbeit nach Peter Levine und Stephen Porges. Zum Teil haben die befragten Personen die Methoden nicht gelernt, wenden aber trotzdem einzelne Elemente davon an. B2 findet es wichtig, zuerst zu schauen, wo das Kind oder der Jugendliche emotional steht, bevor aus dem Spektrum der Methoden ausgewählt wird. Für B4 wählt der Therapeut die Methoden vor allem danach aus, ob sie seiner Persönlichkeit entsprechen. B2 zufolge richtet sich die Wahl der Methode danach aus, inwiefern man das Kind oder den Jugendlichen damit „abholen“ kann. B3 findet es unabhängig von der Methode wichtig, dass der Ausdruck des geistig behinderten Menschen gefördert werden kann. Zudem findet diese Person: „Es darf nicht einfach nur Spielen sein. Und ich will zuerst immer über das Gespräch gehen“ (600–602). Bezüglich der Verhaltenstherapie gehen die Meinungen auseinander. B5 wendet die Verhaltenstherapie punktuell an, um ein Thema in der Therapie aufzubereiten oder nachzustärken. B3 hingegen findet: „Dann

gibt es ganz viele Leute, ... die arbeiten dann verhaltenstherapeutisch, mit Aufgaben oder Beobachtungsaufgaben, die sie nachhause geben. Aber ich denke einfach, so gibt es keine Therapie“ (83–94).

7.3.3 Verzögerte kognitive + sozial-emotionale Entwicklung

Vielfach gestalte sich aufgrund der verzögerten kognitiven und sozial-emotionalen Entwicklung bereits der Übergang in die Therapiestunde als schwierig. B2 schlägt vor, die Therapiestunde mit einem Bewegungsangebot wie Tischtennis oder Tischfußball zu beginnen, denn: „Es ist immer dasselbe: Schauen, wo kann man sie holen. Weil sonst machen sie nicht mit. Dann kommen sie schon gar nicht in die Stunde“ (450–452). B5 schlägt Übergangsobjekte vor, wenn es um allgemeine Übergänge innerhalb des Therapieprozesses geht. Ein solches Übergangsobjekt könne beispielsweise bei Schwierigkeiten mit der Taxifahrt in die Schule eingesetzt werden. Damit die Therapie dem kognitiven und sozial-emotionalen Stand des Kindes entspricht, passt B3 die Therapieziele an. Das bedeutet, dass es schon reiche, wenn das Kind oder der Jugendliche zu Beginn überhaupt im Therapiezimmer bleibe und mit dem Therapeuten irgendwie in Kontakt komme. B5 erzählt, dass sie die eingesetzten Methoden und Materialien dem kognitiven Stand des Kindes anpasse. Zudem setzt sie Kenntnisse aus anderen Fachgebieten wie zum Beispiel der pränatalen Psychologie ein. B5 begründet dies damit, dass in diesem Gebiet der kognitive und der sozial-emotionale Stand noch nicht so eine grosse Rolle spielen.

7.3.4 Verzögerte Sprachentwicklung

Die interviewten Personen bieten den Kindern und Jugendlichen mit einer verzögerten Sprachentwicklung andere Ausdrucksformen an. Dazu gehören spielerische Elemente, das Malen, das Kneten oder der Sceno-Kasten. B5 erwähnt in diesem Zusammenhang nochmals das Übergangsobjekt und beschreibt den Einsatz wie folgt: „Und er mir wieder erzählen konnte, obwohl er eigentlich nicht richtig sprechen kann, wie das jetzt genützt hat. Das ist dann halt ‚Mmmm‘ und er es mir so hingestreckt hat“ (724–726). B2 erzählt, dass dieser Ausdruck manchmal auch über eine dritte Person zustande komme. Das könne beispielsweise eine Pflegemutter sein, welche die Lautäusserungen des Kindes oder des Jugendlichen genau verstünde und übersetzen könne. Schlussendlich ist für B3 das Ziel, „etwas auszudrücken, wenn es verbal gar nicht geht“ (466–467). Gemäss B4 ist ein minimaler Ausdruck mittels Lautäusserungen, Gebärden oder Zeichnungen wichtig, um etwas aus der Innenwelt des Gegenübers spüren zu können: „Und dann kann ich auch reagieren“ (535–536). B4 legt ausserdem Wert darauf, dass die Bezugspersonen mitteilen, wenn es bedeutende neue Informationen gibt. Denn vielfach könnten die Kinder und Jugendlichen diese Informationen nicht selbst mitteilen.

7.3.5 Erschwerte Zusammenarbeit mit dem Umfeld

B1 vertraut darauf, dass der Leidensdruck das Umfeld irgendwann zur Zusammenarbeit bewegt. Zudem unterstreicht diese Person, dass zu viel Druck auf das Umfeld unwirksam sei, und fügt an: „Dann lieber es etwas lockerer angehen“ (374–375). B3 antwortet: „Vielleicht kann man nicht mit allen arbeiten. Aber man hat immer jemanden, mit dem man arbeiten kann“ (542–543). Wenn das Kind oder der Jugendliche in einer Institution wohnt, dann werde mit den Lehrpersonen oder den Sozialpädagogen zusammengearbeitet. B4 erläutert dies mit den Worten: „Aber für mich sind jetzt die Sozialpädagogen wie die Eltern so quasi. Jetzt systemisch auf die Zusammenarbeit bezogen“ (501–503). Auch mit den Beiständen

könne zusammengearbeitet werden. B5 bemüht sich noch mehr um Zusammenarbeit, wenn diese erschwert sei. Zudem wird dann versucht, mit den beteiligten Personen in Beziehung zu kommen. Ausserdem schlägt B5 vor, unkooperativen Eltern das Gefühl zu vermitteln, dass sie und die verfahrenere Situation mit dem Kind dem Therapeuten wichtig seien. Falls die Probleme in der Zusammenarbeit unüberwindbar seien, informiert B4 die Jugendanwaltschaft oder die Kesb. B5 und B2 erwähnen, dass sie in solchen Fällen die Therapie notfalls auch beenden.

7.4 Transfer in die Heilpädagogische Schule

7.4.1 Umsetzung im Schulalltag

Fast alle interviewten Personen betonen die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Damit ist sowohl die Zusammenarbeit zwischen den Lehrpersonen und den Sozialpädagogen als auch die Zusammenarbeit zwischen den Lehrpersonen und den Psychotherapeuten bzw. Psychiatern gemeint. B1 erwähnt, dass es wichtig sei, mit den Schulleitungen die Umsetzung im Schulalltag zu besprechen. Für B5 kann die Schule einen Teil dessen, was in der Therapie entstanden ist, übernehmen. Ein Teil könne auch mit dem Therapeuten weiterentwickelt werden. Obwohl dies einen grossen Aufwand darstelle, findet B5: „... unter dem Strich geht nachher so viel vorwärts, dass sich dieser Aufwand lohnt“ (820–822). Ein Übergangsobjekt zwischen Schule und Zuhause sowie das Schaffen eines sicheren Ortes werden als konkrete traumatherapeutische Elemente aufgeführt, die im Schulalltag umgesetzt werden könnten. Ebenso wird die Psychoedukation betont. Diese könne das Verhalten des Kindes oder des Jugendlichen erklären und zu Aha-Erlebnissen führen. Solche Aha-Erlebnisse könnten auch gegen die Verzweigung der Lehrperson helfen. Durch diesen Verständnishintergrund könnten die pädagogischen Fachpersonen ein anderes Wohlwollen entwickeln und mehr aushalten. Im Allgemeinen wird die Beziehung zwischen der Lehrperson und dem Kind oder Jugendlichen als ein zentrales traumatherapeutisches Element beschrieben, das im Schulalltag umgesetzt werden kann. Für B3 ist dabei generell das Interesse sehr wichtig. Denn Untersuchungen würden zeigen, dass vor allem das Interesse am Gegenüber helfe. „Das gilt jetzt nicht nur für Menschen mit einer Behinderung, sondern auch sonst“ (B3, 657–658). Bei B4 geht es darum, „... viel Einzelkontakt zu haben, Boden zu schaffen und viel gemeinsam zu erleben“ (633–634). Darüber hinaus ist es für B4 wichtig, sensibel auf die Retraumatisierungspunkte zu sein und Reinszenierungen des Kindes oder Jugendlichen zu erkennen. Laut B2 geht es manchmal auch einfach nur darum, den geistig behinderten Menschen während der Krise aufzufangen. B2 und B4 unterstreichen im Zusammenhang mit der Umsetzung im Schulalltag die Selbstfürsorge. B4 zufolge ist es wertvoll, die eigenen Gefühle bewusst wahrzunehmen, „Weil der Lehrer spürt ja auch happige Gefühle. Diese Wut, diese Unsicherheit. Das ist auch ein Teil, den man übernimmt“ (645–647). B2 findet es wesentlich, „... auf sich gut zu schauen. Das finde ich das Allerallerwichtigste“ (530–531).

7.4.2 Bedingungen

Auf personeller Ebene sieht B2 die Bedingung, dass die Lehrperson nach gravierenden Vorfällen eine Auszeit erhält. In diesem Zusammenhang stellt sich für B4 sowieso die Frage: „Was braucht ein Lehrer, um sich da auch ein bisschen zu schützen vor dem, was da kommt?“ (659–660). Gemäss B4 kann eine Lehrperson entlastet werden durch eine zusätzliche Klassenhilfe oder eine andere Fachperson, die das

Kind oder den Jugendlichen punktuell übernehme. Manchmal helfe es auch, wenn das Kind oder der Jugendliche die Klasse wechselt. Auf räumlicher Ebene werden als Bedingungen die Strukturierung des Klassenraums und ein Time-Out für das Kind oder den Jugendlichen genannt. Auf institutioneller Ebene sieht B2 eine Supervision für die Lehrperson als Bedingung. So entstünden keine Reinszenierungen mit der eigenen Geschichte. Oder die Institution signalisiere den Eltern, „dass es so einfach nicht weitergehen kann“ (535–536). Mit all diesen Bedingungen solle die Lehrperson Sicherheit erlangen. Denn erst dann könne sie einen sicheren Ort bieten. Darüber hinaus ist für B4 eine Bedingung, die Lehrpersonen mit Hochachtung wertzuschätzen. „Damit so ein Kind ausgehalten wird“ (653).

7.5 Andere wichtige Aspekte

7.5.1 Medikation

B5 nennt als ein Argument für eine Medikation, dass dadurch der aktuelle Stresslevel sinkt und sich so alle einmal erholen können. Ausserdem könne eine Medikation verhindern, dass das Kind aus der HPS fliege. Für B4 ist es eine Unterlassungssünde, keine richtige Medikation zu verabreichen, obwohl man bemerkt, dass es viel bewirke. Als Gegenargumente werden aufgeführt, dass wenige Ärzte Erfahrungen in der Medikation von geistig Behinderten hätten und die Indikation häufig Off-Label⁹ sei. Zudem gibt es laut B5 auch noch die Spät-Nebenwirkungen, „... welche letztendlich sicherlich nicht ganz ausdiskutiert sind“ (848–850). Die Einführung des Medikaments solle ganz sorgfältig und langsam gemacht werden. Das bedeutet für B5, dass dies in engster Absprache zwischen allen Beteiligten geschehe. Auch müsse in jener Phase viel mit den Müttern und Geschwistern therapeutisch gearbeitet werden. Gemäss B4 ist eine gute Diagnostik vor der Medikamentenabgabe das A und O. B2 antwortet, dass ein Medikament alleine noch nichts nütze. Für B5 ist es wichtig, die Medikamente auch wieder zu reduzieren, nachdem man weitergekommen sei.

7.5.2 Versorgungslage

B5 zufolge entsteht langsam ein Interesse an traumatisierten geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. B3 und B1 finden hingegen, dass dieses Thema immer noch tabu sei. B1 meint weiter: „Und dann stellt man lieber den Aspekt der Leistungsschwäche in den Vordergrund als den Aspekt des Traumas“ (415–416). Traumatherapeutische Angebote gebe es einerseits stationär und andererseits ambulant. Bei stationären Angeboten seien die Kinder und Jugendlichen innerhalb ihrer Schule bei festangestellten Psychotherapeuten in Behandlung. Eine Institution habe ein Intensiv-Förderprogramm für traumatisierte geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Zudem wird ein Kanton erwähnt, der über eine entwicklungspsychiatrische Fachstelle des KJPD's verfüge. Diese Fachstelle sei eine Anlaufstelle für Problemstellungen rund um traumatisierte geistig behinderte Kinder und Jugendliche. „Durch die Fachstelle bei uns im Kanton ist eher die Tendenz da, dass sich die Heilpädagogischen Schulen an diese Fachstellen wenden“ (B4, 703–704). Ambulante Angebote seien eher selten. B4 sagt dazu: „Ich habe auch immer riesig Mühe, jemanden zu finden, der nach dem Schulaustritt die Jugendlichen therapeutisch weiter betreut. Ich kenne vielleicht vier, fünf Personen, die das machen würden“ (706–707). B3

⁹ Off-Label = ausserhalb des genehmigten Gebrauchs

spricht von einer Unterversorgung, weil kein Geld ausgegeben würde für Therapie mit geistig behinderten Menschen. B4 sieht den Grund für die Unterversorgung zum einen darin, dass junge Psychologen schwer für die Psychotherapie mit geistig Behinderten zu begeistern seien. Zum anderen würden die behinderten Menschen in der Psychotherapieausbildung nicht erwähnt. B3 erzählt von der Schwierigkeit, dass die Krankenkasse die Behandlung überhaupt bezahle. Handlungsbedarf sehen die interviewten Personen im Aufbau von interdisziplinären Arbeitsgruppen und Spezialsprechstunden, in der Erforschung dieses Themas und in Traumakonzepten für die Institutionen.

7.5.3 Auseinandersetzung mit geistiger Behinderung

B5 berichtet, dass die geistige Behinderung häufig gelehnet würde und einen hohen innerfamiliären Stress zur Folge habe. Innerhalb der Familie könnten auch Schuldzuweisungen entstehen: „Ihr bringt schlechtes genetisches Material“ oder „Ich habe ja immer gesagt, die solltest du nicht heiraten“ (248–250). B1 und B5 erzählen, dass dies auch zu Scheidungen führen könne. Für B5 gibt es aber Bewegung im Therapieprozess, wenn an den Schuldzuweisungen gearbeitet werde. Zudem müssten mit den Eltern auch die Grenzen ihres Kindes ausgehalten werden. Wenn die Eltern die geistige Behinderung ihres Kindes annehmen können, könne dies Trost spenden sowie den Reichtum sichtbar machen. B5 weiss von Familien, die dankbar für die neu gewonnene Lebensqualität seien aufgrund der geistigen Behinderung des Kindes. „Weil sie daneben die Kinder ihrer Kolleginnen sehen, die dermassen spulen, nur damit das Kind jetzt ins Gymnasium kommt“ (B5, 294–296). Weiter ist es für B5 wichtig, die Geschwister der geistig behinderten Kinder nicht zu vergessen. Diese müssen sehr viel leisten. „Sonst funktioniert der Laden nicht zuhause“ (353–354). Laut B4 setzen sich auch die Kinder und Jugendlichen mit ihrer geistigen Behinderung auseinander: „Auf dem traumatisierten Hintergrund ist es noch schwerer, die geistige Behinderung wie zu akzeptieren. Und trotzdem Selbstbewusstsein zu entwickeln“ (98–100). B4 meint weiter: „Also ich habe sehr viel Schmerz von Behinderten gehört. Sehr viel Verzweiflung, sehr viel Wut. Wegen dem Spüren von Behindert sein“ (118–119). B1 wünscht sich, anstatt der Schwächen der Menschen ihre Stärken zu sehen. „Wenn wir das alle so sehen würden, dann wären wir alle viel zufriedener und glücklicher“ (257–259). B5 findet, dass man mit behinderten Menschen sehr viel lernen könne: „Einfach diese Bezogenheit. Eine Treue, eine Liebe. Eben das Leben im Reinsten, dann auch irgendwo“ (313–315).

7.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Geistig behinderte Kinder und Jugendliche können traumatische Erfahrungen genau gleich erleben wie alle anderen Menschen. Deshalb treten dieselben, z. T. „klassischen“ Traumafolgestörungen auf. Diese werden gerade im Schulalltag vor allem in Verhaltensauffälligkeiten sichtbar. Verschiedene Formen physischer Einwirkungen sowie eine invalidisierende Umwelt sind die häufigsten Gründe für die Traumata. Manche Gründe haben auch mit der geistigen Behinderung selbst zu tun. Die Diagnosen sind im Therapiealltag nicht so wichtig. Deshalb ist Diagnostic Overshadowing ein eher unbedeutendes Thema. Vielmehr stehen das Kind oder der Jugendliche sowie die Beziehung zu ihm im Zentrum. Für die traumatherapeutische Arbeit werden bestehende Methoden oder Ansätze kombiniert und an den Behinderungslevel angepasst. Diese Kombinationen werden kreativ und unkonventionell auf das Kind oder den Jugendlichen zugeschnitten. Damit soll ihnen ein Ausdruck ermöglicht werden. Zudem wird versucht,

systemisch und interdisziplinär zu arbeiten. In vielen Fällen bedeutet Traumatherapie auch, dass sich die Eltern und ihre Kinder mit dem Fakt der geistigen Behinderung auseinandersetzen. Für den Schulalltag gibt es konkrete traumatherapeutische Elemente, die umgesetzt werden können. Deren Umsetzung erfordert gewisse Bedingungen, die stark mit der Haltung der Schulleitungen verknüpft sind.

7.7 Vergleich Literatur vs. Expertenantworten

Es gibt deutlich mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen den Expertenantworten und den Aussagen der im Theorieteil dieser Arbeit dargestellten Literatur. Aus Platzgründen wird in diesem Unterkapitel mehrheitlich auf die Unterschiede eingegangen. Beispielsweise erwähnt Kühn (2012, S. 75), dass die Unterstützte Kommunikation, das Teacch-Konzept oder die leichte Sprache hilfreich sein können in der Traumapädagogik mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Diese Möglichkeiten werden von den interviewten Therapeuten nicht erwähnt. Eventuell sind ihnen diese Formen nicht oder zu wenig bekannt. Von den im Theorieteil dieser Arbeit aufgeführten Methoden (EMDR, spieltherapeutische Zugänge, Arbeit mit Trauma-Narrativen, Prä-Therapie, Psychopharmakotherapie) wird einzig die Prä-Therapie nicht von den befragten Personen eingesetzt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Prä-Therapie in der Schweiz wenig verbreitet ist.

Eine Gemeinsamkeit soll jedoch hervorgehoben werden: Im Theorieteil dieser Arbeit wird aufgezeigt, dass die gängigen Klassifikationssysteme traumatische Erfahrungen im Kindesalter teilweise nicht einschliessen. Dazu gehören insbesondere chronische interpersonelle Traumata im frühen Alter, zu denen Vernachlässigung oder psychische Kindesmisshandlung zählen. Ebenso gehören traumatische Trennungen von wichtigen Bezugspersonen oder invasive medizinische Eingriffe dazu. In den Interviews erwähnen die Experten genau diese Punkte. Sie beobachten häufig ebendiese nicht klassifizierten Gründe, die den Traumahintergrund der geistig behinderten Kinder und Jugendlichen bilden.

8. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den vorangegangenen Seiten interpretiert und diskutiert. Damit eine gute Übersichtlichkeit gegeben ist, geschieht dies wiederum entlang der einzelnen Kategorien bzw. Unterkategorien. Die Diskussion und die Interpretation der Ergebnisse bilden anschliessend das Fundament für die Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen. Am Schluss dieses Kapitels wird die angewendete Forschungsmethode diskutiert.

8.1 Interpretation der Ergebnisse

8.1.1 Kategorie Traumata und Traumafolgestörungen

Grundsätzlich werden dieselben Traumafolgestörungen erwähnt, die auch in der Literatur beschrieben werden. Spannend im heilpädagogischen Kontext ist, dass die interviewten Personen auch Apathie bzw. ein autistisches Muster sowie Verhaltensauffälligkeiten als Traumafolgestörungen aufführen. Allgemein werden einige Traumafolgestörungen genannt, die im Schulalltag oft im Zusammenhang mit ADHS oder mit Verhaltensauffälligkeiten gesehen werden. Dazu gehören zum Beispiel der Hyperarousal, das Zerstören von Beziehungen sowie das Überschreiten von Grenzen. Der Autor dieser Arbeit vermutet, dass die Apathie bzw. ein autistisches Muster in einigen Fällen mit dem von Huber (2003) beschriebenen Trauma-Symptom „Dissoziation“ zusammenhängen könnte. Gleiches wird in Bezug auf den Hyperarousal angenommen, der von Reichert-Oppitz (2014) als ein PTBS-Symptom im Sinne einer Überregung bezeichnet wird. Bezüglich der Gründe für die Traumata fällt auf, dass diese bis in die vorgeburtliche Zeit zurückreichen. Ebenso sticht hervor, dass viele Gründe erwähnt werden, die im Zusammenhang mit der geistigen Behinderung stehen. Die geistige Behinderung scheint ein Nährboden für traumatische Erfahrungen zu sein – beispielsweise dann, wenn es um den gewaltlosen Umgang mit dem geistig behinderten Kind und um dessen Akzeptanz geht. Andererseits werden aber wie auch bei Sinason (2000) und Oliver (1988) Fälle genannt, in denen ein Trauma wie z. B. sexueller Missbrauch eine leichte geistige Behinderung verursachen kann. Daneben werden jedoch auch Gründe wie emotionaler Missbrauch oder Flucht erwähnt, die bei allen anderen Menschen genauso vorkommen. Die Antworten auf die Frage nach dem wirklich Schmerzhaften gehen auseinander. Vermutlich nehmen dies die befragten Personen bei jedem Kind individuell anders wahr. Besonders schmerzhaft scheint es zu sein, wenn das Trauma durch nahestehende Menschen verursacht wird, sich wiederholt und länger andauert. Diese Antworten decken sich mit der Grafik von Terr (1991), die solche Traumata als die gravierendsten bezeichnet. Ausserdem scheint es noch schlimmer zu werden, wenn der Schmerz aufgrund der geistigen Behinderung nicht ausgedrückt werden kann oder wenn ihm von aussen keine Beachtung geschenkt wird.

8.1.2 Kategorie Diagnostic Overshadowing

Die Antworten lassen den Schluss zu, dass Diagnostic Overshadowing im Therapiealltag nicht allzu wichtig ist. Dies scheint damit zusammenzuhängen, dass die traumatisierten geistig behinderten Kinder und Jugendlichen in erster Linie als Individuen betrachtet werden. Zudem steht die Beziehungsgestaltung im Vordergrund. Möglichkeiten zur genauen Unterscheidung zwischen geistiger Behinderung, Trauma und psychischer Erkrankung werden zwar genannt, allerdings weisen die befragten Personen

auf die komplexen Wechselwirkungen hin. Zudem zeigen sie auf, dass eine ganz genaue Unterscheidung – zum Beispiel mittels der im Theorieteil beschriebenen Differentialdiagnose (Hennicke, 2005, S. 363) – letzten Endes unmöglich ist. Eine bis ins letzte Detail differenzierte Diagnose scheint sowieso überflüssig zu sein, wenn sich der Therapeut grundsätzlich ein umfassendes Bild des Kindes oder Jugendlichen macht. So wird auch automatisch ein Traumahintergrund in Betracht gezogen, was als etwas sehr Grundlegendes beschrieben wird. Unterschiede zu geistig nicht behinderten Kindern und Jugendlichen werden eingeräumt, scheinen aber im Therapiealltag nicht sehr relevant zu sein. Der Autor vermutet in diesem Zusammenhang dieselben Gründe wie soeben beschrieben. Den Begriff Psychische Erkrankung erwähnen die befragten Personen selten. Dies kann einerseits damit zusammenhängen, dass er im Therapiealltag mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen nicht von Belang ist oder gar nicht verwendet wird. Andererseits kann dieser Umstand auch mit der Fragetechnik des Autors in Verbindung stehen (Vergleich Kapitel 8.3 „Diskussion der Forschungsmethode“).

8.1.3 Kategorie Traumatherapie

In der Literatur wird Traumatherapie als Sammelbegriff für verschiedene Verfahren verwendet (Smolenski, 2006). Dies wird durch die Antworten der befragten Personen bestätigt. Auch sie setzen verschiedene Methoden im Sinne eines integrativen Ansatzes ein (Fliss, 2008). Ebenfalls wird die Aussage von Böhler (2009) bestätigt, dass Traumatherapie für geistig behinderte Kinder und Jugendliche ein Feld für Pioniere ist. Dies zeigt sich auch im Einsatz der verschiedenen Methoden. Bestehende Methoden aus der Kinder- und Jugendpsychotherapie werden an den Behinderungslevel des Kindes oder Jugendlichen angepasst. Auch werden einzelne Elemente von Methoden eingesetzt, die zum Teil nicht in einer Ausbildung erlernt wurden. Dieses Vorgehen mutet auf den ersten Blick eventuell etwas unsystematisch und behelfsmässig an. Der Autor vermutet, dass es aber genau diese flexible Kombination und Anpassung verschiedener Methoden und Sichtweisen sind, die sich in der Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen bewähren. Zudem zeigen die Antworten auf, dass es vor allem um den Ausdruck des Kindes oder Jugendlichen geht. Durch welche Methoden dieser Ausdruck zustande kommt, scheint zweitrangig zu sein. Zudem legen die Antworten nahe, dass der Erfolg der eingesetzten Methoden auch damit zusammenhängt, inwiefern sie der Persönlichkeit der Therapeuten entsprechen. Neben den eingesetzten Methoden gibt es ganz grundsätzliche Punkte, die für die befragten Therapeuten wichtig sind. Dazu gehört zum Beispiel eine tragfähige therapeutische Beziehung zum Kind oder Jugendlichen sowie auch zum Umfeld. Erst diese ermöglicht einen sicheren Ort für den betroffenen Menschen. Ausserdem bestätigen alle Experten durch ihre Antworten die Aussage von Hensel (2012), dass ein Einzelsetting zu wenig bewirkt. Aufgrund der oftmals komplexen Zusammenhänge müssen die Therapeuten eng mit dem Umfeld zusammenarbeiten. Komplex wird es vor allem dann, wenn auch Familiengeschichten betrachtet werden. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass nur eine befragte Person auch Schuldfragen bespricht, vor allem mit den Eltern. Dies kann damit zusammenhängen, dass dies ein sehr brisanter Punkt ist. Zudem müssen die Eltern zu diesem Schritt bereit sein, was bei unkooperativen Eltern fast aussichtslos ist. Aus den Antworten geht weiter hervor, dass das klassische Traumakonzept nur beschränkt erfolgreich ist. Vermutlich hängt dies damit zusammen, dass es die interviewten Personen meistens mit frühen und sehr komplexen Traumatisierungen zu tun haben. Ihre Vorgehensweise entspricht dann den Schilderungen im Theorieteil (z. B. Huber, 2009). So wird

nicht versucht, Traumata aufzulösen, sondern vielmehr, die Traumata in die Biografie des Menschen zu integrieren. Dies kann dem Kind oder Jugendlichen helfen, wieder Ressourcen aufzubauen und sich wieder auf neue Beziehungen einzulassen.

Wenn die kognitive bzw. sozial-emotionale Entwicklung sowie die Sprachentwicklung verzögert sind, passen die Therapeuten die Therapie an das Kind oder den Jugendlichen an. Dementsprechend werden Therapieziele angepasst oder andere Ausdrucksformen angeboten. Zudem wird psychologisches Wissen eingesetzt, bei dem die Sprache nicht im Vordergrund steht (pränatale Psychologie). Den befragten Personen ist es wichtig, trotz der erschwerten Voraussetzungen genügend Informationen über den betroffenen Menschen zu erhalten. Dabei zeigen sie sich offen und auch kreativ, beispielsweise wenn eine Pflegemutter die Lautäußerungen eines behinderten Mädchens übersetzt. Die Antworten unterstützen die Aussagen im Theorieteil (Werther, 2005), wonach die Zusammenarbeit mit dem Umfeld von geistig behinderten Menschen sehr herausfordernd sein kann. So werden auch Fälle erwähnt, in denen der Therapieprozess beendet wurde oder die Kesk oder die Jugendanwaltschaft herbeigezogen wurden. Die geschilderten Fälle legen die Vermutung nahe, dass dies nicht aus Gründen der Selbstfürsorge geschieht. Vielmehr scheinen diese Massnahmen dann getroffen zu werden, wenn die Therapeuten aus langjähriger Erfahrung abschätzen können, dass die Therapie unter diesen Bedingungen nicht mehr weitergeführt werden kann.

8.1.4 Kategorie Transfer in die Heilpädagogische Schule

Die Therapeuten nennen viele Elemente aus der Traumatherapie, die im Schulalltag an einer HPS umgesetzt werden können. Teilweise werden diese Elemente zwar als zeitintensiv beschrieben, gleichzeitig wird aber der Gewinn betont, da anschliessend viele positive Veränderungen geschehen. Die Elemente bedürfen keines speziellen kognitiven, sozial-emotionalen oder sprachlichen Entwicklungsstandes von Seiten des Kindes oder Jugendlichen. Zudem können viele dieser Elemente als „universelles“ pädagogisches Handeln bezeichnet werden. Dazu gehören zum Beispiel das Interesse an den traumatisierten geistig behinderten Kindern oder Jugendlichen sowie eine gute Beziehung zu ihnen. Diese allgemeingültigen Elemente scheinen auf den ersten Blick einfach in der Umsetzung. Trotzdem bedürfen sie vermutlich einer intensiven Auseinandersetzung mit fachlicher Begleitung. Der Autor vermutet weiter, dass für diese Auseinandersetzung engagierte Lehrpersonen nötig sind, welche die Wichtigkeit dieses Themas erkannt haben. Die Therapeuten erwähnen zudem die Rolle der Schulleitungen. Deren Interesse am Thema wird wahrscheinlich entscheiden, ob sich eine traumasensible Haltung (Schmid, 2011) entwickelt und welche Elemente forciert und auch institutionalisiert werden. Auch viele der von den Experten genannten Bedingungen sind für den Autor fest mit den Schulleitungen verknüpft. Denn Elemente wie ein Time-Out, zusätzliche Klassenhilfen oder Supervisionen durch Psychologen hängen wahrscheinlich zu einem grossen Teil davon ab, ob die Schulleitungen dafür finanzielle Mittel zur Verfügung stellen.

8.1.5 Kategorie Andere wichtige Aspekte

In den Antworten der Therapeuten kommen Aspekte vor, die nicht direkt mit dem Fragebogen zusammenhängen. Trotzdem sind diese Aspekte im Zusammenhang mit dem Thema dieser Arbeit bedeutend. Ein Punkt, der die befragten Personen beschäftigt, sind Psychopharmaka. Es ist herauszuhören, dass

man einerseits froh über diese Medikamente ist, andererseits ist man sich auch der Gefahren bewusst. Mit ganz klaren Bedingungen für die Medikamentenabgabe wird versucht, diese Gefahren möglichst zu minimieren. Grundsätzlich betonen die Therapeuten aber die Aussage von Landolt (2012), in der Therapie mit Kindern Psychopharmaka nur zusammen mit Psychotherapie anzuwenden. Es darf angenommen werden, dass die Medikation ein sehr komplexes Thema ist und die Therapeuten zuweilen auch Druck von aussen spüren, eine Medikation zu starten. Ein anderer wichtiger Aspekt betrifft die Versorgungslage an traumatherapeutischen Angeboten für geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Es wird ganz klar von einer Unterversorgung berichtet. Dies hat damit zu tun, dass es wenige Psychologen bzw. Psychiater gibt, die sich für dieses Thema interessieren. Zudem wird dieses Thema in den Therapieausbildungen nach wie vor nicht erwähnt. Darüber hinaus werden für diese Patientengruppe nur beschränkt finanzielle Mittel eingesetzt. Der Autor vermutet, dass die Finanzen den wichtigsten Grund für die Unterversorgung darstellen. So befinden sich die in Kapitel 7.5.2 „Versorgungslage“ erwähnte Institution mit dem Intensiv-Förderprogramm und die entwicklungspsychiatrische Fachstelle des KJPD's beide in einem Kanton, der vergleichsweise viel Geld für den Bildungs- und Sozialbereich zur Verfügung hat. Ein dritter Aspekt in den Antworten ist die Auseinandersetzung mit der geistigen Behinderung. Es scheint, dass diese in der Traumatherapie mit geistig behinderten Menschen automatisch irgendwann zum Thema wird. Die Auseinandersetzung kann sowohl für die Familie als auch für den betroffenen Menschen sehr schmerzhaft sein. Die Äusserungen der Therapeuten lassen die Vermutung zu, dass Traumatherapie aber nur aussichtsreich ist, wenn die geistige Behinderung von allen angenommen werden kann. Das Annehmen führt in vielen Fällen auch dazu, dass ein Reichtum im Zusammenleben mit dem geistig behinderten Menschen fühlbar wird.

8.2 Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen

Im zweiten Kapitel dieser Arbeit werden die Fragestellungen und Hypothesen aufgezeigt. Sie bilden den Ausgangspunkt für die Experteninterviews mit den fünf Psychotherapeuten bzw. Psychiatern. Diese Fragestellungen und Hypothesen werden nun auf der Grundlage der soeben interpretierten und diskutierten Ergebnisse beantwortet.

8.2.1 Beantwortung der Hauptfragestellung

Inwiefern gelingt Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung?

Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab. Sehr wichtig ist eine systemische und interdisziplinäre Arbeitsweise, die einen ausführlichen Informationsaustausch ermöglicht. Psychoedukation kann den Beteiligten helfen, sich selbst sowie auch das Kind bzw. den Jugendlichen besser zu verstehen. Die Therapeuten nehmen dabei eine mehrperspektivische Sicht ein und müssen gute Kenntnisse über Traumafolgestörungen bei geistig behinderten Menschen haben. Gerade Verhaltensauffälligkeiten können so als Traumafolgestörungen erkannt werden. Zudem müssen gute Kenntnisse über geistige Behinderung allgemein vorhanden sein. Damit kann das Kind oder der Jugendliche in seinem Handeln besser verstanden werden.

Ebenfalls hilfreich für das Verstehen ist eine umfassende heilpädagogische Diagnostik. In der Anwendung der verschiedenen Methoden sind Kreativität und Flexibilität gefordert. Am wirksamsten ist eine Kombination verschiedener Methoden. Diese werden individuell an den Menschen und an seinen Behinderungslevel angepasst. Allerdings müssen die Methoden auch der Persönlichkeit der Therapeuten entsprechen. Dem Kind oder Jugendlichen muss mit den Methoden ein Ausdruck ermöglicht werden, was zum Teil Mut zu unkonventionellem Arbeiten verlangt. Das Therapiesetting darf räumlich und zeitlich angepasst werden. Ebenso müssen auch die Therapieziele individuell angepasst werden. Die Grenzen der Kinder oder Jugendlichen müssen akzeptiert werden. So wird ihnen in der Therapie ein sicherer Ort ermöglicht. Reinszenierungen müssen erkannt und Retraumatisierungen vermieden werden. Traumatherapie gelingt erst dann, wenn die Therapeuten eine Beziehung zum Kind oder Jugendlichen herstellen können. Dafür ist es wichtig, dass die Kinder und Jugendlichen mit etwas Freude in die Therapie kommen. Auch die Beziehung zum Umfeld ist wesentlich, vor allem zu den Eltern. In diesem Rahmen kann gemeinsam die geistige Behinderung des Kindes diskutiert werden. Je mehr die Eltern die geistige Behinderung akzeptieren, desto eher kommen Fortschritte in der Therapie in Gang. Oftmals ist es auch nötig, dass die geistige Behinderung direkt mit dem Kind oder dem Jugendlichen thematisiert wird. Dies kann längerfristig den Schmerz darüber lindern. Bei allen erwähnten Punkten ist es grundlegend wichtig, dass die Therapeuten die Selbstfürsorge hoch gewichten.

Hypothese:

- Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen gelingt.

Aus den Antworten der interviewten Personen kann geschlossen werden, dass Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen unter bestimmten Bedingungen gelingt. Allerdings können die Erinnerungen an das Trauma nicht aufgelöst werden, vielmehr werden traumatische Lebenserfahrungen angenommen und in die Biografie integriert. Ausserdem reduzieren sich die Traumafolgestörungen oder verschwinden ganz. Das Kind oder der Jugendliche hat wieder bessere Chancen, sich in der Gegenwart zu orientieren und sich weiterzuentwickeln.

8.2.2 Beantwortung der Unterfragestellung 1

Wie werden Traumata und Traumafolgestörungen von der jeweiligen geistigen Behinderung und von psychischen Erkrankungen unterschieden? (Stichwort „Diagnostic Overshadowing“)

Diagnostic Overshadowing kommt im Therapiealltag vor. Mit dem Ausgrenzungsverfahren nach ICD-10 sowie mit einer klassischen, umfassenden heilpädagogischen Diagnostik können die einzelnen Themen mehrheitlich voneinander abgegrenzt werden. Eine Unterscheidung bis ins letzte Detail ist allerdings nicht möglich. Dies gilt auch für die Unterscheidung von Traumata und Traumafolgestörungen bei geistig nicht behinderten Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Traumata und Traumafolgestörungen bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Grundsätzlich wichtig ist das Betrachten der vielen Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Bereichen.

Im Therapiealltag spielt das Diagnostic Overshadowing eine untergeordnete Rolle. Wenn fest über die Beziehung gearbeitet wird, wird eine Unterscheidung der verschiedenen Bereiche nicht als wesentlich erachtet. Zudem wird die Therapieform individuell zugeschnitten – unabhängig von einer Diagnose. Dabei steht der geistig behinderte Mensch als Individuum mit einem Problem im Zentrum. Das genaue Bezeichnen eines Traumas bzw. einer Traumafolgestörung und psychischen Erkrankung ist vor allem dann von Bedeutung, wenn es um die Kostengutsprachen der Krankenkassen geht. Das Wichtigste beim Thema Diagnostic Overshadowing ist nicht die genaue Unterscheidung der verschiedenen Bereiche, sondern dass ein Traumahintergrund überhaupt in Betracht gezogen wird.

Hypothesen:

- Traumata und Traumafolgestörungen können oft nicht trennscharf von der jeweiligen geistigen Behinderung oder von psychischen Erkrankungen unterschieden werden.

Diese Hypothese wurde bestätigt. Mit verschiedenen Diagnoseinstrumenten können die einzelnen Bereiche zwar mehrheitlich voneinander abgegrenzt werden, eine trennscharfe Unterscheidung voneinander ist aber wie vermutet nicht möglich.

- Diagnostic Overshadowing kann teilweise vermieden werden. Dazu muss den Therapeuten aber bewusst sein, wie sich ein Trauma oder eine Traumafolgestörung bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen äussern kann.

Diese Hypothese hat sich bestätigt. Die Schwierigkeit besteht allerdings darin, diese Traumata oder Traumafolgestörungen zu erkennen. Traumata können bei geistig behinderten Menschen eher zu einem emotionalen Wiedererleben und zu einem Durcheinander im Nervensystem führen. Wenn diese Zusammenhänge aber erkannt werden, kann Diagnostic Overshadowing teilweise vermieden werden.

8.2.3 Beantwortung der Unterfragestellung 2

Wie wird traumatherapeutisch mit einem geistig behinderten Kind oder Jugendlichen gearbeitet?

Das Fundament in der Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen besteht aus allgemeinen Punkten. Den wichtigsten Teil dieses Fundaments bilden die Beziehung bzw. der Beziehungsaufbau: einerseits zum Kind oder Jugendlichen, andererseits auch zum Umfeld. Das Fundament besteht zudem aus einer unkonventionellen Arbeitsweise, dem Anpassen der Therapieziele sowie dem Herunterbrechen der Therapie auf den Behinderungslevel. Zudem wird den Grenzen des Kindes oder Jugendlichen viel Bedeutung zugemessen. Dies ist eine der Voraussetzungen für die Ermöglichung eines sicheren Ortes. Mit einem systemischen und interdisziplinären Austausch wird der Informationsfluss gefördert.

Bezüglich der Methoden wird nach einem integrativen Ansatz gearbeitet. Dabei werden Elemente aus verschiedenen Methoden miteinander kombiniert. Zu diesen Methoden gehören: EMDR, Verhaltenstherapie, Systemisches Arbeiten, Psychopharmakotherapie, Expositionstherapie nach Maggie Schauer,

Sandspieltherapie und andere, nicht näher definierte spieltherapeutische Techniken. Mit diesen Methoden sollen dem Kind oder Jugendlichen verschiedene Ausdrucksmöglichkeiten angeboten werden. So soll ihnen ermöglicht werden, sich überhaupt auszudrücken. Ergänzt werden diese Methoden durch Wissen und Sichtweisen der Therapeuten (z. B. pränatale Psychologie). Orte für die Traumatherapie sind private Psychotherapiepraxen, der KJPD oder Therapiestellen, die in die jeweiligen Institutionen integriert sind.

Hypothesen:

- Es wird ein breites Spektrum an Methoden aus der Traumatherapie angewandt. Diese Methoden werden auch bei geistig nicht behinderten Kindern und Jugendlichen eingesetzt.

Diese Hypothese wird bestätigt. Da es keine traumatherapeutischen Methoden für geistig behinderte Menschen gibt, muss auf die bestehenden Methoden zurückgegriffen werden. Diese werden aufgrund der geistigen Behinderung aber individuell angepasst. Teilweise werden auch Methoden eingesetzt, die nicht von Grund auf in einer Ausbildung erlernt wurden. Der Anwendung der Methoden können Grenzen gesetzt sein, wenn es sich um frühe, lang anhaltende Traumafolgestörungen handelt.

- Die Methoden werden an die individuellen Voraussetzungen des Kindes oder des Jugendlichen angepasst (sozial-emotionale Voraussetzungen, kognitive Voraussetzungen, Voraussetzungen des Umfeldes).

Diese Hypothese erweist sich als richtig. Ganz wichtig dabei ist der Therapeut selbst. Die Methoden müssen seiner Person entsprechen und er muss sie gerne einsetzen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Methode etwas bewirken kann. Manchmal helfen aber auch Anpassungen an die individuellen Voraussetzungen nichts. Wenn der Widerstand aus dem Umfeld zu gross ist, brechen die Therapeuten in einzelnen Fällen die Therapie auch ab.

8.3 Umsetzung im Schulalltag

Soeben wurde in der Beantwortung der Unterfragestellung 2 aufgezeigt, auf welche Weise die Therapeuten traumatherapeutisch arbeiten. Pädagogische Fachpersonen an einer Heilpädagogischen Schule haben eine andere Ausbildung, einen anderen Berufsauftrag und andere zeitliche Ressourcen. Sie müssen und sollen deshalb nicht auf dieselbe Weise traumatherapeutisch arbeiten. In den Interviews wird aber ganz klar ersichtlich, dass auch Lehrpersonen, Sozialpädagogen, Logopäden etc. einzelne traumatherapeutische Elemente umsetzen können. Für eine bessere Übersichtlichkeit werden diese Elemente sowie die Bedingungen dafür in der folgenden Auflistung dargestellt:

Traumatherapeutische Elemente

- interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl unter den pädagogischen Fachpersonen als auch gemeinsam mit den Psychotherapeuten oder Psychiatern
- pädagogische Fachpersonen übernehmen Teile aus der Therapie oder entwickeln diese Teile mit dem Therapeuten weiter
- Übergangsobjekt zwischen Schule und Zuhause, wenn der Übergang in die Schule Mühe bereitet
- Schaffen eines sicheren Ortes
- Psychoedukation für die pädagogischen Fachpersonen
- Beziehungspflege zwischen pädagogischen Fachpersonen und dem Kind bzw. dem Jugendlichen
- Interesse der pädagogischen Fachpersonen am Kind bzw. am Jugendlichen
- viel Einzelkontakt und viele gemeinsame Erlebnisse zwischen pädagogischen Fachpersonen und dem Kind bzw. dem Jugendlichen
- sensibel sein auf die Retraumatisierungspunkte
- Reinszenierungen erkennen
- das Kind oder den Jugendlichen während einer Krise auffangen
- pädagogische Fachpersonen: eigene Gefühle wie Wut oder Unsicherheit bewusst wahrnehmen
- pädagogische Fachpersonen: Selbstfürsorge und eigenes Wohlbefinden beachten
- Umsetzung der einzelnen Elemente mit der Schulleitung besprechen
- bei Verdacht auf Traumahintergrund: Fachperson hinzuziehen
- im Team über das Kind bzw. den Jugendlichen reflektieren
- herausfinden, welche Bedürfnisse das Kind bzw. der Jugendliche hat
- herausfinden, was die Entwicklung des Kindes bzw. des Jugendlichen behindert
- Umweltbedingungen an das Kind oder den Jugendlichen anpassen: etwas Stress wegnehmen, weniger Anforderungen, alternative Angebote
- traumasensible Haltung bzw. das Thema überhaupt beachten
- gründliche heilpädagogische Diagnostik bezogen auf das Kind bzw. auf den Jugendlichen
- bisher angewendete pädagogische Methoden reflektieren
- Passung zwischen der Lehrperson und dem Kind bzw. dem Jugendlichen reflektieren
- Selbstbewusstsein des Kindes bzw. des Jugendlichen stärken
- Ausdauer haben

Bedingungen für die Umsetzung

- pädagogische Fachpersonen erhalten nach gravierenden Vorfällen eine Auszeit
- grundsätzliche Überlegungen, was die pädagogischen Fachpersonen für die Zusammenarbeit mit dem Kind bzw. Jugendlichen brauchen
- Entlastung durch eine zusätzliche Klassenhilfe
- Entlastung durch eine andere Fachperson, die das Kind oder den Jugendlichen punktuell übernimmt
- Klassenwechsel für das Kind bzw. den Jugendlichen
- Strukturierung des Klassenraums
- Time-Out für das Kind bzw. den Jugendlichen

- Supervision für die pädagogischen Fachpersonen
- die Institution signalisiert den Eltern notfalls, dass es so nicht weitergehen kann
- Wertschätzung für die herausfordernde Arbeit der pädagogischen Fachpersonen
- Psychoedukation für die pädagogischen Fachpersonen

8.4 Diskussion der Forschungsmethode

Ich erlebte den Forschungsprozess zwar als spannend, allerdings auch als sehr zeitintensiv. Das Festlegen auf die Fragen und Hypothesen benötigte sehr viel Zeit. Dasselbe war bezüglich des Kategoriensystems und Interviewleitfadens der Fall. Wie bereits erwähnt war auch das Finden der fünf Experten mit sehr viel Zeit verbunden. Ich würde das nächste Mal nur noch mit vier Experten Interviews durchführen. So könnte der zeitliche Rahmen eher in einem angemessenen Verhältnis zu den 20 ECTS-Punkten für diese Masterarbeit gehalten werden. Bei der Durchführung der Interviews gab es eine kleine Unregelmässigkeit im Zusammenhang mit der Frage: „Wie können Traumata und Traumafolgestörungen von der jeweiligen geistigen Behinderung und von psychischen Erkrankungen unterschieden werden?“. Bei der Transkription habe ich realisiert, dass ich hier nur bei zwei Experten das Wort „psychische Erkrankung“ erwähnt habe. Bei den ersten beiden Interviews erhielt ich den Eindruck, dass dieser Begriff für die befragten Personen nicht allzu relevant ist. Ich gehe davon aus, dass ich diesen Begriff deshalb unbeabsichtigt jeweils nicht mehr erwähnt habe.

Der Einsatz einer qualitativen Forschungsmethode war ein Gewinn. So konnte ich Wissen erheben, das ich in dieser Form in der spärlichen Fachliteratur nicht fand. Das Wissen der Experten ist zwar subjektiv, trotzdem konnte damit meines Erachtens ein guter Überblick über den aktuellen Stand zu diesem Thema gewonnen werden. Gleichzeitig boten diese Experteninterviews eine willkommene Abwechslung: weg vom Laptop und von den Büchern – raus ins „Feld“.

Die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring war anfänglich schwer zu verstehen. Ich hatte Mühe, die Formulierungen zu entschlüsseln. Als ich das Prinzip jedoch verstand, waren die einzelnen Schritte schnell verständlich. Hilfreich war in diesem Zusammenhang auch der Austausch mit anderen HfH-Studenten, die eine strukturierende Inhaltsanalyse durchgeführt haben. Bei den Gütekriterien nach Mayring wurde einzig die kommunikative Validierung nicht erfüllt. Die dafür nötige Zeit wäre in keinem angemessenen Verhältnis zum Umfang dieser Arbeit gestanden.

8.4 Zusammenfassung der Diskussion

Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen gelingt, wenn eine mehrperspektivische Sicht eingenommen wird. Zudem ist eine umfassende heilpädagogische Diagnostik zu Beginn der Therapie sehr wichtig. Am wirksamsten ist eine Kombination verschiedener Methoden. Es zeigt sich, dass die eingesetzten Methoden der Persönlichkeit der Therapeuten entsprechen müssen. Die Therapie kommt dann besser in Gang. Zudem ist es essentiell, dass die Therapeuten im Sinne der Selbstfürsorge gut auf ihr Wohlbefinden achten. Die Traumatherapie kann die Erinnerungen an das Trauma nicht auflösen. Das Trauma kann aber in die eigene Biografie eingebaut werden. Zudem haben die geistig behinderten Kinder und Jugendlichen wieder mehr Ressourcen, um mit dem Aktuellen umzugehen.

Diagnostic Overshadowing spielt in der Traumatherapie eine untergeordnete Rolle. Der Mensch mit einem Problem steht im Zentrum. Dabei spielt es keine Rolle, ob dieses Problem mit der geistigen Behinderung oder einem Trauma zusammenhängt. Am wichtigsten ist, dass überhaupt ein Traumahintergrund in Betracht gezogen wird. Dies gilt auch für die Heilpädagogischen Schulen, wenn sie die einzelnen traumatherapeutischen Elemente im Schulalltag umsetzen. Damit solche Elemente umgesetzt werden können, braucht es zudem engagierte Lehrpersonen, welche die Relevanz dieses Themas erkannt haben. Wünschenswert sind ausserdem Schulleitungen, die für die Umsetzung genügend finanzielle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung stellen.

9. Schlussteil

9.1 Überlegungen zur Traumatherapie

Diese Arbeit zeigt auf, dass Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen unter bestimmten Bedingungen gelingt. Dieses Ziel verfolgen die befragten Therapeuten auf beachtenswerte Weise mit viel Engagement und Kreativität. Trotzdem sollen an dieser Stelle einige Punkte im Sinne einer konstruktiven Kritik nochmals kurz betrachtet werden:

- a) **Ausdruck:** Die interviewten Therapeuten versuchen, den Kindern und Jugendlichen trotz ihrer eingeschränkten Möglichkeiten einen Ausdruck zu ermöglichen. Hier werden meines Erachtens die Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation noch nicht genügend ausgeschöpft. Es wäre wichtig, dass die Therapeuten Unterstützte Kommunikation in der Therapie einsetzen und sich diesbezüglich auch mit den pädagogischen Fachpersonen austauschen. Die Kinder und Jugendlichen hätten dann mehr Möglichkeiten, sich auszudrücken. Zudem gäbe es mehr Chancen dafür, dass die Therapeuten mit den Kindern und Jugendlichen in Kommunikation treten.
- b) **Familiengeschichten betrachten:** Einige Interviews zeigen, dass es für den Therapieverlauf zentral ist, die Familiengeschichten der Kinder und Jugendlichen zu kennen. Hier stellt sich die Frage, ob es noch mehr Möglichkeiten für die Therapeuten gibt, die Familiengeschichten zu erfahren. Sozialpädagogen können zwar teilweise die Rolle von Eltern übernehmen, sie wissen aber zu wenig über die Geschichte der Kinder und Jugendlichen. Meiner Einschätzung nach müssen die Bemühungen teilweise noch intensiviert werden, um mehr über die Geschichte des betroffenen Kindes oder Jugendlichen zu erfahren. Dies wäre vor allem bezüglich Schuldgeschichten im Zusammenhang mit der geistigen Behinderung wichtig.
- c) **Interdisziplinäre und systemische Zusammenarbeit:** Ich habe den Eindruck gewonnen, dass diese Zusammenarbeit grösstenteils gut funktioniert. Trotzdem glaube ich, dass sie noch vertieft werden könnte. Rundtischgespräche wären ein geeignetes Mittel dafür. Obwohl sie einiges an Organisation bedingen, hätten sie positive Auswirkungen auf den Therapieverlauf und würden allen Beteiligten helfen. Zudem müsste noch vertieft untersucht werden, wie die Zusammenarbeit zustande kommen kann. Schlussendlich hängt der Erfolg der Traumatherapie aber nicht nur vom Therapeuten ab. Oft braucht es alle Beteiligten bis hin zur Klassenhilfe und zum Taxifahrer.
- d) **Mitbestimmung:** Für geistig behinderte Menschen kann es traumatisierend sein, wenn sie nicht mitbestimmen können bzw. wenn mit ihnen immer „gemacht wird“. In diesem Zusammenhang sollten die Therapeuten mit den Kindern und Jugendlichen noch mehr daran arbeiten, dass sie in ihrem

Leben mitbestimmen können. Zudem sollte auch das Umfeld noch mehr auf diesen Punkt sensibilisiert werden.

- e) **Bezugspersonen:** Viele geistig behinderte Menschen erleben in ihrem Leben etliche Bezugspersonenwechsel. Zudem haben sie oft viel mehr professionelle Beziehungen als freundschaftliche Beziehungen. Hier stellt sich die Frage, inwiefern diese Bezugspersonenwechsel traumatisierend bzw. retraumatisierend wirken können. In den Interviews erhielt ich teilweise den Eindruck, dass dieser Punkt noch zu wenig beachtet wird.
- f) **Lebensalter vs. Entwicklungsalter:** Die Therapeuten müssen die Therapie und die Beziehung so gestalten, dass sie sowohl dem Lebensalter als auch dem Entwicklungsalter entsprechen. Dies ist eine grosse Herausforderung. Die Therapeuten müssen dabei eine gute Mitte finden. Anderenfalls wird es unmöglich, mit dem geistig behinderten Kind oder Jugendlichen eine therapeutische Beziehung aufzubauen.
- g) **ADHS und Autismus-Spektrum-Störung:** Sowohl die Literatur als auch die Interviewantworten zeigen auf, dass es Parallelen gibt zwischen Traumafolgestörungen und ADHS bzw. Autismus-Spektrum-Störungen. Nach meinem Ermessen steht ein Grossteil dieser Verhaltensweisen mit Traumafolgestörungen in Verbindung. Deshalb fände ich es wichtig, wenn die Therapeuten das Verhalten der Kinder mehr im Sinne von Traumafolgestörungen deuten würden. Die Kinder und Jugendlichen, ihre Biografien sowie ihr Verhalten könnten so nochmals besser verstanden werden.
- h) **Unterversorgung:** Das Thema „Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen“ muss dringend in die Therapeutenausbildung aufgenommen werden. Zudem sollten alle Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste über eine Spezialsprechstunde zu diesem Thema verfügen. Gleichzeitig braucht es auch mehr Psychotherapeuten in den Institutionen. Diese kennen das System und sind nahe an vielen wichtigen Ansprechpartnern. Interdisziplinäre Arbeitsgruppen könnten dazu führen, dass es mehr festangestellte sowie selbständig erwerbende Psychotherapeuten oder Psychiater gäbe, die sowohl im Kinder- und Jugendbereich als auch im Erwachsenenbereich mit geistig behinderten Menschen arbeiten.
- i) **Mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche:** Auch mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche können traumatische Lebenserfahrungen machen und Traumafolgestörungen entwickeln. Es wäre wünschenswert, dass es auch in diesem Bereich mehr Psychotherapeuten und Psychiater gäbe, die traumatherapeutisch mit dieser Personengruppe arbeiten.

9.2 Schlüsse für die heilpädagogische Arbeit

In Kapitel 8.3 „Umsetzung im Schulalltag“ wird aufgezeigt, welche traumatherapeutischen Elemente im Schulalltag umgesetzt werden können und welche Bedingungen dafür notwendig sind. Aus diesen Elementen und Bedingungen können Schlüsse für die heilpädagogische Arbeit gezogen werden. Einer dieser Schlüsse betrifft die Traumakonzepte, die bis jetzt an Heilpädagogischen Schulen noch nicht zu finden sind. Solche Konzepte wären sehr wichtig für die Umsetzung der einzelnen Elemente. Das Thema Trauma muss einen Platz an Heilpädagogischen Schulen haben. Psychotraumatologisches Wissen muss ein Bestandteil des schulhausinternen Wissens sein, vor allem auch deshalb, weil die Fachliteratur aufzeigt, dass beispielsweise ADHS-typische Hyperaktivität, autistische Verhaltensweisen sowie Wahrnehmungsstörungen Traumafolgestörungen sein können. Werden in solchen Fällen dieses

Verhalten und diese Störungen nicht als Traumafolgestörungen erkannt, können pädagogische und therapeutische Methoden wirkungslos bleiben.

Traumakonzepte könnten zudem eine traumasensible Haltung institutionalisieren. So würde das Thema innerhalb der Institution einen Stellenwert erhalten. Zudem könnte ein Trauma-Konzept genau festlegen, wie die Schule bei Verdacht auf Traumatisierung vorgeht. Dabei müsste auch klar festgehalten werden, dass die pädagogischen Fachpersonen keine Traumatherapie durchführen. Gleichzeitig müsste aber aufgezeigt werden, dass einzelne Elemente aus der Traumatherapie im Sinne einer Traumapädagogik durchaus erfolgreich umgesetzt werden können. Diese Elemente können den betroffenen Kindern und Jugendlichen helfen, einen sicheren Ort zu finden und wieder mit dem Umfeld in Beziehung zu kommen. Ausserdem müsste ein Trauma-Konzept aufzeigen, in welcher Form die Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bzw. -psychiatern stattfindet. Hier wären Psychotherapeuten, die direkt in der Institution arbeiten, für alle Beteiligten ein grosser Gewinn. So könnten Traumapädagogik und Traumatherapie gleichermaßen in der Institution etabliert werden. Zudem ist es bei allen Massnahmen wichtig, gegebenenfalls auch bei den ruhigen, in sich gekehrten Kindern und Jugendlichen an einen Traumahintergrund zu denken. In der Fachliteratur (Micknat, 2002; Levine & Kline, 2004) und auch in den Experteninterviews wird betont, dass gerade diese Kinder und Jugendlichen oft übersehen und dass ihre Traumafolgestörungen nicht erkannt werden.

Gleichzeitig dürfen Heilpädagogische Schulen nicht nur die „Traumabrille“ aufsetzen. Genauso wenig sollten andere Brillen zu stark im Vordergrund stehen. Wenn sich Institutionen nur auf eine Brille beschränken, laufen sie Gefahr, nur noch eine eingeschränkte Sichtweise einzunehmen. Um traumatisierte geistig behinderte Kinder und Jugendliche verstehen zu können, müssen alle in der Heilpädagogik bekannten Brillen bzw. Sichtweisen zum Einsatz kommen. Fehlinterpretationen können auf diese Weise vermieden werden. Ausserdem ergibt sich erst so ein ganzheitliches Bild vom Kind oder Jugendlichen. Sowohl in der Fachliteratur (Küng, 2012) als auch in den Experteninterviews wird die Wichtigkeit eines ganzheitlichen Bildes betont. Solch ein ganzheitliches Bild ist gerade auch im Zusammenhang mit den Förderplanungen an Heilpädagogischen Schulen von grosser Bedeutung.

Auch mit einem Trauma-Konzept würde sich die Frage stellen, wie die einzelnen pädagogischen Fachpersonen mit dem Thema Trauma umgehen. Wie im Theorieteil aufgezeigt wird, gibt es keine einheitliche Definition von Trauma. Darum besteht die Gefahr, dass dieses Thema zu theoretisch und zu fest über die Definitionen angedacht wird. Zudem ist der Begriff Trauma momentan in Mode und wird umgangssprachlich oft inflationär verwendet. Meines Erachtens sollte das Wort Trauma deshalb immer wieder durch das Wort „seelischer Schmerz“ ersetzt werden. Fast alle Menschen kennen Formen von seelischem Schmerz. Wahrscheinlich kann der Schmerz geistig behinderter Kinder und Jugendlicher besser verstanden werden, wenn er mit eigenen schmerzvollen Erfahrungen in Verbindung gesetzt wird. Ganz grundsätzlich muss das Bewusstsein vorhanden sein, dass in der Zusammenarbeit mit traumatisierten geistig behinderten Kindern und Jugendlichen auch eigene Themen anklingen können. Dazu muss der Mut da sein, diese Themen anzuschauen, möglicherweise auch mit psychologischer Hilfe. Letzten Endes hilft dies auch, die betroffenen Kinder und Jugendlichen besser zu verstehen. Dieses Verständnis vertieft die Beziehung und gibt nochmals Motivation und Ausdauer, was dazu führt, dass den Kindern und Jugendlichen als verlässliche Bezugsperson gegenübergetreten werden kann. Denn letztendlich muss es das Ziel sein, mit den Kindern oder Jugendlichen trotz ihrer geistigen Behinderung

und trotz ihrer Traumatisierung in Beziehung zu kommen. Bezüglich dieser Beziehung wird das Zitat von Onno van der Hart aus der Einleitung dieser Arbeit wieder aufgegriffen: „... Eine liebevolle Beziehung, die in mancher Hinsicht einfach ist, wird unerlässlich sein, um überhaupt von einem Trauma genesen zu können“ (zitiert nach Mayer b, 2015, S. 31).

Ich hoffe, mit dieser Masterarbeit aufzeigen zu können, wie existenziell diese Beziehung für traumatisierte geistig behinderte Kinder und Jugendliche ist. Denn dank einer liebevollen Beziehung können die Kinder und Jugendlichen neue, korrigierende Beziehungserfahrungen erlangen. Diese neuen Beziehungserfahrungen können ihnen dabei helfen, sich trotz des Traumahintergrundes wieder in der Gegenwart zu orientieren und sich dabei „in Richtung all ihrer Möglichkeiten zu entfalten“ (Böhler, 2009, S. 12).

10. Literaturverzeichnis

10.1 Literatur

- Affolter, F. (2007). *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache* (10. unver. Auflage). Villingen: Neckar.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGTV.
- Böhler, J. (2009). Faszinierend rätselhafte Lebenswelten. Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Psychoscope*, 7, 12-15.
- Böhler, J. (2012). *Personenzentrierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten*. Unveröffentlichtes Script, 4. Internationale Kinderpsychosozialtagung, Zürich.
- Cholemky H. & Freitag Ch. M. (2014). *Soziales Kompetenztraining für Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen*. Weinheim: Beltz.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations GmbH.
- Dosen, A. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Duden (2015). *Deutsches Universal-Wörterbuch*. Berlin: Bibliographisches Institut.
- Fischer, G. und Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. aktualisierte und erweiterte Auflage). München: Ernst Reinhardt.
- Fliss, C (2008). Spezifische Anforderungen an die Unterstützung geistig behinderter traumatisierter Menschen. In C. Fliss & C. Igney (Hrsg.), *Handbuch Trauma und Dissoziation* (S. 276-289). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Fornfeld, B. (2013). *Grundwissen Geistigbehinderten-Pädagogik* (5. aktualisierte Auflage). München: Reinhardt.
- Goetze H. (2008). Spieltherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In: S. Nussbeck, A. Biermann, H. Adam (Hrsg.), *Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung* (S. 5-14). Göttingen: Hogrefe.
- Heinz, A. (2016). *Der Begriff der psychischen Krankheit*. Berlin: Suhrkamp.

- Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten* (4. Auflage). Wiesbaden: VS.
- Hennicke, K. (2005). Psychiatrische Diagnostik. In B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.); *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 349-364). Göttingen: Hogrefe.
- Hennicke, K. (2012). Zur Einführung: Traumatisierte Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung – Um was geht es und wie gross ist das Problem? In K. Hennicke (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung* (S. 7-14). Berlin: Bundesvereinigung Lebenshilfe.
- Hennicke, K., Buscher, M., Hässler, F. & Roosen-Runge, G. (Hrsg.), (2009). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hensel, Th. (Hrsg.), (2007). *EMDR mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hensel, Th. (2012). Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen – Wo stehen wir. In K. Hennicke (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung* (S. 14-32). Berlin: Bundesvereinigung Lebenshilfe.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz.
- Hollenweger J. & De Carmargo K. (2013). *ICF-CY. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Hans Huber.
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann.
- Irlich, D. & Stahl, B. (Hrsg), (2003). *Menschen mit geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Irlich, D. (2005). Diagnostik posttraumatischer Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen. In B. Stahl & D. Irlich (Hrsg.); *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 399-410). Göttingen: Hogrefe.
- Irlich, D. (2006). Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Th. Klaus (Hrsg.), *Geistige Behinderung – psychologische Perspektiven* (S. 121-139). Heidelberg: Edition S.
- Irlich, D. (2012). Psychotraumatisierung bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung – Eine Herausforderung für Pädagogen und Therapeuten. In K. Hennicke (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung* (S. 32-65). Berlin: Bundesvereinigung Lebenshilfe.
- Kühn, M. (2012). Traumatisierte Kindheit in einer behindernden Wirklichkeit. In K. Hennicke (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung* (S. 65-80). Berlin: Bundesvereinigung Lebenshilfe.
- Kühn, M. & Bialek, J. (2014). Traumatisierte Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung: Zum Auftrag der Pädagogik. In S. Gahleitner & Th. Hensel & M. Baierl & M. Kühn & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern* (S. 225-238). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Luxen, U. (2012). „... damit Wunden heilen können“ – Traumapädagogische Fallvignette und entwicklungsfreundliche Beziehung. In K. Hennicke (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung* (S. 114-134). Berlin: Bundesvereinigung Lebenshilfe.
- Landolt A. (2008). Traumaspezifische Psychodiagnostik? In M. A. Landolt & Th. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 34-43). Göttingen: Hogrefe.

- Landolt A. & Hensel Th. (2008). Grundlagen der Traumatherapie. In M. A. Landolt & Th. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 13-30). Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, A. (2012). *Psychotraumatologie des Kindesalters* (2. überarbeitete & erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Levine, P. & Kline M. (2005). *Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können*. Münschen: Kösel.
- Lienhard, P. (2015). *Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen mit Autismus-Spektrum-Störung*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Hochschule für Heilpädagogik, Zürich.
- Marti, D. (2008). Pharmakotherapie. In: M.A. Landolt & Th. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 232-238). Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, Ph. (2002). *Qualitative Sozialforschung* (5. überarbeitete und neu ausgestattete Auflage). Basel: Beltz-Verlag.
- Mayring, Ph. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse* (12. überarbeitete Auflage). Basel: Beltz-Verlag.
- Meins, W. (1993). Psychotherapie und Psychopharmakotherapie – Probleme der gemeinsamen Anwendung bei geistiger Behinderung. In K. Hennische & W. Rotthaus (Hrsg.), *Psychotherapie und Geistige Behinderung* (S. 127-134). Dortmund: Verlag mordendes Lernen.
- Meuser & Nagel (2006). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In H.A. Mieg & M. Näf. *Experteninterviews* (S. 55-86). Lengerich: Pabst Science Publishers
- Meyer H. (2003). Geistige Behinderung – Terminologie und Begriffsverständnis. In: D. Irbllich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 4-27). Göttingen: Hogrefe.
- Micknat, J. (2002). *Gestalttherapiepädagogik. Der Umgang mit dem Trauma der geistigen Behinderung*. Bergisch Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.
- Mieg H.A. & Näf M. (2006). *Experteninterviews*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Müller-Hohagen, J. (1987). *Psychotherapie mit behinderten Kindern*. München: Kösel.
- Nussbeck, S. (2008). Der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung. In: S. Nussbeck, A. Biermann, H. Adam (Hrsg.), *Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung* (S. 5-14). Göttingen: Hogrefe.
- Ohsbar S. (2005). Menschen mit geistiger Behinderung: Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis geistiger Behinderung. In H. Dohrenbusch & L. Godenzi & B. Boveland (Hrsg.), *Differentielle Heilpädagogik* (S. 131-166). Luzern: Edition SZH/CSPS.
- Peters, U.H. (2000). *Peters Lexikon - Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie* (5. überarbeitete Auflage). München: Urban & Fischer.
- Pörtner, M. (1996). Garry Prouty`s Konzept der Prä-Therapie. In W. Lotz & B. Stahl & D. Irbllich (Hrsg.), *Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 216-227). Göttingen: Hans Huber.
- Pörtner, M. (1998). Vorwort, Dank. In G. Prouty, M. Pörtner, D. VanWerde. *Prä-Therapie* (S. 9-17). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Prouty, G. (1998). Die Grundlagen der Prä-Therapie. In G. Prouty, M. Pörtner, D. VanWerde. *Prä-Therapie* (S. 17-81). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2005). Selbstfürsorge. In O.F. Kernberg & B. Dulz & J. Eckert. *Wir:*

- Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf* (S. 563-569). Stuttgart: Schattauer.
- Reichert-Oppitz, U. (2014). *Psychotrauma bei Kindern und Jugendlichen*. Unveröffentlichtes Script, Fachhochschule St.Gallen, St.Gallen.
- Robertz U. & Heidenreich St. (2012). Spezifische Therapieangebote für traumatisierte intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen. In K. Hennicke (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung* (S. 80-114). Berlin: Bundesvereinigung Lebenshilfe.
- Rosner R. & Steil R. (2008). Komplexe Traumafolgestörungen: Ist es sinnvoll, eine neue Diagnose „Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung“ einzuführen? In M. A. Landolt & Th. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 46-57). Göttingen: Hogrefe.
- Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik u. Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Sarimski, K. (2005). *Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. & Steinhausen, H. (2007). *Geistige Behinderung und schwere Entwicklungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sarimski, K. & Steinhausen, H. (2008). *Psychische Störungen bei geistiger Behinderung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schanze, Ch. (2007). *Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Ein Arbeits- und Praxisbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Schubbe, O. (2006). EMDR. In M. Zobel (Hrsg.), *Traumatherapie. Eine Einführung* (S. 7-20). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Seidel, M. (2013). Geistige Behinderung – Eine Einführung. In P. Bienstein & J. Rojahn (Hrsg.), *Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 11-29). Göttingen: Hogrefe.
- Senckel, B. (2003). Entwicklungspsychologische Aspekte bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: D. Irblich & B. Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 71-144). Göttingen: Hogrefe.
- Senckel, B. (2012). Die sichere Bindung als Chance für das traumatisierte Kind. In K. Hennicke (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung* (S. 134-149). Berlin: Bundesvereinigung Lebenshilfe.
- Sinason, V. (2000). *Geistige Behinderung und die Grundlagen menschlichen Seins*. Berlin: Luchterhand.
- Smolenski, Ch. (2006). Historische Entwicklung der Traumatherapie. In M. Zobel (Hrsg.), *Traumatherapie. Eine Einführung* (S. 7-20). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Speck, O. (2012). *Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung* (11. überarbeitete Auflage). München: Reinhardt.
- Stahl, B. & Irblich, D. (Hrsg.), (2005). *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Stahl, B. (2006). Intelligenzdiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung – Möglichkeiten und Grenzen. In: Th. Klauss (Hrsg.), *Geistige Behinderung – psychologische Perspektiven* (S. 73

- 93). Heidelberg: Edition S.
- Steinhausen, H.C. (2010). ADHS als psychopathologische Diagnose: Rückblick und Ausblick. In: M. Rösler, A. von Gontard, W. Retz, Ch. Freitag (Hrsg.), *Diagnose und Therapie der ADHS* (S. 13-21). Stuttgart: Kohlhammer.
- Terfloth K. & Bauersfeld S. (2015). *Schüler mit geistiger Behinderung unterrichten*. München: Reinhardt.
- Theunissen G. (2016). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten* (6. Überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Utb.
- Steil, R. & Rosner R. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung, Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Van der Kolk, B. (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 572-586.
- Van der Kolk, B. (2016). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann* (2. Auflage). Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst.
- Weinberg D. & Hensel Th. (2008). Traumazentrierte Spieltherapie. In M. A. Landolt & Th. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen* (S. 111-132). Göttingen: Hogrefe.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weinberg, D. (2010). *Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern. Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weiss, W. (2009). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (5. Überarbeitete Auflage). Basel: Beltz Juventa.
- Werther, F. (2005). Warum finden Menschen mit geistiger Behinderung so schwer einen ambulanten Psychotherapieplatz? *Psychotherapeutenjournal*, 2, 116-122.

10.2 Internet

- Breslau N., Lucia V., Alvarado G. (2006). *Intelligence and Other Predisposing Factors in Exposure to Trauma and Posttraumatic Stress Disorder*. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(11):1238-1245.
Zugriff am 05.08.2016 unter
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=668228>
- Egle, UT. (2015). *Kindheit beeinträchtigt die Lebenserwartung. Körperliche Langzeitfolgen frühkindlicher Traumatisierung und Vernachlässigung*. Unveröffentlichter Vortrag an der 17. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie. Zugriff am 20.07.2016 unter
https://www.researchgate.net/publication/273126288_Kindheit_beeintrachtigt_die_Lebenserwartung_Korperliche_Langzeitfolgen_kindlicher_Traumatisierung_und_Vernachlassigung
- Elbing, U. (2015). *Spezielle Agressionsverläufe als diagnostischer Hinweis auf Traumafolgestörungen*. Unveröffentlichter Vortrag an der 2. Impulstagung „Trauma und Behinderung“. Zugriff am 25.07.2016 unter

- http://www.sozialamt.zh.ch/internet/sicherheitsdirektion/sozialamt/de/aktuell/mitteilungen/2015/referate-und-workshops--praesentationen-aus-der-2--impulstagung-/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/348_1448364445599.spooler.download.1448363223904.pdf/tagung_nov_2015_ws1_elbing.pdf
- Lotz-Rimbaldi, W. (2006). *Trauma und geistige Behinderung – eine Einführung*. Unveröffentlichter Vortrag an der Fachtagung „Geistige Behinderung und Trauma“. Zugriff am 02.05.2017 unter <http://www.fokus-fortbildung.de/webyp-system/daten/47-5-at-Download1.pdf>
- Mayer, B. (2015) a). *Psychotrauma bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Unveröffentlichter Vortrag in der Stiftung Kronbühl. Zugriff am 26.07.2016 unter www.sh-k.ch/content/.../Trauma%20und%20Behinderung_26.%20März%202015.pdf
- Mayer, B. (2015) b). *Affektmodulation bei Menschen mit Beeinträchtigungen*. Unveröffentlichter Vortrag in der Stiftung Tilia. Zugriff am 5. Mai 2017 unter http://www.sozialamt.zh.ch/internet/sicherheitsdirektion/sozialamt/de/aktuell/mitteilungen/2015/referate-und-workshops--praesentationen-aus-der-2--impulstagung-/_jcr_content/contentPar/downloadlist/downloaditems/349_1448364460889.spooler.download.1448364065505.pdf/tagung_nov_15_ws4_mayer.pdf
- Mevisen, L. & De Jongh, A. (2010). *PTSD an its treatment in people with intellectual disabilities. A review of the literature. Clinical Psychology Review 30 (2010), 308-316.*
Zugriff am 05.08.2016 unter <http://dare.uva.nl/document/2/85264>
- Schmid, M. (2011). *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe*. Unveröffentlichter Vortrag am Symposium: „Vernachlässigung, Misshandlung, sexuelle Gewalt im Kindes- und Jugendalter“ anlässlich des 10-jährigen Jubiläums der Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm.
Zugriff am 19.09.2016 unter http://www.uniklinikulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Praesentationen/Schmid_Trauma10Jahre_ULM.pdf