

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs VZSA 2018–2021

Fellmann Patrick
Suppiah Mathini

Trauma und Behinderung

**Adaption traumapädagogischer Konzepte für die Begleitung
von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung**

Diese Arbeit wurde am 13.08.2021 an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeitenden mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2021

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die vorliegende Literaturlarbeit zielt darauf ab, sozialpädagogischen Fachpersonen, welche in der Behindertenhilfe arbeiten, Anregungen für den Einsatz traumapädagogischer Konzepte zu geben. In der Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wurde der Thematik der Traumatisierung bisher wenig Bedeutung beigemessen. Aus diesem Umstand heraus wurden für die Behindertenhilfe bislang keine konkreten traumapädagogischen Handlungsansätze entwickelt. Jedoch ist das Risiko von Traumata bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgrund verschiedenster Faktoren besonders erhöht. Daher ist es umso zentraler, dass die Interessen der Betroffenen ernst genommen und sie mit entsprechendem Fachwissen begleitet werden. In der stationären Kinder- und Jugendhilfe werden für die Alltagsbegleitung bereits diverse Konzepte der Traumapädagogik angewendet. Die Autorenschaft führt drei dieser Konzepte näher aus und geht der Frage nach, inwiefern sich diese für die Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung adaptieren lassen und welche Schlussfolgerungen hieraus für die Sozialpädagogik gezogen werden können. Die Ergebnisse zeigen, dass bestehende Konzepte aus der Kinder- und Jugendhilfe grundsätzlich angewendet werden können, diese jedoch einiger spezifischer Anpassungen bedürfen. Weitere Schwerpunkte dieser Arbeit bilden die Grundlagen der Psychotraumatologie, Traumafolgestörungen und deren Auswirkungen sowie die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Traumapädagogik und der Sozialpädagogik mit Menschen mit Beeinträchtigungen.

Danksagung

Für die Erstellung dieser Bachelor-Arbeit wurden wir von verschiedenster Seite unterstützt. Aus diesem Grund möchten wir uns bei allen Personen bedanken, welche uns während dem Schreibprozess geholfen haben. Insbesondere danken wir Stefania Calabrese, Isabelle Villiger und Marianne Herzog für die fachlichen Inputs. Des Weiteren bedanken wir uns bei allen Personen, welche sich die Zeit für das Korrekturlesen unserer Arbeit genommen haben. Zu guter Letzt auch noch ein grosses Dankeschön an alle Personen in unserem privaten Umfeld, welche uns den Rücken freihielten und emotionale Unterstützung leisteten, damit wir uns dieser Arbeit widmen konnten.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Danksagung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	V
1. Einleitung	1
1.1 <i>Ausgangslage</i>	1
1.2 <i>Relevanz für die Soziale Arbeit</i>	2
1.3 <i>Ziel der Arbeit</i>	3
1.4 <i>Fragestellung</i>	3
1.5 <i>Abgrenzung</i>	4
1.6 <i>Aufbau der Arbeit</i>	4
2. Psychotraumatologie	5
2.1 <i>Traumatisierung</i>	5
2.1.1 <i>Klassifikation nach ICD-10 und DSM-5</i>	6
2.1.2 <i>Verschiedene Trauma-Typen</i>	7
2.2 <i>Traumafolgestörungen</i>	8
2.2.1 <i>Akute Belastungsreaktion</i>	9
2.2.2 <i>Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)</i>	10
2.2.3 <i>Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)</i>	11
2.2.4 <i>Anpassungsstörung</i>	11
3. Trauma bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung	13
3.1 <i>Kognitive Beeinträchtigung</i>	14
3.2 <i>Diagnose von Traumata bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung</i>	15
3.3 <i>Vulnerabilität und Risikofaktoren</i>	17
3.3.1 <i>Personenbezogene Faktoren</i>	17
3.3.2 <i>Umweltfaktoren</i>	19
3.4 <i>Schutzfaktoren und Resilienz</i>	20
4. Traumapädagogik	22
4.1 <i>Entstehung der Fachdisziplin</i>	22
4.2 <i>Grundhaltung</i>	22
4.2.1 <i>Die Annahme des guten Grundes</i>	23

4.2.2	Wertschätzung	24
4.2.3	Partizipation	24
4.2.4	Transparenz	25
4.2.5	Spass und Freude	26
4.3	<i>Traumapädagogische Konzepte</i>	26
4.3.1	Die «Pädagogik des sicheren Ortes» nach Martin Kühn.....	26
4.3.2	Bindungsorientierung nach Karl Heinz Brisch.....	31
4.3.3	Selbstbemächtigung nach Wilma Weiss	33
4.4	<i>Bedeutung für die Arbeit mit traumatisierten Menschen</i>	36
4.5	<i>Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe</i>	37
5.	Traumapädagogik bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung	40
5.1	<i>Parallelen zur Sozialpädagogik</i>	40
5.2	<i>Herausforderungen in der Anwendung</i>	43
6.	Adaption traumapädagogischer Konzepte für die Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung	46
6.1	<i>Institutionelle Voraussetzungen</i>	46
6.1.1	Allgemeine Aspekte	46
6.1.2	«Sicherer Ort».....	48
6.1.3	Bindungsorientierung	50
6.1.4	Selbstbemächtigung	51
6.2	<i>Anforderungen an die Professionellen der Sozialpädagogik</i>	52
6.2.1	Allgemeine Aspekte	52
6.2.2	«Sicherer Ort».....	54
6.2.3	Bindungsorientierung	55
6.2.4	Selbstbemächtigung	57
7.	Schlussfolgerungen	59
7.1	<i>Beantwortung der Fragestellungen</i>	59
7.2	<i>Fazit für die berufliche Praxis</i>	63
7.3	<i>Ausblick</i>	64
8.	Literaturverzeichnis	66

Anmerkung: Alle Kapitel wurden von der Autorenschaft gemeinsam verfasst.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entstehung und Zusammenhänge verschiedener Traumafolgestörungen	9
Abbildung 2: Pädagogische Triade	27
Abbildung 3: Terminologische Vielfalt für die Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigung.....	42
Abbildung 4: Professionelles Deeskalationsmanagement.....	49

1. Einleitung

Laut einer repräsentativen Studie von Andreas Maercker, Tobias Hecker, Mareike Augsburger und Sören Kliem (2018) machen 21 % der deutschen Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben eine traumatische Erfahrung (S. 6). Verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren spielen dabei eine zentrale Rolle, ob sich daraus eine Traumafolgestörung entwickelt (Ralph Kipke, 2018, S. 214). Für den Umgang mit einer solchen Störung und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen im Alltag gibt es verschiedenste Hilfsangebote. Ein Aspekt der Behandlung von Traumafolgen ist unter anderem die kognitive Auseinandersetzung mit dem Geschehenen (Wilma Weiss, 2021, S. 109). Was geschieht jedoch, wenn die kognitiven Fähigkeiten aufgrund einer Beeinträchtigung eingeschränkt sind und traumatische Erfahrungen deshalb gar nicht eingeordnet werden können? Sind diese Personen den Folgen von besonders belastenden Situationen hilflos ausgeliefert? Oder gibt es allenfalls alternative Möglichkeiten, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bei der Traumaverarbeitung zu unterstützen? Die Autorenschaft befasst sich im Rahmen der vorliegenden Bachelor-Arbeit genau mit diesen Themen und richtet sich mit ihren Erkenntnissen an alle Professionellen der Sozialpädagogik, welche Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im stationären Setting begleiten.

1.1 Ausgangslage

Bestehende Machtverhältnisse, Diskriminierung oder Ausgrenzung haben zur Folge, dass das Risiko, traumatische Situationen zu erleben, bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erhöht ist (Martin Kühn & Julia Bialek, 2016, S. 67). Im institutionellen Setting ist es deshalb umso wichtiger, dass die Interessen dieser Personengruppe wahr- und ernstgenommen werden. Problematiken, welche auf traumatische Ereignisse zurückzuführen sind, werden im sozialpädagogischen Alltag allerdings oftmals zu wenig Beachtung geschenkt (Helmut Riessbeck & Kerstin Riessbeck, 2018, S. 224). Die fehlende Berücksichtigung von individuellen Bedürfnissen wird dadurch zum Machtinstrument (Kühn & Bialek, 2016, S. 67). Anstelle von «Hilfe zur Selbsthilfe» kommt es zu einer weiteren Autonomieeinschränkung, was Betroffene als gewaltsam erleben können (ebd.).

Die Folgen der traumatischen Erlebnisse fallen je nach kognitivem Entwicklungsstand und Alter bei der betroffenen Person unterschiedlich aus. Dabei kann es zu gravierenden Fehlinterpretationen kommen, was die Symptome auf der Verhaltensebene betrifft. Fehlendes Fachwissen kann dazu führen, dass traumabedingte Verhaltensweisen der kognitiven Beeinträchtigung zugeschrieben beziehungsweise andere psychische Störungen diagnostiziert werden. Daraus resultiert oftmals ein verzerrtes Selbst- und Weltbild bei den Betroffenen. Das Suchen nach den Gründen der Erlebnisse in der eigenen Person kann dazu führen, dass die Entwicklung in verschiedenen Lebensbereichen verzögert oder aufgehalten wird (Kühn & Bialek, 2016, S. 70).

Aufgrund der erhöhten Vulnerabilität (Verletzlichkeit) ist es wichtig, eine traumapädagogische Haltung in die Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen einfließen zu lassen. Die Traumapädagogik basiert auf verschiedenen bewährten pädagogischen Ansätzen, welche mit aktuellen Erkenntnissen aus der Psychotraumatologie und weiteren interdisziplinären Forschungsansätzen ergänzt werden. Wesentliche Konzepte hierbei sind beispielsweise die Gestaltung eines «sicheren Ortes», die Entwicklung tragfähiger Beziehungen oder die Unterstützung der Selbstbemächtigung (Weiss, 2016c, S. 23-24). Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Traumapädagogik hat für die Kinder- und Jugendhilfe auf der Basis der traumapädagogischen Haltung konzeptionelle und strukturelle Standards entwickelt. Für die sozialpädagogische Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung steht die Entwicklung solcher Standards noch aus (Tanja Kessler, 2016, S. 236). Im Rahmen dieser Bachelor-Arbeit möchte die Autorenschaft deshalb prüfen, wie sich traumapädagogische Konzepte aus der Kinder- und Jugendhilfe auf die Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im stationären Setting adaptieren lassen.

1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit

Kühn und Bialek (2017) kommen zum Schluss, dass die Thematik der Traumatisierung in der Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen noch «Neuland» ist (S. 32). Dies könnte auch der Grund dafür sein, weshalb in der Behindertenhilfe noch keine Standards im Umgang mit Traumata entwickelt wurden. Da das Risiko von traumatischen Erlebnissen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung erhöht ist (vgl. Kapitel 3.3), sind die Konzepte der Traumapädagogik bei dieser Klientel jedoch genauso relevant. Heidrun Schulze (2012) betont diesbezüglich, dass Sozialarbeitende ihren Beitrag in der Bearbeitung von Traumafolgen oftmals unterschätzen (S. 115). Sozialpädagogische Begleitung wird von ihnen im Gegensatz zu medizinisch-psychotherapeutischen Zugängen als weniger relevant angesehen (ebd.). Ein Grund dafür sei, dass es in der sozialpädagogischen Begleitung an traumatheoretischen Grundlagen fehle (Schulze, 2012, S. 116). Dies hat zur Folge, dass die hohe Bedeutung von sozialpädagogischen Alltagshandlungen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen nicht erkannt wird (ebd.). Umso wichtiger ist es deshalb, Fachkräfte der Sozialpädagogik bezüglich traumapädagogischer Konzepte zu sensibilisieren und zu schulen. Denn ohne entsprechende Kenntnisse können Symptome und Verhaltensweisen, welche mit einem Traumata im Zusammenhang stehen, nicht erkannt und diesen adäquat begegnet werden. Um zu verhindern, dass herausforderndes Verhalten fehlinterpretiert und der kognitiven Beeinträchtigung zugeschrieben wird, ist Fachwissen bezüglich Psychotraumatologie und traumapädagogischer Konzepte zwingend notwendig (Kühn & Bialek, 2017, S. 29-30). Denn nur so können retraumatisierende Strukturen und Handlungen in der Behindertenhilfe vermieden werden (ebd.).

Ein entsprechender Handlungsbedarf ergibt sich auch aus dem Berufskodex der Sozialen Arbeit. Demnach ist die Soziale Arbeit dazu verpflichtet, Menschen zu ermächtigen, Notlagen zu verhindern und

soziale Teilhabe zu fördern (AvenirSocial, 2010, S. 6). Traumafolgestörungen gehen immer mit erheblichen Beeinträchtigungen im persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensbereich einher (Andreas Maercker & Mareike Augsburger, 2019, S. 22). Entsprechend hat die Soziale Arbeit den Auftrag, diese negativen Auswirkungen zu lindern und dem Menschen so zu einem selbstbestimmten, unabhängigen Leben zu verhelfen. Durch die erhöhte Vulnerabilität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (vgl. Kapitel 3.3) besteht bei dieser Klientel ein besonders hoher Handlungsbedarf.

1.3 Ziel der Arbeit

Die Autorenschaft möchte mit dieser Literaturarbeit auf die fehlende Auseinandersetzung bezüglich Traumata bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufmerksam machen. Es soll ein Bewusstsein für die Thematik geschaffen werden, damit Fachkräfte der Sozialpädagogik die Möglichkeit allfälliger Traumafolgestörungen bei Verhaltensauffälligkeiten in Betracht ziehen und entsprechende Massnahmen zu deren Bewältigung umsetzen können. Dies wird erreicht, indem unter anderem Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie vermittelt werden. Des Weiteren werden konkrete Möglichkeiten aufgezeigt, inwiefern die bestehenden Konzepte der Traumapädagogik für die stationäre Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung adaptiert werden können. Dabei werden sowohl Anforderungen an die Institutionen wie auch an die Professionellen der Sozialpädagogik genauer betrachtet, um eine noch differenziertere Begleitung und Unterstützung dieser Klientel zu ermöglichen.

1.4 Fragestellung

Um die im vorherigen Kapitel genannten Ziele zu erreichen, ergibt sich für die Autorenschaft die folgende Fragestellung:

Inwiefern lassen sich traumapädagogische Konzepte der stationären Kinder- und Jugendhilfe für die Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung adaptieren und welche Schlussfolgerungen ergeben sich dadurch für die Sozialpädagogik?

Zur Beantwortung dieser Kernfrage werden Erkenntnisse aus weiteren Unterfragen benötigt, welche im Rahmen der vorliegenden Bachelor-Arbeit erarbeitet werden. Diese Fragen lauten:

- Inwiefern sind Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung von traumatischen Erfahrungen betroffen?
- Was beinhalten traumapädagogische Konzepte und welche Bedeutung kommt der Entwicklung von traumapädagogischen Standards in der Arbeit mit traumatisierten Menschen zu?
- Welche Herausforderungen gibt es in der Anwendung von traumapädagogischen Konzepten bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen?

1.5 Abgrenzung

Folgende Aspekte werden in dieser Bachelor-Arbeit nicht näher behandelt:

- Traumata bei Menschen mit körperlicher Beeinträchtigung
- Biologische Auswirkungen von Traumata
- Traumatherapie
- Begleiterkrankungen bei Traumafolgestörungen

1.6 Aufbau der Arbeit

In einem ersten Teil dieser Arbeit werden die Grundlagen zur Psychotraumatologie erläutert. Dazu gehören die Beschreibungen, was dieses Fachgebiet beinhaltet und wie es entstanden ist. Danach widmet sich die Autorenschaft der Definition und Differenzierung des Begriffs «Trauma», bevor dann verschiedene Traumafolgestörungen und deren Auswirkungen beschrieben und erklärt werden.

In den nachfolgenden Kapiteln geht es um die Definition von kognitiver Beeinträchtigung und inwiefern ein Zusammenhang zwischen Trauma und Behinderung besteht. Es werden Aspekte zur Diagnose wie auch zu den Risiko- und Schutzfaktoren genauer erläutert.

Im zweiten Teil wird die Fachdisziplin «Traumapädagogik» betrachtet. Diese besteht aus einer Grundhaltung und diversen Konzepten, welche durch die BAG Traumapädagogik in einem Positionspapier und im Buch der «Traumapädagogischen Standards in der Kinder- und Jugendhilfe» zusammengetragen wurden.

In einem letzten Teil werden die Gemeinsamkeiten der Traumapädagogik und der Sozialpädagogik mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung beschrieben sowie die Herausforderungen der Anwendbarkeit der bereits bestehenden traumapädagogischen Konzepte analysiert. Aus den gewonnenen Erkenntnissen werden dann Möglichkeiten zur Adaption traumapädagogischer Konzepte für die Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im stationären Setting abgeleitet. In den abschließenden Schlussfolgerungen werden die Ergebnisse anhand der Fragestellung zusammengefasst und ein Fazit für die berufliche Praxis gezogen.

2. Psychotraumatologie

Die Psychotraumatologie setzt sich mit der Entstehung, Erfassung sowie dem Verlauf und der Behandlung von seelischen Verletzungen auseinander, welche aus enorm belastenden oder aus lebensbedrohlichen Ereignissen resultieren (Markus A. Landolt, 2004, S. 11). Die Anfänge der Psychotraumatologie liegen weit in der Geschichte der Menschheit zurück. Es herrschten grosse Hungersnöte, gigantische Epidemien, Naturkatastrophen sowie Kämpfe um Ressourcen und ums Überleben (Andreas Maercker, 2009, S. 4). Die Konsequenzen dieser Umstände haben zu dem geführt, was heute als Traumafolgestörung bezeichnet wird. Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Auswirkungen von Traumatisierungserfahrungen erfolgte jedoch erst etwa in der Mitte des 19. Jahrhunderts (Gerhard Wolfrum, 2010, S. 273). Das Zusammenwirken von bewegenden Ereignissen des letzten Jahrhunderts wie beispielsweise die Folgen des Vietnamkriegs oder der Mut betroffener Frauen in den 70er und 80er Jahren, sexuelle Gewalt und das erlebte Unrecht in den USA an die Öffentlichkeit zu bringen, brachten der Traumaforschung neue Erkenntnisse. Durch diese Veröffentlichungen konnte die Traumaforschung einen dauerhaften Durchbruch erzielen (Wolfrum, 2010, S. 271). Die erschütternden Kriegserfahrungen, welche die Soldaten machten, hinterliessen bei ihnen Folgen – unter anderem psychische Störungen. In diesem Zusammenhang entstanden verschiedene Begriffe für derartige Störungen wie beispielsweise Kampfmüdigkeit, Granatenschock, Kriegs- oder Gefechtsneurose (Wolfrum, 2010, S. 271). Laut Maercker (2009) stellte man zu einem späteren Zeitpunkt fest, dass auch Opfer von sexueller Gewalt ein sehr ähnliches Störungsbild aufzeigten (S. 14). Dies führte zur Annahme, dass ein gemeinsames klinisches Bild von posttraumatischen Belastungsstörungen in Folge von erlebten Extremsituationen existieren (ebd.). Den Beschreibungen können typische Symptome entnommen werden, die heute noch als charakteristisch für Reaktionen als Folge von traumatischen Erlebnissen gelten:

1. Ungewolltes Wiedererleben von Aspekten des Traumas (Intrusionen), zum Beispiel in Form von Flashbacks oder Alpträumen
2. Anzeichen einer erhöhten Erregung (Hyperarousal) wie z. B. Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen und Muskelverspannungen
3. Emotionale Taubheit mit Interesselosigkeit oder starken Rückzugsbedürfnissen und Entfremdung von anderen Menschen (Vermeidung) (Wolfrum, 2010, S. 271-272)

2.1 Traumatisierung

Das Wort Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt Wunde oder Verletzung (Corinna Scherwath & Sibylle Friedrich, 2016, S. 20). Der Begriff wird in unterschiedlichen Kontexten – beispielsweise in biologischen, medizinischen, psychischen oder rechtlichen – eingesetzt und demnach unterschiedlich definiert. Die Bezeichnung «Verletzung» nimmt im medizinischen Bereich Bezug auf eine Verwundung des Körpers (ebd.). Im Feld der Psychologie, bezieht sich dieser Begriff jedoch auf

die Verletzung der menschlichen Psyche, dem sogenannten «Psychotraumata» (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 20). In der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich die Autorenschaft mit dem psychischen Trauma.

Peter Köck bezeichnet ein Trauma als eine «starke seelische Erschütterung mit nachhaltiger Wirkung» (Peter Köck, 1994; zit. in Silke Birgitta Gahleitner, Ulrike Loch & Heidrun Schulze, 2012, S. 6). Es handelt sich dabei um das «Durchmachen» von Ereignissen, welche zu einer Bedrohung führen, die nicht gewöhnlich ist und auf welche Betroffene nur mit Furcht, Angst und Ohnmacht zu reagieren vermögen (Gahleitner et al., 2012, S. 6). Johannes Kruse (2018) erläutert, dass traumatisierende Erlebnisse schwerwiegende Auswirkungen auf die körperliche sowie psychische Entwicklung haben können (S. 7). Durch das Erleben eines Traumas können spezifische Folgen, wie beispielsweise eine posttraumatische Belastungsstörung, eine Anpassungsstörung oder eine Belastungsreaktion ausgelöst werden (ebd.). Diese können wiederum einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung von Ängsten, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen oder Sucht haben (ebd.). Traumatische Ereignisse lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten einteilen. Im Kapitel 2.1.2 werden diese Einteilungen näher beschrieben.

Wenn man von Traumatisierung spricht, darf zudem die «sekundäre Traumatisierung» nicht ausser Acht gelassen werden. Fachkräfte der Sozialpädagogik, welche mit traumatisierten Menschen arbeiten, werden tagtäglich mit belastenden Ereignissen und Geschichten konfrontiert (Birgit Lang, 2013, S. 135). Dadurch, dass die sozialpädagogischen Fachkräfte das Leid mittragen, können sie von einer sogenannten sekundären Traumatisierung betroffen sein (ebd.). Wie sich diese äussert, wird im Exkurs «Sekundäre Traumatisierung» im Kapitel 4.3.1 beschrieben.

2.1.1 Klassifikation nach ICD-10 und DSM-5

Psychische Störungen werden mittels zwei internationalen Klassifikationssystemen diagnostiziert. Die beiden wichtigsten sind das ICD-10 sowie das DSM-5 (englisch: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Maercker, 2009, S. 14). Beide Systeme werden zur Objektivierung von Krankheitsbildern, Prognosen, medizinischem Prozedere sowie Therapiemöglichkeiten genutzt (Franz Caspar, Irena Pjanic & Stefan Westermann, 2018, S. 15). In der ICD-10 (englisch: «International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems») der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird das Trauma als ein kurz oder lang anhaltendes, belastendes Ereignis von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentartigem Ausmass beschrieben, welches fast jede Person in eine erhebliche Verzweiflung versetzt (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), ohne Datum a). Die ICD-10 ist die aktuelle geltende Ausgabe. Sie ist das wichtigste international anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen und wird von der WHO herausgegeben. In der ICD-10 wird das Trauma als eine Untergruppe der «Psychischen Störungen» aufgeführt (Martin Baierl, 2016, S. 22-23). Darin wird die psychische Störung als eine längerfristige Veränderung von Fühlen, Denken und Handeln

beschrieben, welche Leid verursacht und das soziale Miteinander erschwert oder gar verunmöglicht (Baierl, 2016, S. 22-23). Im Mai 2019 verabschiedete die WHO die ICD-11. Sie ist die elfte revidierte Fassung der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Der Webseite der WHO ist zu entnehmen, dass die ICD-11 voraussichtlich am 1. Januar 2022 in Kraft treten wird (WHO, 2018).

2.1.2 Verschiedene Trauma-Typen

Bei der Entstehung von Traumata wird zwischen zwei verschiedenen Typen unterschieden. Als orientierendes Schema haben sich folgende Einteilungen bewährt: Einteilung zwischen kurzen (Typ-I) versus langfristigen (Typ-II) Traumata (Maercker & Augsburger, 2019, S. 16). Beim Typ-I handelt es sich um ein kurzzeitiges, einmaliges Trauma und beim Typ-II um längerfristige, mehrmals auftretende Traumata (Baierl, 2016, S. 24). Bei der Typ-I-Traumatisierung – auch Monotraumatisierung genannt – besteht meist keine Vorbelastung bei der betroffenen Person. Diese Art von Traumata ist normalerweise geprägt von akuter Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung. Beispiele hierfür können ein schwerer Verkehrsunfall, ein Brand oder ein sexueller Übergriff sein (Tobias Hecker & Andreas Maercker, 2015, S. 549). Traumaerfahrungen, welche hingegen über einen längeren Zeitraum hinweg wiederholt oder aufeinander folgend auftreten, gehören zur Typ-II-Traumatisierung. Typische Beispiele hierbei sind andauernde Gewalterfahrungen in der Familie, mehrfache sexuelle Missbräuche, Kriegserleben oder Folter über eine längere Zeit (Gahleitner, Loch & Schulze, 2012, S. 7). Die Folgen dieser wiederholten Traumata haben gravierendere Auswirkungen als das Erleben eines Typ-I-Traumas (Maercker & Augsburger, 2019, S. 17-18). Im Kontext von kognitiv beeinträchtigten Menschen, welche ein Trauma erlebt haben, spricht man neben den seriellen Traumata und dem Monotraumata häufig auch von den sogenannten Mikrotraumata (Endres Moisel, 2002; zit. in Kessler, 2016, S. 234). Mikrotraumatisierungen bezeichnen Erlebnisse, welche allein nicht als traumatisierend gelten, durch ständige Wiederholungen aber dennoch eine ähnliche Auswirkung haben können. Ein Auslöser dafür könnte beispielsweise eine eingeschränkte verbale Kommunikationsfähigkeit sein, wodurch Bedürfnisse immer wieder nicht mitgeteilt und entsprechend befriedigt werden können (ebd.).

Die nachfolgende Tabelle gibt einen zusammenfassenden Überblick zu den zentralen Unterscheidungsmerkmalen von Trauma Typ I und II.

TRAUMATYPEN

Trauma Typ I	Trauma Typ II
Beschreibung:	Beschreibung:
Einzelnes, im höchsten Masse belastendes Ereignis von kurzer Dauer	Serie miteinander verknüpfter und/oder lang andauernder, chronischer traumatischer Ereignisse
Beispiele:	Beispiele:
Verkehrsunfälle, Opfer/Zeuge von Gewalttaten, Naturkatastrophen, sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung)	Überdauernde sexuelle und körperliche Gewalt, Missbrauch in der Kindheit oder im Erwachsenenalter, Folter, politische Inhaftierung, lang andauernde Naturkatastrophen (z.B. Überschwemmung, Erdbeben)
Symptome:	Symptome:
Oftmals klare, sehr lebendige Wiedererinnerungen, Vollbild der posttraumatischen Belastungsstörung	Diffuse Wiedererinnerungen, Bindungsstörungen, komplexe posttraumatische Belastungsstörung
Prognose:	Prognose:
Gut behandelbar; bei adäquater Therapie oftmals kurze, positive Verläufe	Schwieriger zu behandeln, auch bei adäquater Therapie oft längere, hartnäckige Verläufe

Tabelle 1: Traumatischer Typen (eigene Darstellung auf der Basis von Lenore C. Terr, 1995; zit. in Gottfried Fischer & Peter Riedesser, 2020, S. 322)

2.2 Traumafolgestörungen

Traumatische Erlebnisse können bei den Betroffenen ganz unterschiedliche Reaktionen hervorrufen (vgl. Kapitel 2). Ob sich eine Traumafolgestörung entwickelt, hängt von verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren ab (Kipke, 2018, S. 214). In den folgenden Kapiteln werden die typischen Störungsbilder als direkte Folge einer belastenden Lebenserfahrung, welche in der ICD-10 und der DSM-5 definiert sind, kurz beschrieben. Es sind dies die akute Belastungsreaktion, die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie die Anpassungsstörung. In der neuen ICD-11 wird des Weiteren voraussichtlich zum ersten Mal die Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS) beschrieben (Hecker & Maercker, 2015, S. 548). In der ICD-10 wurden ähnliche Symptome unter dem Punkt F62.0 «andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung» aufgeführt (Hecker & Maercker, 2015, S. 552). Zusätzlich zu den bereits erwähnten Störungsbildern treten häufig auch sogenannte Komorbiditäten (Begleiterkrankungen) auf. So kann die Anpassungsstörung oder die PTBS auch Auslöser von beispielsweise Depression, Angst oder Sucht sein (vgl. Abbildung 1). Diese Störungs- und Krankheitsbilder werden aufgrund des Fokus «Trauma» in dieser Arbeit jedoch nicht näher behandelt.

Der Verlauf und die Entstehungszusammenhänge der verschiedenen Traumafolgestörungen werden in der nachfolgenden Abbildung visualisiert:

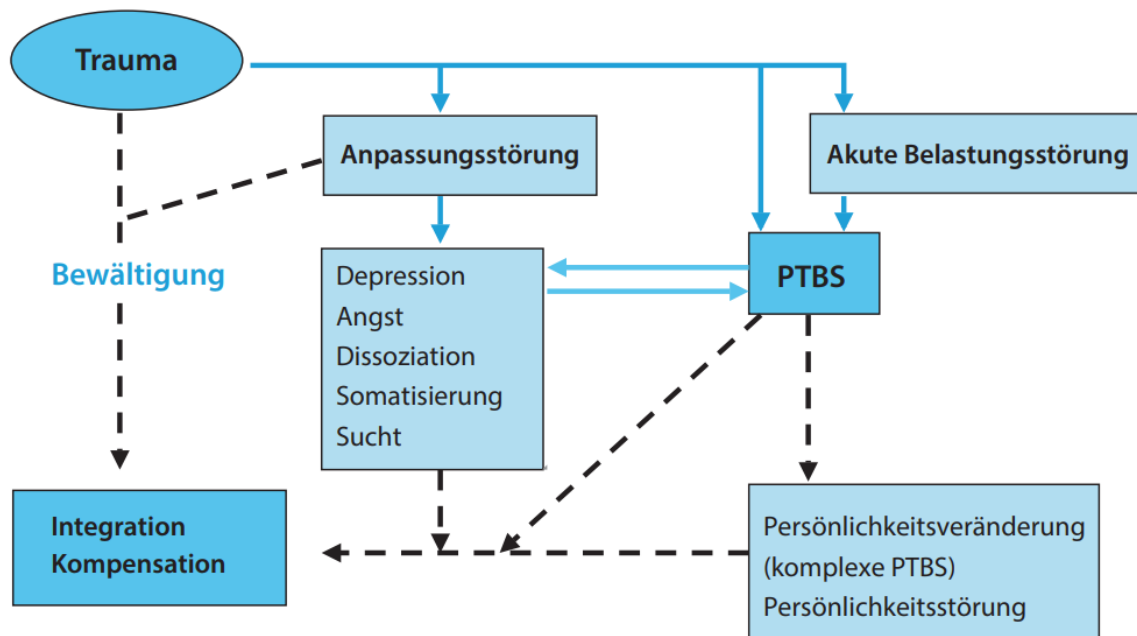


Abbildung 1: Entstehung und Zusammenhänge verschiedener Traumafolgestörungen (Nach Guido Flatten et al., 2001; zit. in Hans-Peter Kapfhammer, 2016, S. 4)

2.2.1 Akute Belastungsreaktion

Laut ICD-10 (F43.0) handelt es sich bei der akuten Belastungsreaktion um eine vorübergehende Störung, welche sich direkt nach einem traumatischen Erlebnis entwickelt und nach wenigen Stunden bis einigen Tagen wieder abklingt (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2021b). Grund für diese Reaktion sind extreme Stresssituationen, bei denen die Psyche nicht über die notwendigen Bewältigungsstrategien zur Verarbeitung verfügt (ebd.). Im DSM-5 wird die akute Belastungsreaktion analog als akute Belastungsstörung diagnostiziert (Juergen Bengel, Katharina Becker-Nehring & Jennifer Hillebrecht, 2019, S. 195). Im Unterschied zur ICD-10 wird jedoch davon ausgegangen, dass die Symptome innerhalb von drei Tagen bis höchstens einem Monat nach dem traumatischen Ereignis auftreten (ebd.).

Zu Beginn einer akuten Belastungsreaktion kann es zu einem Gefühl der «Benommenheit» kommen. Das Bewusstsein und die Wahrnehmung werden vorübergehend eingeschränkt (DeGPT, ohne Datum a). Dieser Zustand wird als peritraumatische Dissoziation bezeichnet. Es handelt sich dabei um eine «Abspaltung» des Bewusstseins von Körperwahrnehmungen als Schutzreaktion der Psyche gegenüber einer Stressüberflutung (ebd.). Im Nachhinein eines solchen Zustands können Betroffene sich nicht mehr daran erinnern, was mit ihnen passiert ist (Lydia Hantke & Hans-Joachim Görge, 2012, S. 77). Nebst der Dissoziation treten auch Angstsymptome auf. Körperliche Symptome sind beispielsweise

erhöhte Herzfrequenz, Schwitzen, Atembeschwerden oder Übelkeit. Auf der psychischen Ebene sind dies Gefühle von Unsicherheit, Angst vor Kontrollverlust oder auch Verzweiflung (Ute Habel & Frank Schneider, 2012, S. 344). In einer späteren Entwicklung kommt es vor, dass sich der posttraumatische Stress in Form von Albträumen oder durch ein erneutes Wiederdurchleben (Flashback) bei den betroffenen Menschen zeigt. Meist wird die vorhandene Anspannung innerhalb weniger Tage reduziert und die Symptome verschwinden gänzlich. Ist dies nicht der Fall und die Symptome bleiben über eine längere Zeit bestehen, wird von einer posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen (DeGPT, ohne Datum a).

2.2.2 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die posttraumatische Belastungsstörung ist die bekannteste Traumafolgestörung und wurde erstmals im Jahr 1980 als Krankheitsbild definiert (Maercker & Augsbürger, 2019, S. 15). Sie ist eine verzögerte und über eine längere Zeit hinweg dauernde Reaktion auf ein traumatisches Ereignis von kurzer oder längerer Dauer, bei welchem die Traumaverarbeitung misslungen ist (BfArM, 2021b). Der Beginn und die Dauer einer PTBS ist in der ICD-10 nicht eindeutig definiert. Darum ist es laut Volker Köllner und Andreas Maercker (2011) schwierig, eine klare Abgrenzung zur akuten Belastungsreaktion vorzunehmen (S. 237). Es wird von einem Beginn der Symptomatik innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis ausgegangen, in Einzelfällen aber auch ein späteres Eintreten für möglich gehalten (ebd.).

Typische Merkmale sind die im vorherigen Kapitel bereits erwähnten Flashbacks und Albträume, aber auch die Vermeidung von Situationen, Aktivitäten oder Gedanken, die dem traumatischen Erlebnis ähnlich sind (Maercker & Augsbürger, 2019, S. 22). Eine konsequente Vermeidungshaltung kann infolgedessen je nach Ausprägung eine erhebliche Einschränkung für die eigene Lebensführung bedeuten. Weitere Symptomatiken, die bei einer PTBS ebenfalls auftreten können, sind Konzentrationschwierigkeiten, übermäßige Wachsamkeit (Hyperarousal), übermäßige Schreckhaftigkeit, Durchschlafschwierigkeiten und selbstzerstörerisches Verhalten (Maercker & Augsbürger, 2019, S. 20). Diese Symptomatiken haben auch einen erheblichen Einfluss auf den sozialen Kontext der Menschen. Unberechenbare Gefühlsausbrüche führen zu Missverständnissen und negativen Reaktionen bei den Mitmenschen. Dies wiederum hat zur Folge, dass die Übererregung traumatisierter Menschen weiter gefördert wird (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 28).

Die Prävalenz der PTBS variiert laut Maercker & Augsbürger (2019) je nach Weltregion. Dabei haben Naturkatastrophen oder auch Kriege einen Einfluss auf die Auftrittshäufigkeit (S. 25). In der vorhandenen Literatur gilt es weiter zu beachten, ob sich die Daten auf eine Periodenprävalenz, die Lebenszeitprävalenz oder die Punktprävalenz beziehen. Bei der Periodenprävalenz wird bestimmt, wie viele

Krankheitsfälle es innerhalb eines bestimmten Zeitraums (meistens 12 Monate) gab, die Lebenszeitprävalenz ist die Häufigkeit der Personen, die einmal in ihrem Leben an einer Erkrankung leiden und die Punktprävalenz gibt Auskunft über die Anzahl erkrankter Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt (EUPATI, ohne Datum). Für die Schweiz gibt es eine Studie, wonach eine PTBS-Prävalenz von 4.2 % bei Jugendlichen zur Zeit der Befragung festgestellt wurde (Markus A. Landolt, Ulrich Schnyder, Thomas Maier, Verena Schoenbucher & Meichun Mohler-Kuo, 2013, S. 209). Häufig werden jedoch die amerikanischen Prävalenzangaben von Ronald C. Kessler et al. (2005) zitiert. Die Lebenszeitprävalenz wird dort mit 6.8 % angegeben (Kessler et al., 2005, S. 596). Maercker et al. (2018) haben in ihrer Studie nach ICD-11-Kriterien für Deutschland eine 1-Monats-Prävalenz von 1.5 % für die PTBS festgestellt (S. 270).

2.2.3 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)

Bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sind sämtliche diagnostischen Anforderungen einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt (WHO, 2021b). Zusätzlich kommen die folgenden Symptome hinzu:

- Probleme bei der Steuerung des emotionalen Verhaltens
- Negative Selbstwahrnehmung
- Beziehungsstörungen (ebd.)

Bei der bekannteren posttraumatischen Belastungsstörung sind einmalige traumatische Erlebnisse der Auslöser. Im Unterschied dazu ist die KPTBS eine Folge von sich wiederholenden oder lang andauernden traumatischen Ereignissen (WHO, 2020b). Die KPTBS ist laut Hecker und Maercker (2015) deshalb oftmals ein Resultat von Typ-II-Traumata, wie diese im Kapitel 2.1.2 beschrieben wurden (S. 549). Verschiedene Studien haben ergeben, dass traumatisierte Personen mit einer bedingten Wahrscheinlichkeit von rund 8-15 % eine KPTBS entwickeln. Die Höhe der Wahrscheinlichkeit hängt dabei von der Art der Traumatisierung ab (ebd.).

Da die Symptome der KPTBS sehr unterschiedlich sein können, ist auch deren Diagnose eine Herausforderung. Das Krankheitsbild hat beispielsweise grosse Ähnlichkeit mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der «klassischen» PTBS, Depressionen oder Angststörungen. Daher kommt es oftmals vor, dass zunächst andere Diagnosen gestellt werden. Um eine angemessene Behandlung einzuleiten, ist die Feststellung eines Zusammenhangs mit einer Traumatisierung von zentraler Bedeutung (DeGPT, ohne Datum b).

2.2.4 Anpassungsstörung

Die Anpassungsstörung ist laut ICD-10 eine Reaktion auf ein einmaliges belastendes Lebensereignis oder auf eine einschneidende Lebensveränderung (BfArM, 2021b). Entsprechende Auslöser können

zum Beispiel der Tod eines nahen Angehörigen, Trennungserlebnisse, familiäre Konflikte, finanzielle Schwierigkeiten, Elternschaft, physische Erkrankungen oder auch Wohnortswechsel sein (Neurologen und Psychiater im Netz, ohne Datum). Es geht bei der Anpassungsstörung also vor allem um die subjektive Einschätzung einer Wahrnehmung als belastendes Ereignis. Ob und wie eine Anpassungsstörung auftritt, hängt zu einem grossen Teil von der individuellen Vulnerabilität ab (BfArM, 2021b). Sie tritt in der Regel innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis auf und klingt meist innerhalb eines Monats wieder ab (Landolt, 2004, S. 27).

Symptome, welche auf eine Anpassungsstörung folgen, können in Form von depressiver Stimmung, Angst, Sorge bis zu Überforderung im alltäglichen Leben auftreten. Insbesondere bei Jugendlichen kann die Anpassungsstörung auch das Sozialverhalten beeinträchtigen (BfArM, 2021b).

3. Trauma bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Die WHO definiert Behinderung als ein gesundheitliches Problem, welches zur Beeinträchtigung einer Körperstruktur oder Körperfunktion eines Menschen führt oder die Person daran hindert, bestimmte Aktivitäten auszuüben (Bundesamt für Statistik (BFS), 2019, S. 40). Zudem wird durch eine Beeinträchtigung das Verrichten gewisser Tätigkeiten im sozialen Umfeld eingeschränkt (ebd.). Personen, welche durch gesundheitliche Probleme beeinträchtigt sind, haben oftmals nicht die Möglichkeit, vollumfänglich am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren oder alltäglichen Verrichtungen nachzugehen. Aufgrund dessen ist eine Behinderung nicht nur eine biologische Herausforderung, sondern vor allem auch eine soziale (ebd.). Das Risiko der Betroffenheit von einem als behindernd wahrgenommenen Gesundheitsproblem erhöht sich mit steigendem Lebensalter. Der natürliche Alterungsprozess führt zur Verminderung der Funktionsfähigkeit des Organismus, was zur Folge hat, dass die letzten Lebensjahre vielfach von Behinderungen geprägt sind (ebd.).

Gemäss verschiedener Quellen liegt die Anzahl von Menschen in der Schweiz, die von einer Behinderung betroffen sind, schätzungsweise bei ungefähr 1,7 Millionen (BFS, ohne Datum). Hiervon gelten 27 % als von einer starken Beeinträchtigung betroffen (ebd.). Dies gilt für alle Personen, welche in Heimen oder in spezialisierten Einrichtungen wohnhaft sind (ebd.). Insgesamt leben zirka 2 % der Schweizer Wohnbevölkerung in Institutionen (ebd.).

Schon im Jahre 1977 wurde in der ersten Ausgabe des «Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters» nach ICD-10 der WHO das Nachfolgende festgehalten:

Intelligenzgeminderte Personen können an allen psychiatrischen Störungen erkranken; in dieser Population ist die Prävalenzrate für andere psychiatrische Störungen mindestens drei- bis viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung. Ausserdem besteht für intelligenzgeminderte Personen ein grösseres Risiko ausgenutzt sowie körperlich und sexuell missbraucht zu werden. (Helmut Remschmidt, Martin H. Schmidt & Fritz Poustka, 2006; zit. in Klaus Henricke, 2012, S. 7)

Die Risiken für traumatisierende Lebenserfahrungen sind bei Personen, welche von einer kognitiven Beeinträchtigung betroffen sind, also entsprechend stark erhöht (Henricke, 2012, S. 7). Die Prävalenzrate von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten liegt bei dieser Personengruppe laut einer englischen Studie von Sally-Ann Cooper, Elita Smiley, Jillian Morrison, Andrew Williamson & Linda Allan (2007) insgesamt bei 40.9 % (S. 27). Bei Menschen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung liegt sie bei 34.4 % und bei Menschen mit einer mittelgradigen bis schweren kognitiven Beeinträchtigung bei 45.0 % (ebd.). Fachexperten sind sich weitgehend einig darüber, dass die erhöhte Prävalenz von psychischen Störungen und Problemverhalten bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen

mit einer hohen Anzahl von neurologischen, sozialen, psychologischen und persönlichkeitsbezogenen Risikofaktoren im Zusammenhang steht (Anton Došen, 2018, S. 18). Hierbei sind Kommunikationsprobleme, kognitive Defizite, Belastungsfaktoren im familiären Umfeld sowie weitere Umweltbedingungen gemeint (ebd.). Es ist möglich, dass diese Bedingungen allein oder im Zusammenwirken die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von psychischen Störungen erhöhen (ebd.). Es gilt weiter die Annahme, dass Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen ein größeres Risiko haben, belastende Ereignisse als Trauma zu erleben – dies aufgrund einer erhöhten Anzahl von Risikofaktoren und weniger ausgeprägten, schützenden Bedingungen («Schutzfaktoren») (Hennicke, 2012, S. 8). Im Kapitel 3.3 und 3.4 werden die Risiko- und Schutzfaktoren genauer beschrieben.

3.1 Kognitive Beeinträchtigung

Hermann Meyer (2003) definiert Personen mit einer geistigen Behinderung als Menschen, welchen es aufgrund intellektueller und kognitiver Beeinträchtigungen nicht möglich ist, ihren Bedürfnissen und Interessen vollumfänglich ohne Unterstützung nachzugehen und somit von ihren Mitmenschen abhängig sind (S. 4). Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung haben Schwierigkeiten, Reize des eigenen Körpers oder aus der Umwelt wahrzunehmen, sie in sinnhafte Informationen umzuwandeln und adäquat darauf zu reagieren (Barbara Senckel, 2008, S. 247). Hierbei spricht man auch von einer Reizverarbeitungsschwäche (ebd.). In der vorliegenden Arbeit wird anstelle des Begriffs der «geistigen Behinderung» die Bezeichnung «kognitive Beeinträchtigung» verwendet, weil diese aus der Sicht der Autorenschaft am objektivsten und am wenigsten stigmatisierend ist.

Kognitive Beeinträchtigungen werden in der ICD-10 unter der Rubrik «Psychische Verhaltensstörungen» klassifiziert (BfArM, 2021a). Diesbezüglich wird der Begriff der «Intelligenzstörung» oder der «Intelligenzminderung» verwendet (ebd.). Damit bei einer Person eine sogenannte Intelligenzminderung diagnostiziert wird, ist ein Intelligenzquotient (IQ) <70 erforderlich (Dieter Irblich & Astrid Blumenstein, 2011, S. 84). Die Diagnose einer geistigen Behinderung, wie sie in Deutschland vorgenommen wird, setzt einen IQ $<60-65$ voraus (ebd.). Bei der Intelligenzminderung handelt es sich um einen Zustand von unvollständiger oder verzögerter Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten (BfArM, 2021a). Diese kann alleine oder in Verbindung mit anderen körperlichen oder psychischen Störungen auftreten (ebd.). Dabei sind insbesondere diejenigen Fertigkeiten beeinträchtigt, welche in der Entwicklungsphase eines Menschen aufgebaut werden und welche zum Intelligenzniveau beitragen wie beispielsweise Sprache, Kognition, soziale und motorische Fähigkeiten (ebd.). In der «International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)» der WHO werden diese Fertigkeiten unter den sogenannten «mentalen Funktionen» klassifiziert. Zu diesen gehören unter anderem die Orientierung, die Intelligenz und das Bewusstsein. Weiter gehören auch spezifische Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Wahrnehmung, Sprachverständnis, Denken oder das Rechenvermögen dazu (Deutsches

Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2005, S. 52-59). Niels Birbaumer und Robert Franz Schmidt (2005) fassen die kognitiven Funktionen wie folgt zusammen: «Alle bewussten und unbewussten Vorgänge, die bei der Verarbeitung von Organismus-externer oder -interner Informationen ablaufen, (...)» (S. 261). Bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sind diese Vorgänge in unterschiedlicher Weise eingeschränkt (Klaus Sarimski, 2003, S. 169).

Die Bezeichnung «geistige Behinderung» wurde ungefähr Ende der 1950er-Jahre erstmals eingeführt (Wolfram Kulig, Georg Theunissen & Ernst Wüllenweber, 2006, S. 116). Früher brachte man Menschen mit einer Beeinträchtigung mit diskriminierenden Begriffen wie «Idiotie», «Blödsinn» oder «Schwachsinn» in Verbindung (ebd.). Um solche abwertenden Bezeichnungen zu ersetzen, entstand der Begriff der Behinderung (ebd.). Georg Theunissen (2021) beschreibt, dass die Komplexität des Begriffs «geistige Behinderung» dazu geführt hat, dass bisher keine einheitliche Kennzeichnung oder Beschreibung etabliert werden konnte (S. 11). Der Begriff wurde zu verschiedenen Zeiten immer wieder umschrieben, aber nie existierte eine universelle Definition (Reinhilde Stöppler, 2014, S. 16). Dies ist darauf zurückzuführen, dass Personen mit einer geistigen Behinderung keine einheitliche Personengruppe mit festgesetzten Eigenschaften bilden. Daher bleibt der Begriff sehr unklar (ebd.). Die Bezeichnung der geistigen Behinderung wird zudem in vielen Kreisen kritisch angesehen (Theunissen, 2021, S. 11). Vielfach verleite der Begriff zu negativen Assoziationen. Personen, welche damit konfrontiert werden, fühlen sich oftmals nicht ernst genommen und diskriminiert (ebd.). Barbara Fornefeld (2020) betont jedoch die Wichtigkeit, die Menschen mit einer Beeinträchtigung als eine Gruppe anzusehen, damit diese nicht randständig bleiben (S. 97-100). Diese Gruppe sollte einen tragfähigen Namen erhalten, welche auf deren Mitglieder aufmerksam macht, denn diejenigen, die keinen Namen hätten, würden weder wahr- noch ernstgenommen (ebd.).

Bereits in den 1990er-Jahren wurde diskutiert, ob der Begriff der geistigen Behinderung die anfänglich positive Bedeutung verloren hätte und deshalb ersetzt werden sollte (Kulig, Theunissen & Wüllenweber, 2006, S. 117).

Folgende Begriffsalternativen wurden schliesslich entwickelt:

- Personen mit intellektueller, kognitiver oder mentaler Beeinträchtigung
- Personen mit Lernschwierigkeiten
- Personen mit besonderem Hilfebedarf/Unterstützungsbedarf (ebd.)

3.2 Diagnose von Traumata bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Dieter Irblich (2005) führt aus, dass es Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen schwieriger fällt, sich an tiefgreifende Umstellungen oder Veränderungen in ihrem Leben anzupassen (S. 399). Sowohl

Menschen mit Behinderungen als auch kleine Kinder haben eine erhöhte psychische Vulnerabilität für Stress. Dies ist bedingt durch eingeschränkte Bewältigungsmöglichkeiten und stärkere Abhängigkeit von externem Schutz (Irblich, 2005, S. 399). Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass beispielsweise aufgrund fehlender verbaler Kommunikationsfähigkeiten oftmals keine direkte Verbindung zwischen Traumafolgestörungen und ihren Auslösern ausgemacht werden können. Dies erschwert die Diagnose von Traumata bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und so auch den angemessenen Umgang mit den betroffenen Personen (ebd.).

Trotz der Tatsache, dass sich das fachliche Bewusstsein für psychische Erkrankungen und Belastungen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in den letzten beiden Jahrzehnten erhöht hat, wird im sozialpädagogischen Alltag bis jetzt nur eine vage Unterscheidung in der Hinsicht getroffen, ob extreme Verhaltenssymptome auf Behinderung Bezug nehmen oder ob diese eine erhöhte Stressbewältigung zum Ausdruck bringen (Martin Kühn, 2013, S. 29). In diesem Zusammenhang ist aus Sicht der Traumapädagogik eine fundierte Differenzierung unentbehrlich. Denn nur so kann im Alltag strukturelle Gewalt unterbunden werden (ebd.). Strukturelle Gewalt meint die negative Beeinflussung der Selbstverwirklichung einer Person durch ungünstige Umwelteinflüsse (Gunter Crössmann & Reinhard Etzel, 2012, S. 287). Solche Einflüsse können zum Beispiel unvorteilhafte Arbeitsumstände für die sozialpädagogischen Fachpersonen, Personalmangel, zu grosse Wohngruppen, keine gute oder ausreichende Infrastruktur in der Institution oder wenig Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die Mitarbeitenden sein (ebd.).

Traumafolgestörungen bei Personen mit kognitiver Beeinträchtigung weisen oftmals nicht die gleichen Symptomaten auf, wie diese in der ICD-10 beschrieben werden (Irblich & Blumenschein, 2011, S. 84). Der Grund dafür ist, dass die Kriterien an kognitive Bedingungen geknüpft sind, welche Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zurzeit der Traumatisierung häufig nicht besitzen (ebd.). Daher stellt die PTBS bei Personen mit einer schweren Intelligenzminderung nur eine mässig anwendbare diagnostische Kategorie dar (Anna Mitchell & Jennifer Clegg, 2005; zit. in Irblich & Blumenschein, 2011, S. 84). Dennoch können traumatische Erlebnisse auch bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu längerfristigen Folgen führen (Irblich & Blumenschein, 2011, S. 87). Oftmals treten diese aber erst nach mehreren Jahren auf (ebd.). Folgende Anhaltspunkte können bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einen Hinweis darauf geben, dass es sich um eine Traumafolgestörung handelt:

- Das traumatisierende Geschehen und die Symptome können in zeitlicher Hinsicht miteinander in Verbindung gebracht werden.
- Es ist eine deutliche Veränderung der Gemütsverfassung (z.B. bedrückte Stimmung, zunehmende Unruhe) nach einem traumatischen Ereignis zu beobachten.

- Es treten plötzliche Verhaltensänderungen in spezifischen Situationen auf.
- Betroffene erleben ihre Symptome als nicht zu ihrer Person gehörend.
- Fachkräfte können Symptome mittels sozialpädagogischen Massnahmen oder Medikamenten kaum oder gar nicht beeinflussen (Irblich, 2005, S. 407).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es für die Professionellen der Sozialpädagogik in der Praxis schwierig ist, ein Verhalten als Ergebnis traumatischer Erfahrungen zu deuten. Dadurch erhalten die Betroffenen nicht die Unterstützung, welche sie eigentlich benötigen würden. Es ist deshalb von grosser Bedeutung, dass die sozialpädagogischen Fachkräfte über ein fundiertes psychotraumatologisches Wissen verfügen. Denn fehlendes Wissen sowie mangelnde Fähigkeiten, hochstressige Situationen zu bewältigen, führen zwischen Fachpersonen und Klientel immer wieder zu belastenden Momenten (Martin Baierl, Cornelia Götz-Kühne, Thomas Hensel, Birgit Lang & Jochen Strauss, 2014, S. 61). Dies wiederum kann zu Reinszenierungen früherer traumatischer Erfahrungen führen (ebd.). Aus diesem Grund ist es seitens der sozialpädagogischen Fachpersonen wichtig, die sogenannte «Traumabrille» aufzusetzen, damit sie die immer wieder auftauchenden ungewöhnlichen Verhaltensweisen der betroffenen Personen nachvollziehen und verstehen können (ebd.). Unter Traumabrille versteht man, das jetzige Verhalten unter anderem als Äusserung ehemaliger Beziehungserfahrungen zu betrachten (Baierl et al., 2014, S. 62). Im Kapitel 4 wird dieser und weitere zentrale Aspekte in der Arbeit mit traumatisierten Menschen noch näher thematisiert.

3.3 Vulnerabilität und Risikofaktoren

Die hohe Prävalenz von Traumatisierungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung lässt sich mit einer Vielzahl von Risikofaktoren begründen, welche für die erhöhte Vulnerabilität verantwortlich sind. Vulnerabilität meint in diesem Kontext die individuelle Verletzlichkeit beziehungsweise das Vorhandensein von biologischen, psychologischen und sozialen Risikofaktoren, durch belastende Lebensereignisse traumatisiert zu werden (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 54-55). Die risikofördernden Einflüsse werden nachfolgend unterteilt in personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren.

3.3.1 Personenbezogene Faktoren

Personenbezogene Faktoren sind Einflussfaktoren, welche die Person selbst betreffen - also biologische und psychische Voraussetzungen. Senckel (2008) beschreibt diesbezüglich die kognitive Einschränkung als eine der zentralen Ursachen, weshalb Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger Traumatisierungen erleben (S. 246). Sie bezieht sich dabei auf die Traumadefinition von Fischer und Riederer (2003; 2020), wonach ein psychisches Trauma ein «vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten ist, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst-

und Weltverständnis bewirkt» (S. 88). Die Wirkung eines traumatischen Erlebnisses hängt dementsprechend nicht nur mit der bedrohlichen Situation zusammen, sondern vor allem auch mit den individuell zur Verfügung stehenden Ressourcen für einen konstruktiven Umgang mit derartigen Situationen (Senckel, 2008, S. 246). Andrew Seubert und John McDonagh (2002) beschreiben in diesem Zusammenhang die kognitive Beeinträchtigung als Einschränkung im Bereich des abstrahierenden Denkens. Dies führt dazu, dass erfolgreiche Bewältigungsstrategien nur schwer auf ähnliche Situationen übertragen werden können beziehungsweise dass es viele Wiederholungen benötigt, damit dies möglich wird (ebd.). Aufgrund der Beeinträchtigung ist die Biografie der Personen geprägt von Erfahrungen, unterschiedlichste Dinge nicht zu schaffen, woraus auch eine Angst vor Veränderung resultiert. Die Angst zu versagen, bewirkt ein Vermeidungsverhalten gegenüber Neuem und Scham bezüglich dem eigenen Nichtkönnen (ebd.). Die fehlende Selbstwirksamkeit kann dabei oftmals mit Kommunikationsschwierigkeiten in Verbindung gebracht werden (Senckel, 2008, S. 248). Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung fällt es tendenziell schwerer, ihre Emotionen gegenüber dem sozialen Umfeld verständlich auszudrücken. Dies kann zu einem Gefühl der Ohnmacht führen und somit die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Traumatisierung erhöhen (ebd.). Um diesem Umstand entgegenzuwirken, braucht es eine Pädagogik der Selbstbemächtigung, welche in Kapitel 4.3.3 beschrieben wird.

Wirkungsvolle Bewältigungsstrategien (auch Coping-Strategien genannt) entscheiden darüber, ob, oder in welchem Ausmass, eine Situation als Bedrohung wahrgenommen wird (Senckel, 2008, S. 246). Gemäss Kapitel 3.1 fällt es Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung meist schwerer, äussere Reize zu verarbeiten beziehungsweise diese zu verstehen und adäquat darauf zu reagieren. Diese Gegebenheit erschwert laut Senckel (2008) entsprechend auch aus Erfahrungen zu lernen und so wirkungsvollere Bewältigungsstrategien zu entwickeln (S. 248). Daraus lässt sich schliessen, dass Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung häufiger Umstände erleben, welche sie als überfordernd empfinden und somit nicht konstruktiv bewältigen können. So kann es sein, dass harmlos erscheinende Situationen als bedrohlich wahrgenommen werden und mit Angst und Hilflosigkeit darauf reagiert wird (Senckel, 2008, S. 247). Alltägliche Situationen im stationären Setting können demzufolge traumatische Wirkungen haben, wenn die Person sich diesen nicht entziehen kann. Beispiele für solche Situationen sind unverständliches Kommunikations- und Interaktionsverhalten, Änderungen der Lebenssituation oder eine dauernde Überforderung der Lern- und Leistungsfähigkeit (ebd.). Daraus ergibt sich, dass nebst den interpersonalen Gegebenheiten also auch umweltbedingte Faktoren zu einer erhöhten Vulnerabilität bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung führen. Diese werden im nachfolgenden Kapitel erläutert.

3.3.2 Umweltfaktoren

Jeder Mensch wächst in einem sozialen Umfeld auf und steht deshalb immer in einer gewissen Abhängigkeit zu seiner Umwelt. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wird diese Abhängigkeit laut Seubert und McDonagh (2002) bereits in der frühen Kindheit beigebracht. Durch das Behüten und Beschützen vor der Welt würden die Kinder zu einem passiven und unselbstständigen Leben hingeführt (ebd.). Auch im stationären Setting erleben Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung einen besonders hohen Grad an Fremdbestimmtheit. So sind sie oftmals abhängig von pflegerischen Hilfeleistungen, welche durch verschiedene Berührungen einen erheblichen Eingriff in die Intimsphäre darstellen (Ahmed Amor, 2015, S. 42). Da sie diese Situationen selbst nicht wirklich beeinflussen können, werden Gefühle wie Scham oder Wut teilweise unterdrückt, was wiederum die Entwicklung eines positiven Selbstwerts verunmöglicht (ebd.). Die Missachtung persönlicher Grenzen fördert das Gefühl des Ausgeliefertseins und kann bis zur Selbstaufgabe führen (Senckel, 2008, S. 250). Ebenso haben medizinische Eingriffe, welche bei Menschen mit einer Behinderung meist kurz nach der Geburt vorgenommen werden, einen grossen Einfluss auf die körperliche Integrität und damit auch auf die Entwicklung der Persönlichkeit (Senckel, 2008, S. 248). Wiederholen sich solche Erfahrungen, löst dies Existenzängste aus (ebd.).

Vernachlässigung aufgrund von Überforderung oder Ablehnung durch die Eltern stellt einen weiteren Risikofaktor für Kinder mit Beeinträchtigungen dar (Senckel, 2008, S. 248). Der frühe Beziehungsaufbau wird aufgrund einer Behinderung massgeblich erschwert, da Eltern oftmals Mühe haben, die Bedürfnisse und auffälligen Verhaltensweisen ihrer Kinder richtig zu deuten (Senckel, 2003, S. 85). Wird das Kind aufgrund dessen nicht genügend oder unzuverlässig versorgt, entstehen wiederum traumatisierende Existenz- und Verlassenheitsängste (Senckel, 2008, S. 249). Durch die Hilflosigkeit bei den Bezugspersonen kann sich daraus sogar aggressives Verhalten entwickeln. Die behinderungsbedingte Wehrlosigkeit hat zur Folge, dass bei Gewalt oftmals auch keine rechtlichen Konsequenzen befürchtet werden (ebd.). Werden solche Erlebnisse in der Kindheit gemacht, führt dies unter anderem zu unsicheren Bindungsmustern, welche auch im Erwachsenenalter die Grundlage für die Beziehungsgestaltung bilden (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 56-57). Scherwath und Friedrich (2016) zählen unsichere Bindungen deshalb zu den zentralen Risikofaktoren (S. 56).

Ungleiche Machtverhältnisse und Gewalt sind für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im institutionellen Setting eine alltägliche Realität. Gründe dafür sind beispielsweise Abhängigkeitsverhältnisse der Klientel von den sozialpädagogischen Fachkräften, ungenügendes Eingehen auf Bedürfnisse, das Fehlen von vertrauensvollen Beziehungen sowie der Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege (Monika Schröttle, 2015, S. 35). Zudem sind die betroffenen Menschen laut Marion Sigot gefordert,

sich an vorgegebene Strukturen zu halten und Tagesabläufe zu befolgen (Sigot, 2017; zit. in Udo Sierck, 2019, S. 69). Auch die Wahrscheinlichkeit, sexualisierte Gewalt zu erleben, ist laut einer Studie von Monika Schröttle et al. (2012) bei erwachsenen Frauen mit kognitiver Beeinträchtigung mit rund 21 % deutlich erhöht (S. 25). Diese hohe Anzahl von Gewalterfahrungen haben jedoch nicht durchgängig innerhalb der Institution stattgefunden, sondern wurden auch durch Personen ausserhalb der Einrichtung oder vor dem Aufenthalt im stationären Setting verübt (Schröttle et al., 2012, S. 24). Durch Kommunikationsschwierigkeiten, emotionaler Verwirrung und aufgrund bereits erlittener Traumatisierung werden diese Übergriffe meist nicht publik (Senckel, 2008, S. 249). Wird dennoch der Versuch unternommen, dies verbal mitzuteilen, wird den Betroffenen oftmals nicht geglaubt und geholfen (Schröttle, 2015, S. 91). Gemäss Kapitel 2.1.2 kann die Erfahrung von Gewalt und ungleichen Machtverhältnissen zu einem Trauma Typ-I wie auch einem Trauma Typ-II führen.

Weitere Auslöser von Traumatisierungen bei Menschen mit Behinderungen können auf der Ebene der Gesellschaft ausfindig gemacht werden (Senckel, 2008, S. 249). So können neben den genannten Risikofaktoren wie Vernachlässigung, Gewalt und sexueller Missbrauch auch wiederholende, ausgrenzende Erfahrungen als sogenannte Mikrotraumata auftreten (Senckel, 2008, S. 250). Beispielsweise wird Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nachgesagt, dass sie durch die benötigte Unterstützung viel kosten, nicht genügend Leistung erbringen oder über eine erhöhte Aggressivität und Triebhaftigkeit verfügen würden (Senckel, 2008, S. 249). Diese ständige Entwertung und Ausgrenzung führt zur Kränkung des Selbstwertgefühls und macht aus einer Behinderung ein Trauma (Senckel, 2008, S. 250).

Die gewonnenen Erkenntnisse zeigen, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in ihrem Alltag einer Vielzahl von Risikofaktoren ausgesetzt sind, welche die Wahrscheinlichkeit von Traumatisierungen erhöhen. Fehlende oder unwirksame Bewältigungsstrategien haben zur Folge, dass Stresssituationen schnell zu Überforderung und Ohnmacht führen. Umso wichtiger ist es, in der sozialpädagogischen Begleitung den Blick auf die Schutzfaktoren zu richten und diese zu fördern.

3.4 Schutzfaktoren und Resilienz

Den Risikofaktoren stehen die risikomildernden Faktoren, die sogenannten Schutzfaktoren, gegenüber. Diese führen zu mehr Widerstandsfähigkeit bei herausfordernden Lebensereignissen, der Resilienz. Jeder Mensch verfügt über individuelle Eigenschaften oder Charakterzüge, die ihn schützen; oder ist von Ressourcen in seinem Umfeld umgeben, welche sich aktivieren lassen (Günther Opp, 2002; zit. in Theunissen, 2021, S. 67). Das Leben besteht folglich nicht nur aus Risiken und Gefahren, sondern ist das Ergebnis der Wechselwirkung von Risiko- und Schutzfaktoren. Aus der Resilienzforschung weiss man, dass sich bei bis zu einem Drittel derjenigen Menschen, welche herausfordernde Erfahrungen

gemacht haben, keine langfristigen Folgen entwickelten (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 63). Ihnen standen also genügend protektive Ressourcen zur Verfügung, um diese Situationen zu meistern. Für den Auftrag der Sozialpädagogik lässt sich daraus schliessen, dass es im institutionellen Setting genau diese Faktoren zu fördern gilt, um das Risiko weiterer Traumatisierungen zu verhindern. Scherwath und Friedrich (2016) zählen zu diesen Schutzfaktoren unter anderem ein positives Temperament, eine gute körperliche und psychische Verfassung, ein positives Selbstbild, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, eine optimistische Grundhaltung, eine sichere emotionale Bindung zu Bezugspersonen, ein positives Rollenmodell und das Erleben von sozialer Unterstützung (S. 63). Laut Irblich (2012) kann in gewissen Situationen auch die kognitive Beeinträchtigung als Schutzfaktor gegen eine Traumatisierung wirken (S. 35). Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine objektiv vorhandene Bedrohung nicht wahrgenommen oder als solche erkannt wird (ebd.).

Die Förderung von Schutzfaktoren spielen in der Traumapädagogik eine wichtige Rolle und werden in verschiedenen Konzepten entsprechend berücksichtigt. Was die Traumapädagogik beinhaltet und wie deren Konzepte ausgestaltet sind, wird im nächsten Kapitel behandelt.

4. Traumapädagogik

Die Fachrichtung Traumapädagogik ist in und aus der Praxis entstanden und verfolgt ein pädagogisches Grundverständnis. Sie wurde für verschiedene Arbeitsfelder entwickelt und zielte ursprünglich darauf ab, traumatisierte Kinder und Jugendliche zu begleiten und zu unterstützen (Weiss, 2017, S. 636). Aus diesem Grund bezieht sich die Literatur der Traumapädagogik vorwiegend auf Kinder und Jugendliche. In die Traumapädagogik fließen Elemente aus der Bindungstheorie, der Psychotraumatologie sowie aus der Psychoanalyse mit ein (Weiss, 2017, S. 636). In den vergangenen Jahren sind mehrere traumapädagogische Konzepte von verschiedenen Fachpersonen entwickelt worden. Dies sind zum Beispiel die «Pädagogik des sicheren Ortes» nach Martin Kühn, die Bindungsorientierung nach Karl Heinz Brisch sowie das Konzept der Selbstbemächtigung nach Wilma Weiss (Weiss, 2017, S. 636). Diese drei Kernbeiträge der Traumapädagogik werden im Kapitel 4.3 genauer beschrieben. Als Grundlage für die konkrete Umsetzung in der Praxis dienen unter anderem die traumapädagogischen Standards der stationären Kinder- und Jugendhilfe, welche von der BAG Traumapädagogik erarbeitet worden sind (Weiss, Kessler & Gahleitner, 2016, S. 23).

4.1 Entstehung der Fachdisziplin

Die junge Fachdisziplin Traumapädagogik wurde in der Mitte der 90er-Jahren entwickelt. Sie entstand aus der Praxis und verfolgte das Ziel, traumatisierten Kindern und Jugendlichen bessere Chancen zur sozialen Teilhabe zu ermöglichen (Silvia Denner, 2013, S. 5). Die Möglichkeiten und Methoden der Traumapädagogik wurden zu Beginn vermehrt in stationären Einrichtungen, im Alltag der Kinder- und Jugendhilfe, angewendet (Weiss, 2016, S. 20). Inzwischen wurden die Konzepte weiterentwickelt und werden in diversen pädagogischen sowie sozialarbeiterischen Arbeitsfeldern eingesetzt (Jacob Baumsum, Lutz Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss, 2013, S. 8). Die Traumapädagogik hat ihre Wurzeln in verschiedenen Disziplinen. Weiss (2016) betont, dass sie ohne Berücksichtigung der Erkenntnisse der Bindungstheorie, der Sozialen Arbeit, der Gesundheitslehre, der Resilienzforschung sowie der Psychotraumatologie undenkbar sei (S. 22). Die Traumapädagogik verfolgt prinzipiell das Ziel, Personen, welche von einer Traumatisierung betroffen sind, auf ihrem Weg zur Selbstbemächtigung zu unterstützen und zu begleiten (ebd.). Hierbei sind der Aufbau sowie die Gewährleistung vertrauenswürdiger und tragfähiger Beziehungen im Alltag wichtig (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 4). Die Stärkung des Selbstvertrauens sowie die soziale, individuelle und emotionale Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen, sind ebenfalls zentrale Aspekte (ebd.).

4.2 Grundhaltung

Dem Positionspapier der BAG Traumapädagogik (2011) ist zu entnehmen, dass die Basis der Traumapädagogik eine Grundhaltung darstellt, welche den Fokus auf die Ressourcen der Betroffenen legt (S. 4-5). Eine wertschätzende sowie verstehende Einstellung sind hierbei zentrale Elemente dieser

Grundhaltung. Im Positionspapier wird betont, dass diese Haltung massgebend ist, um traumatisierte Kinder und Jugendliche professionell und bedarfsgerecht unterstützen zu können (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 4-5).

Die aus der traumapädagogischen Arbeit entstandenen Konzepte verfolgen alle diese sogenannte «traumasensible» Grundhaltung. Die traumasensible Grundhaltung bildet das Fundament traumapädagogischen Geschehens und dient als Orientierungshilfe für das Handeln in der Praxis (Silke Birgitta Gahleitner, Christina Frank & Anton Leitner, 2015, S. 16). Im Zentrum dieser Grundhaltung steht die «Annahme des guten Grundes» (vgl. Kapitel 4.2.1). Gestützt auf dieser Vermutung findet eine Wertschätzung des Kindes in seinem Wesen und seiner Lebensleistung statt. Während es Experte seines eigenen Lebens ist, stellen ihm die Fachexperten ihr Wissen und Unterstützung für die Bewältigung der Traumafolgen zur Verfügung (Weiss, 2011; zit. in Christina Rothdeutsch-Granzer, Wilma Weiss & Silke Birgitta Gahleitner, 2015, S. 177). Hierbei wird partizipativ gefördert, dass das Kind bei Ereignissen und Entscheidungsprozessen mitwirkt (Rothdeutsch-Granzer, Weiss & Gahleitner, 2015, S. 177). Seine Fähigkeiten und Belastungsgrenzen werden entsprechend berücksichtigt. Für Kinder, Jugendliche und sozialpädagogische Fachkräfte soll Sicherheit und Vertrauen geschaffen werden. Dies soll durch Transparenz und Klarheit auf allen Ebenen ermöglicht werden. Ebenso sollen Situationen und Vorgänge nachvollzieh- und einschätzbar gemacht werden. Die Gefühlswelt wird durch das Trauma in ein Ungleichgewicht gebracht (ebd.). Dabei werden Gefühle wie Angst, Ohnmacht, Trauer, Scham, Wut und Ekel in den Vordergrund gerückt und auf Bezugspersonen übertragen. Um diesen negativen Emotionen entgegenzuwirken ist es sinnvoll, gemeinsame Freude und gemeinsamen Spass zu fördern. Denn dadurch wird ein Gegengewicht zur lähmenden Destruktivität hergestellt, was einen positiven Einfluss auf die Entwicklung und das Lernen hat (ebd.). In den nachfolgenden Kapiteln werden die einzelnen Elemente der traumapädagogischen Grundhaltung genauer beschrieben.

4.2.1 Die Annahme des guten Grundes

Kinder und Jugendliche entwickeln gewisse Verhaltensweisen, um das erlittene Trauma zu bewältigen. Die Annahme des guten Grundes besagt, dass das Verhalten von Mädchen und Jungen im Kontext ihrer bisherigen Lebenserfahrung verstehbar ist und dass diese Verhaltensweisen, welche aus der Vergangenheit resultieren, eine normale Reaktion auf das sind, was sie erlebt haben (Weiss, 2016, S. 23). Menschen, die von einem Trauma betroffen sind, haben in ihrer Biografie oft extreme Macht erlebt (Weiss, 2021, S. 247). Sie probieren daher mit neuen, meist destruktiven Verhaltensweisen, die Kontrolle über ihr Leben zu erlangen (Weiss, 2021, S. 264). Da sie diese Kontrolle oftmals auf eine aggressive Art und Weise wiederzuerlangen versuchen, werden sie häufig missverstanden (ebd.). Es wird vermutet, dass hinter ihrem Verhalten Absicht und Feindlichkeit steckt, obwohl dem meist nicht so ist (ebd.). In diesem Zusammenhang beschreibt die Annahme des guten Grundes, dass das Verhalten

dieser Personen im Normalfall eine positive, gute Absicht hat. Reagieren pädagogische Fachkräfte auf die ungewöhnlichen Verhaltensweisen der Mädchen und Jungen mit Unverständnis, würde die Gefahr bestehen, dass sich ihre stressbelastete Situation verschlimmert (Weiss, 2021, S. 120). Es ist also wichtig, dass dieser hohen Belastung, mithilfe einer traumasensiblen Haltung stabilisierend und unterstützend entgegengewirkt wird (Gahleitner, Frank & Leitner, 2015, S. 16).

4.2.2 Wertschätzung

Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen hinterfragen oftmals ihre Verhaltensweisen und stören sich selbst an diesem neuen Verhalten. Daher sind die Betroffenen bemüht, Antworten und Gründe für ihr Verhalten zu finden (Gahleitner et al., 2014, S. 263). Für sie stellt es eine Entlastung dar, wenn sozialpädagogische Fachpersonen sie bei der Suche nach Gründen unterstützen. Weiss (2013a) betont, dass Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen mit Fragen wie beispielsweise: «Du tust das, weil?», Kinder und Jugendliche unterstützen können, mit einer liebevollen und respektvollen Art und Weise ihr eigenes Verhalten zu reflektieren, nachzuvollziehen sowie destruktive Verhaltensweisen zu ändern (S. 173). Eine wertschätzende Haltung ist dabei die Grundlage für einen traumasensiblen Umgang mit den Betroffenen (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 4). Indem sie trotz aufreibenden Verhaltensweisen gewürdigt und wertgeschätzt werden, kann Stress verringert und die Suche nach einer nachhaltigen Lösung – beispielsweise alternative Verhaltensweisen – ermöglicht werden (Weiss, 2021, S. 121). Die BAG Traumapädagogik (2011) beschreibt im Positionspapier, dass Kinder und Jugendliche durch das dauernde Erleben von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Willkür einer extremen Belastung ausgesetzt sind und eine Art Sinn- und Wertlosigkeit in Bezug auf ihr Handeln entwickeln (S. 5). Ihnen gelingt es oftmals nicht, das erlebte traumatisierende Geschehen zu verarbeiten und sie übertragen daher Gedanken und Gefühle der Vergangenheit immer wieder auf die gegenwärtige Situation (ebd.). Demzufolge soll den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit gegeben werden, sich selbst und das, was sie tun, als wertvoll wahrzunehmen (ebd.). Man solle sich auf ihre Stärken und Ressourcen fokussieren und sie in den Dingen fördern, die sie gerne machen. Dadurch können sie ihre eigenen Fähigkeiten entdecken und erleben sowie lernen, sich selbst wertzuschätzen (ebd.). Mithilfe der Traumapädagogik wird traumatisierten Personen ein sicherer und geschützter Rahmen gewährt, indem sie sich entfalten und ihr Selbstbewusstsein sowie ihr Selbstwertgefühl aufwerten können (ebd.). Im Kapitel 4.3.2 wird mit der «Pädagogik des sicheren Ortes» noch vertiefter auf die Gestaltung förderlicher Rahmenbedingungen eingegangen.

4.2.3 Partizipation

Ein weiteres zentrales Element der traumapädagogischen Grundhaltung bildet die Partizipation. Es ist wichtig, dass traumatisierte Menschen ernst genommen und ihre Meinungen sowie Wünsche akzeptiert werden. Es ist von Bedeutung, dass sozialpädagogische Fachpersonen zusammen mit den

betroffenen Personen sowohl Regeln als auch Grenzen erarbeiten und ihnen dort, wo es möglich ist, Verantwortung übergeben (Weiss, 2021, S. 156-159). Die BAG Traumapädagogik (2011) beschreibt, dass das Teilhaben an der Gestaltung des eigenen Lebens einer der wichtigsten Faktoren ist, welcher zur seelischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen beiträgt (S. 6). Wenn Kinder und Jugendliche die Möglichkeit erhalten, ihr Leben nach ihren eigenen Vorstellungen und Wünschen zu gestalten, entwickeln sie hieraus eine positive Motivation (ebd.). Personen mit einem Traumata haben in ihrer Vergangenheit oftmals Vernachlässigung, Gewalt oder Missbrauch erlebt und haben dadurch Kontrollverlust erfahren (ebd.). Demzufolge sind die Selbstwirksamkeitserwartungen der Betroffenen häufig sehr geschwächt oder sogar inexistent (ebd.). Genau aus diesem Grund ist es umso wichtiger, Möglichkeiten und Strukturen zu schaffen, in denen die Selbstwirksamkeit gestärkt wird (ebd.). Folgende drei Ebenen könnten diese erhöhen:

1. Erleben von Autonomie – ich kann etwas entscheiden
2. Erleben von Kompetenz – ich kann etwas bewirken
3. Erleben von Zugehörigkeit – ich gehöre dazu und werde wertgeschätzt (ebd.)

Durch die Beachtung dieser drei Ebenen können Fachkräfte der Sozialpädagogik dazu beitragen, dass traumatisierte Personen ihr Leben, wenn immer möglich, selbst gestalten können (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 6).

4.2.4 Transparenz

Traumatisierte Personen sind in ihrer Vergangenheit oftmals mit Macht und Hierarchie konfrontiert worden und hatten daher häufig mit Machtlosigkeit zu kämpfen (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 6). Demzufolge ist es wichtig, dass sie in der pädagogischen Einrichtung, in welcher sie leben, nicht erneut der Macht beziehungsweise der Machtlosigkeit ausgesetzt sind (ebd.). Personen, welche traumatische Erfahrungen gemacht haben, empfinden sich in ihrem Selbst- als auch Weltbild oft so aufgewühlt, dass sie vorerst bestimmte Orte benötigen, wo sie sich gut aufgehoben und sicher fühlen (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 74). Folglich ist es wichtig, dass für die betroffenen Personen sichere Orte geschaffen werden (Kühn, 2013, S. 33). Hierbei handelt es sich um das traumapädagogische Konzept des «sicheren Ortes», welches im Kapitel 4.3.1 erläutert wird. Damit sich traumatisierte Personen im gegebenen Rahmen sicher fühlen, müssen sie ihn verstehen können (Liane Pluto, 2007; zit. in Baierl, 2014, S. 77). Daher ist es von Bedeutung, dass die Bewohner und Bewohnerinnen im institutionellen Alltag über Abläufe und Handlungen transparent informiert werden (Weiss, 2021, S. 308). In der Arbeit mit traumatisierten Personen ist es zentral, sie bei Entscheidungen, von welchen sie betroffen sind, miteinzu beziehen und dass sie Erfahrungen bezüglich eines verantwortungsvollen Umgangs mit Strukturen, Hierarchien und Machtverhältnissen machen (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 6).

4.2.5 Spass und Freude

Traumatisierte Menschen hatten in ihrer Vergangenheit oftmals mit extremen Ungleichgewichten von Emotionen zu kämpfen. Gefühle wie beispielsweise Ohnmacht, Angst, Trauer, Scham, Ekel sowie Wut prägten ihren Alltag (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 7). Daher fällt es den Betroffenen nach traumatischen Erfahrungen oftmals schwer, wieder Freude am Leben oder an sich selbst zu finden. So benötigen sie Erlebnisse, die antitraumatisch wirken und die Lebensfreude wieder herstellen (Baierl, 2014, S. 83). Dieser Lebensfreude sollte eine besondere Wichtigkeit geschenkt werden, damit die betroffenen Personen ihre belastenden Emotionen erfolgreich verarbeiten können. Durch dieses Vorgehen wird die mentale sowie physische Verfassung in eine positive Richtung gelenkt und gleichzeitig wird das Lernen, die Konstruktivität und auch die Entwicklung der traumatisierten Personen unterstützt (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 7). Grundsätzlich geht es darum, Spass und Freude im Alltag wieder zu gewinnen und den Ängsten sowie Ohnmachts- und Schamgefühlen der Betroffenen entgegenzuwirken. Hierbei ist es wichtig, dass die bestehenden Ressourcen von traumatisierten Menschen gestärkt und neue Ressourcen erschlossen werden (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 7). Damit Betroffene wieder das Positive in ihrem Leben erkennen können, braucht es auch entsprechende Rahmenbedingungen innerhalb einer Institution. Diese Rahmenbedingungen sollten ein Gesamtsetting darstellen, in dem Spass sowie Lebensfreude erlebt werden kann (Baierl, 2014, S. 83).

4.3 Traumapädagogische Konzepte

Aus der im vorherigen Kapitel beschriebenen traumasensiblen Grundhaltung haben sich in den vergangenen 15 Jahren verschiedene Konzepte herausgebildet. Diese unterscheiden sich dabei in der traumapädagogischen Handlung bezüglich Inhalt und Gewichtung (Wilma Weiss, 2016c, S. 23). In den folgenden Kapiteln werden drei zentrale Konzepte der Traumapädagogik genauer erläutert.

4.3.1 Die «Pädagogik des sicheren Ortes» nach Martin Kühn

Martin Kühn (2006) erarbeitete mit der «Pädagogik des sicheren Ortes» eine wichtige Grundlage für traumapädagogisches Handeln. Traumatisierte Kinder und Jugendliche fühlen sich aufgrund ihrer gemachten Erlebnisse oft unsicher und das Vertrauen zu ihrem sozialen Umfeld fehlt. Deshalb sieht Kühn (2006) die Aufgabe der Professionellen der Sozialpädagogik in der Schaffung von Sicherheit, um das Sicherheitsgefühl («innerer sicherer Ort») wiederherzustellen (S. 9). Innere Sicherheit bedeutet die Fähigkeit, emotionale Erinnerungen zu kontrollieren und somit deren beängstigenden Wirkungen abzumildern (Jochen Uttendörfer, 2008, S. 56).

Uttendörfer (2008) erweiterte das Konzept des «sicheren Ortes» mit dem sogenannten «äusseren sicheren Ort», indem er die psychosozialen Fachkräfte und das materielle Umfeld als Teil des «sicheren

Ortes» miteinbezog (S. 59-60). Seiner Ansicht nach kann der «innere sichere Ort» nur durch die Gestaltung eines «äusseren sicheren Ortes» geschaffen werden (ebd.).

In der Betreuung von Kindern und Jugendlichen geht es Kühn (2006) vor allem um die Sicherheit in Beziehung zum Herkunftssystem, um die Sicherheit in der stationären Einrichtung und in Bezug auf das soziale Umfeld (S. 9). Aber auch die Fachkräfte benötigen einen sicheren Handlungsraum innerhalb einer Institution, um ihr Klientel bei der Traumabewältigung und bei Entwicklungsaufgaben unterstützen zu können (Kühn, 2006, S. 18). Nebst der Gestaltung eines sicheren Umfeldes für Betroffene und die Schaffung geschützter Handlungsräume für Fachkräfte, ist auch die Beziehungsgestaltung zwischen den Fachkräften und den Betroffenen ein zentraler Aspekt des Konzepts (Kühn, 2013, S. 32). Diese drei Ebenen bilden die sogenannte «pädagogische Triade», welche in der nachfolgenden Grafik visualisiert wird:

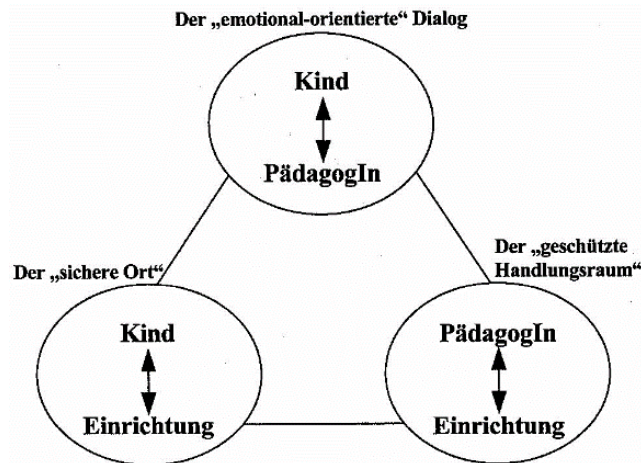


Abbildung 2: Pädagogische Triade (Kühn, 2013, S. 32)

Bei der pädagogischen Triade geht es um die Wechselwirkung zwischen Institution (Einrichtung), Fachkräften und den Kindern mit Traumata, welche es bei der Gestaltung eines «sicheren Ortes» zu beachten gilt. Damit traumatisierte Kinder und Jugendliche wieder Vertrauen in sich selbst und ihre Umwelt gewinnen können, sind in der Umsetzung traumapädagogischer Handlungen alle drei Ebenen gleich zu gewichten (B. Lang, 2013, S. 136). Sofern dies gelingt und eine Stabilität auf allen Ebenen erreicht werden kann, wird von einem «sicheren Ort» gesprochen (B. Lang, 2013, S. 137).

Nachfolgend sind die drei Ebenen der pädagogischen Triade noch etwas genauer beschrieben und es werden konkrete Gestaltungsmöglichkeiten für die Kinder- und Jugendhilfe aufgezeigt.

Der «sichere Ort»

Beim von Uttendörfer (2008) beschriebenen «äusseren sicheren Ort» sind die Schaffung von Stabilität und Wohlbefinden innerhalb einer Einrichtung die zentralen Aspekte. Es geht dabei um die Gestaltung eines verlässlichen und einschätzbaren Lebensraums, welcher das Ablegen von gelernten

Überlebensstrategien nach traumatischen Erlebnissen ermöglicht (Kühn, 2013, S. 33). Voraussetzungen dafür sind unter anderem:

- das Erleben von Geborgenheit
- die Befriedigung von körperlichen, psychischen, spirituellen und sozialen Grundbedürfnissen
- ein pädagogisches Umfeld, welches durch Schutz und Förderung von Ressourcen neue positive Erfahrungen ermöglicht
- Strukturen, welche Vorhersehbarkeit, Transparenz, Kontrollierbarkeit und Sicherheit bieten (Baierl, 2014, S. 73)

Um die genannten Rahmenbedingungen sicherzustellen, werden laut Baierl (2014) unter anderem genügend geschulte Mitarbeitende benötigt, welche bereit sind, diesen «sicheren Ort» aufzubauen, zur Verfügung zu stellen und zu bewahren (S. 73). Gemäss Kühn (2013) sind Professionelle der Sozialpädagogik dementsprechend «Sicherheitsbeauftragte» (S. 33). Konkret gelingt dies unter anderem durch die Einhaltung und Durchsetzung verbindlicher Regeln, die Erstellung verlässlicher Dienst- und Wochenpläne und die Durchführung von haltgebenden Ritualen im institutionellen Alltag (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 75-76).

Die Entstehung von Stress durch sogenannte Trigger soll bei Menschen mit einer Traumatisierung möglichst verhindert werden (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 77). Trigger sind Reize, welche unbewusst an das traumatische Erlebnis erinnern und die damalige Notfallreaktion erneut auslösen (Hantke & Görge, 2012, S. 65). Im pädagogischen Alltag gilt es diese Trigger ausfindig zu machen und einen Weg zu finden, diese zu umgehen oder zu entschärfen (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 77). Es soll also ein Ort geschaffen werden, welcher an die individuellen Ressourcen und Schwierigkeiten einer Person angepasst ist (ebd.).

Bezüglich der Räumlichkeiten raten Scherwath und Friedrich (2016) zu einer freundlichen Einrichtung mit einem hohen Anspruch an Ordnung (S. 80). Wichtig dabei ist, dass sich Materialien und Mobiliar in einem gutem Zustand befinden und somit den Aspekt von etwas Neuem und Heilem symbolisieren (ebd.). Wer sich in den Räumlichkeiten regelmässig aufhält, soll die Möglichkeit erhalten, die Räume mitzugestalten, um sich so noch besser mit der Umgebung identifizieren zu können (ebd.).

Da Traumatisierungen oftmals auch durch Gewalterfahrungen ausgelöst werden, ist Gewaltfreiheit an einem sicheren Ort ein Muss (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 81). Auch wenn keine körperliche Gewalt gegenüber einer Person ausgeübt wurde, so werden traumatische Erlebnisse aufgrund der einhergehenden Ohnmacht subjektiv als gewaltvoll bewertet (ebd.). Im sozialpädagogischen Alltag kann es immer mal wieder vorkommen, dass traumatisierte Menschen selbst zu Tätern werden (ebd.). Die eigene

Ohnmacht soll dadurch in ein Gefühl der Macht umgewandelt werden, wodurch Gewaltkreisläufe entstehen können (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 82). Um dies zu verhindern, sollen im Alltag beispielsweise Situationen vermieden werden, welche als Auslöser solcher Verhaltensweisen fungieren (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 77). Ein verbales Zurechtweisen aufgrund von gewaltsamen Verhalten habe oftmals keine Wirkung (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 82). Deshalb soll mit den Betroffenen das Gespräch gesucht und die Konsequenzen von Gewalt aufgezeigt werden (ebd.). Ziel eines solchen Gespräches soll dabei immer sein, gemeinsam eine Handlungsalternative hin zu mehr Frieden und Sicherheit zu finden (ebd.). Fachkräfte der Sozialpädagogik sollen dabei eine aktive Rolle einnehmen, indem sie Situationen ansprechen, Sicherheit herstellen, beim Suchen von Verhaltensalternativen unterstützen und für Gewaltfreiheit einstehen (ebd.).

Im institutionellen Setting ist die Achtung der Privatsphäre eine allgegenwärtige Herausforderung und nicht immer einfach umzusetzen. Um die notwendige Sicherheit zu vermitteln, sollen Rückzugsorte und Verstaumungsmöglichkeiten für persönliche Gegenstände geschaffen werden (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 80-81). Dies kann laut Scherwath und Friedrich (2016) durch das Anbringen von Türschildern, durch Regelung des Zimmerbetretens und durch Möglichkeiten zum Abschliessen realisiert werden (S. 81).

Der «emotional-orientierte Dialog»

Vertrauen muss laut Kühn (2006) als Kommunikationsleistung verstanden werden (S. 7). Es ist deshalb von zentraler Bedeutung, dass Professionelle der Sozialpädagogik in einem emotional-orientierten Dialog mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Kontakt treten und somit eine stabile emotionale Bindung schaffen (Kühn, 2013, S. 33). Denn nur durch das Verstehen und Thematisieren der Emotionen hinter einem Verhalten können neue vertrauensvolle Beziehungen entstehen (ebd.). Diese Vertrauensbasis, kombiniert mit viel Geduld und Feingefühl, kann das Selbstwertgefühl, die Selbstkontrolle und die Selbstwirksamkeit traumatisierter Kinder stärken (ebd.). Dadurch wird ermöglicht, dass belastende Emotionen benannt und somit auch verarbeitet werden können (ebd.). Einen ähnlichen Ansatz verfolgt auch die bindungsorientierte Traumapädagogik, welche anschliessend im Kapitel 4.3.2 noch genauer erläutert wird.

Exkurs: Sekundäre Traumatisierung

Fachkräfte der Sozialpädagogik werden in ihrem beruflichen Alltag mit traumatisierenden Erfahrungen und Erlebnissen anderer konfrontiert und erfahren, welche Folgen und Spuren traumatisierte Personen mit sich tragen (ebd.). Hierbei fällt es den sozialpädagogischen Fachkräften oftmals schwer, nach der Arbeit «abschalten» zu können (Baierl & Frey, 2016, S. 268). Wenn sich Mitarbeitende aufgrund ihrer Arbeit selbst vernachlässigen oder nicht gut auf sich achten, besteht die Gefahr, selbst Schaden

zu nehmen und dadurch längerfristig körperlich und seelisch zu erkranken (Baierl & Frey, 2016, S. 268). Dieses Phänomen, wenn Fachkräfte in die belastende Dynamik der traumatisierten Personen involviert werden und dadurch selbst posttraumatische Symptome entwickeln, wird als «sekundäre Traumatisierung» oder als «stellvertretende Traumatisierung» bezeichnet (Maria Krautkrämer-Oberhoff & Kristof Haaser, 2013, S. 83). Trauma-Forscher sprechen hierbei auch von «Mitgefühlerschöpfung» oder «Mitgefühlsstress» (Baierl & Frey, 2016, S. 269). Durch die psychosoziale Traumaarbeit, welche die sozialpädagogischen Fachkräfte leisten, stossen sie oftmals an ihre eigenen Grenzen und werden sowohl emotional als auch kognitiv belastet (Maercker, 2009, S. 160). Bei der sekundären Traumatisierung passiert eine Art «Ansteckung» mit typischen posttraumatischen Symptomen im Verlauf der Arbeit mit traumatisierter Klientel (Judith Daniels, 2011; zit. in Scherwath & Friedrich, 2016, S. 189). In diesem Zusammenhang betont Kühn (2013), dass es für einen geschützten Entwicklungsraum von betroffenen Personen einen geschützten Handlungsraum für Fachkräfte der Sozialpädagogik benötigt (S. 34).

Der «geschützte Handlungsraum»

Kühn (2006) bezieht aufgrund der belastenden Arbeit mit traumatisierten Menschen (vgl. Exkurs: Sekundäre Traumatisierung) die Sicherheit der Fachkräfte in seiner «Pädagogik des sicheren Ortes» mit ein (S. 18-20). Fachkräfte sind ebenso Menschen mit einer Biografie, aus welcher sich Ressourcen und Defizite entwickelt haben (Kühn, 2013, S. 34). In ihrer Arbeit sollen sie deshalb davor bewahrt werden, sich selbst oder die von Traumata betroffenen Menschen zu überfordern. Dies wird sichergestellt, indem ein «geschützter Handlungsraum» geschaffen wird. Daraus ergeben sich entsprechend nicht nur Verpflichtungen für das Betreuungspersonal, sondern vor allem auch für die Institutionsleitung. Die Leitungskräfte von sozialpädagogischen Einrichtungen haben die Verantwortung, Rahmenbedingungen zu schaffen sowie Unterstützung zu gewähren, damit die sozialpädagogischen Fachpersonen ihre beanspruchenden und belastenden Aufgaben bewältigen können (Kühn, 2013, S. 34). B. Lang (2013) fordert, dass in sozialpädagogischen Institutionen sowohl seelsorgerische Angebote als auch Regenerationsangebote wie beispielsweise Besinnungstage, Skiausflüge oder Wanderungen usw. für sozialpädagogisches Personal organisiert werden sollten (S. 135). Zudem hat die Institutionsleitung die Aufgabe, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, welche auf Dauer ermöglichen, dass die Anforderungen an die Fachkräfte über längere Zeit angemessen bleiben (ebd.). Des Weiteren gilt es auch die Umgangsformen innerhalb einer Institution zu beachten. Um eine entsprechende persönliche und institutionelle Sicherheit zu erlangen, sind beispielsweise Wertschätzung, offene Kommunikation und eine positive Fehlerkultur von besonderer Wichtigkeit (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 75).

4.3.2 Bindungsorientierung nach Karl Heinz Brisch

Dieses Kapitel befasst sich mit der Bindungspädagogik beziehungsweise mit der bindungsorientierten pädagogischen Arbeit. Bei der Bindungspädagogik handelt es sich um eine Pädagogik, die im Rahmen der Beziehungsgestaltung auf die bisherigen Bindungserfahrungen von Kindern und Jugendlichen Rücksicht nimmt (Thomas Lang, 2013, S. 187). Derzeitige Beziehungen sind durch ehemalige Bindungserfahrungen geprägt (ebd.). Das Ziel der Bindungspädagogik ist, Kinder und Jugendliche gemäss ihren verschiedenen Bedürfnissen zu versorgen und ihnen neue Bindungserfahrungen zu ermöglichen (ebd.).

Die Bindungstheorie wurde in den 1950er-Jahren vom Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby entwickelt (Karl Heinz Brisch, 2013, S. 150). Gemäss seiner Theorie bringt jeder Säugling bei der Geburt eine angeborene Motivation mit, sich an eine Person zu binden, welche für ihn zum sicheren emotionalen «Hafen» wird (ebd.). Wenn ein Kleinkind von seiner Bindungsperson getrennt wird, werden seine Bindungsbedürfnisse angeregt und es sucht eifrig den Körperkontakt und versucht die Nähe wiederherzustellen (ebd.). Durch den Körperkontakt wird das Bindungssystem des Kindes, welches durch die Angst aktiviert wurde, beruhigt (John Bowlby, 1975; Karl Heinz Brisch, 1999; zit. in Brisch, 2013, S. 150). T. Lang (2013) betont, dass sich das Bedürfnis nach Bindungssicherheit zu einer Bindungsperson in der Säuglingszeit entwickelt und fortan während des ganzen Lebens aktiv bleibt (S. 188-189).

Parallel zum Bindungssystem spielt auch das Explorationssystem, welches ebenfalls biologisch angelegt ist, eine zentrale Rolle bei der Entwicklung eines Kindes. Wenn sich ein Kind geborgen und sicher fühlt, ist sein Bindungssystem beruhigt. Dadurch, dass das Bindungssystem beruhigt ist, aktiviert sich das Explorationssystem (T. Lang, 2013, S. 188). Folglich zeigt sich das Kleinkind neugierig, es erkundet seine Umgebung und Umwelt und ist nun bereit, neue Erfahrung zu machen. Wird es bei seinen Erkundungen Gefahren ausgesetzt, kann sich das Kind zu jeder Zeit zu der Sicherheit, welche ihm seine Bindungspersonen gewährt, zurückziehen (ebd.). Dieser Wechselkontakt zwischen Bindung und Exploration existiert ein Leben lang. Wenn diese sichere Grundlage gar nicht oder nur teilweise gewährleistet wird, können die kognitiven, emotionalen, sozialen sowie motorischen Entwicklungsprozesse eines Kindes beeinträchtigt werden. Explorationsfreude sowie eine gefestigte, sichere Bindung sind wichtige Elemente, welche die Resilienz von Kindern stärken. Sichere Bindungen bilden eine Basis für eine kompetente Lebensbewältigung (ebd.).

Scherwath und Friedrich (2016) beschreiben, dass ein Grossteil traumatisierter Menschen, welche in sozialpädagogischen Einrichtungen kommen, oftmals erschütternde Bindungsverletzungen und Beziehungstraumas erfahren haben (S. 87). Durch die traumatischen Erfahrungen, die sie gemacht haben,

sind ihre Bindungen meistens erschüttert und in manchen Fällen gar zerstört (Brisch, 2009; zit. in Scherwath & Friedrich, 2016, S. 88). Gerade wenn Personen von der Handlung anderer Personen traumatisiert worden sind, bleiben auf den Bindungsebenen tiefe «Risse» zurück, welche sich letztlich sowohl im Verhalten als auch bei der Beziehungsgestaltung bemerkbar machen (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 88). Wenn die Sicherheit auf den Bindungsebenen nicht gegeben ist, kann die Grundlage einer stabilen Entwicklung der Persönlichkeit nicht gefestigt beziehungsweise gewährleistet werden. Daher ist es von Bedeutung, dass diese nicht gefestigte Grundlage stabilisiert und geheilt wird (ebd.). Damit Kinder und Jugendliche keine erneuten traumatisierenden Erfahrungen machen, müssen sie geschützt werden. Demzufolge ist es zentral, ihnen Lebensräume zu schaffen, welche für sie bewältigbar sowie einschätzbar sind (Rothdeutsch-Granzer, Weiss & Gahleitner, 2015, S. 178). Hierbei spielt eine sicherheitsgebende und verlässliche Bindungsgestaltung für Kinder und Jugendliche eine elementare Rolle. Sichere Bindungen funktionieren als Schutzfaktoren und können traumatisierende Erfahrungen heilen (Birsch, 2013; T. Lang, 2013; Gahleitner, 2011; zit. in Rothdeutsch-Granzer, Weiss & Gahleitner, 2015, S. 178). Auch Weiss (2021) betont, dass sichere und gute Bindungen als Basis für eine Korrektur von traumatischen Erfahrungen gelten (S. 125). Dabei ist zentral, dass man sich in einer Beziehung zu einer anderen Person aufgehoben fühlt, unabhängig davon, ob während oder nach der Zeit des traumatisierenden Erlebnisses (ebd.).

Die Aufgabe von sozialpädagogischen Fachkräften ist es daher, als «sicherer Hafen» im Umgang mit Menschen, welche traumatische Erfahrungen gemacht haben, zu fungieren (Brisch, 2008; zit. in Scherwath & Friedrich, 2016, S. 89). Scherwath und Friedrich (2016) betonen, dass sichere Bindungen nur aus einer guten Beziehungsgestaltung zwischen Helfer/-innen und Klientel resultieren können. Dafür benötigt es fundierte Kenntnisse über traumatische Beziehungs- und Bindungsstrukturen (S. 89). Des Weiteren brauchen pädagogische Fachkräfte allgemeines Wissen über menschliche Bindungsmuster sowie Bindungsentwicklung, damit eine Gestaltung der Pädagogik aufgrund der Erkenntnisse der Bindungsforschung möglich ist (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 90).

Das Konzept der Feinfühligkeit

Laut Scherwath und Friedrich (2016) spielt das «Konzept der Feinfühligkeit» im Zusammenhang mit der Bindungstheorie eine wichtige Rolle. Dieses Konzept ist ein entscheidendes Element für die Bindungsentwicklung (S. 90). Für die sich entwickelnde Bindungsqualität ist die Feinfühligkeit der Bindungsperson von grosser Relevanz (Brisch, 2009; zit. in Scherwath und Friedrich, 2016, S. 90). Dieses Konzept wurde anfangs nur für die Eltern-Kind-Interaktion zur Anwendung gebracht (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 90). Allerdings kann inzwischen davon ausgegangen werden, dass das Konzept der Feinfühligkeit auch zur Bewältigung traumatisierender Bindungserfahrungen hilfreich ist (ebd.). Feinfühligkeitsvolle Interaktion beruht auf einer erhöhten Aufmerksamkeit gegenüber dem Kind, dem

Wahrnehmen und der Interpretation seiner Signale sowie einer dementsprechend angemessenen und raschen Reaktion (Brisch, 2009; Suess et al., 2009; zit. in Scherwath & Friedrich, 2016, S. 90).

Feinfühligkeitsvolle Handlungen der Mutter, des Vaters oder der sozialpädagogischen Fachpersonen tragen dazu bei, dass die Entwicklung von sicheren Bindungen gefördert werden (Brisch, 2014, S. 16). Hierbei spielt auch die Sprache des Interaktionsverhaltens eine wichtige Rolle (ebd.). Dialogische Sprache von Müttern, Vätern oder weiteren Bezugspersonen wirken auf die sichere Bindungsentwicklung förderlich (ebd.). Gemäss Scherwath und Friedrich (2016) zeichnet sich Feinfühligkeit durch eine Sprache aus, welche einen liebevollen und ruhigen Tonfall aufweist, einen auf die andere Person abgestimmten Rhythmus sowie Blickkontakt hat und eine zugewandte Körperhaltung gegenüber der anderen Person einnimmt (S. 92).

Darüber hinaus sollen die Fachkräfte der Sozialpädagogik bei der sprachlichen Interaktion dazu fähig sein, Absichten und Gefühle der Klientel in Worte zu umschreiben und diese in einer für das Gegenüber verständlichen Weise zum Ausdruck zu bringen (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 94). Die sogenannte empathische Resonanz könne dazu beitragen, dass traumatisierte Menschen innerlich beruhigt sind (ebd.). Eine gute Resonanz der sozialarbeiterischen Fachperson besteht darin, dass sich die betroffenen Personen wertgeschätzt und verstanden fühlen (ebd.). Darüber hinaus muss die Fachperson die für die Klientel notwendige Aufmerksamkeit geben können – durch eine hohe innere und äussere Anwesenheit (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 92). Dies kann zwei Formen annehmen: Entweder in der Form der direkten Präsenz unter Zuwendung der Aufmerksamkeit oder der Möglichkeit, für die betroffene Person erreichbar zu sein (ebd.).

4.3.3 Selbstbemächtigung nach Wilma Weiss

Das Konzept der Selbstbemächtigung hat zum Ziel, dass traumatisierte Kinder sich selbst «wiederfinden». Das heisst, dass sie dabei unterstützt werden sollen, ihre Emotionen wahrzunehmen, diese zu regulieren und zu lernen, sich so auch in ihrem Körper wohlfühlen (Silke Birgitta Gahleitner, Ingeborg Andreae de Hair, Dorothea Weinberg & Wilma Weiss, 2014, S. 263).

Weiss (2013a) sieht die Selbstbemächtigung als Befreiung von Ohnmacht und Abhängigkeit und deshalb auch als Kernstück der Traumapädagogik (S. 167). Traumatisierten Mädchen und Jungen fällt es aufgrund ihrer Erfahrungen und der beeinträchtigten Stressregulation oftmals schwer, sich als selbstwirksam zu empfinden (Weiss, 2016a, S. 93). Die Unterstützung der Selbstbemächtigung ist deshalb von grundlegender Bedeutung, um ein positives Selbstbild und somit eine gelingende Lebensgestaltung zu erreichen (Weiss, 2021, S. 140). Dies kann den Betroffenen helfen, ihre passive Opferrolle abzugeben und sich zu einem aktiven Subjekt zu entwickeln (Weiss, 2013b, S. 147).

Um eine Pädagogik der Selbstbemächtigung zu ermöglichen, sollen die Fachkräfte ihr Wissen zur Traumabewältigung zur Verfügung stellen, gleichzeitig aber auch anerkennen, dass die Betroffenen Experten ihres eigenen Lebens sind (Weiss, 2016a, S. 99). Unterstützung kann geleistet werden, indem Ressourcen benannt sowie die bisherigen Leistungen gewürdigt werden und Selbstwirksamkeit ermöglicht wird (Weiss, 2013a, S. 167). Selbstwirksamkeit meint die Umwelt aktiv mitgestalten zu können und damit das Gefühl zu erhalten, für sich selbst sorgen zu können (Weiss, 2021, S. 155). Auf diese Weise kann der Selbstwert der Kinder und Jugendlichen gesteigert werden, was zu mehr Selbstvertrauen und Selbstakzeptanz führt (Weiss, 2013a, S. 167).

Nachfolgend werden einzelne Aspekte zur Erreichung einer Pädagogik der Selbstbemächtigung noch etwas genauer erläutert.

Förderung des Selbstverstehens

Mädchen und Jungen, welche traumatische Erfahrungen gemacht haben, fühlen sich oftmals «anders» und haben das Gefühl nicht «dazuzugehören» (Gahleitner et al., 2014, S. 263). Ihr Verhalten in spezifischen Situationen nehmen sie als befremdlich wahr und das daraus resultierende Selbstbild erschwert ihnen den Alltag (ebd.). Ein erster Schritt, dies zu ändern, ist deshalb, das eigene Verhalten wahrzunehmen und zu verstehen (Weiss, 2013b, S. 147). Gewisse Reaktionen stellten in der Vergangenheit einen wirkungsvollen Selbstschutz vor überfordernden Situationen dar. In einem sicheren Umfeld sind diese jedoch nicht mehr notwendig oder sogar hinderlich (Gahleitner et al., 2014, S. 264). Es geht in diesem Kontext also um die Erkennung des «guten Grundes», wie dieser in Kapitel 4.2.1 bereits beschrieben wurde. Scherwath und Friedrich (2016) betonen deshalb die Notwendigkeit von Psychoedukation (S. 126). Bei dieser Methode geht es darum, Fachwissen über die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen (z.B. Veränderung der Funktionsweise des Gehirns) zu vermitteln und damit das Selbstverständnis Betroffener zu stärken (Weiss, 2016b, S. 291). Das Ziel der Psychoedukation besteht darin, mittels Aufklärung von traumatisierten Menschen und deren Angehörigen problematisches Verhalten erklärbar zu machen (Scherwath und Friedrich, 2016, S. 126). Im Positionspapier der BAG Traumapädagogik (2011) wird dabei die Wichtigkeit betont, die Vermittlung des Wissens an den Entwicklungsstand von Kindern und Jugendlichen anzupassen (S. 8). Es soll also ein Verständnis dafür geschaffen werden, dass Erlebtes aus der Vergangenheit Einfluss auf die Wahrnehmung und Handlung der Gegenwart haben kann. Dieser Effekt wird auch als traumatische Übertragung beschrieben (Jacob Bausum, 2013, S. 177). Es handelt sich dabei um unbewusste Erinnerungen an vergangene Erfahrungen, welche aktuelle Situationen oder Beziehungen negativ beeinflussen (ebd.). Dieses Verständnis bezüglich des guten Grundes und traumatischer Übertragungen bildet für die Betroffenen die Grundlage, sich selbst besser zu akzeptieren und neue, alternative Verhaltensweisen entwickeln zu können (Weiss, 2013b, S. 150). Fachkräfte der Sozialpädagogik können diesen Prozess unterstützen, indem traumatische

Übertragungen nicht persönlich genommen, sondern als normale Reaktion im Zusammenhang vergangener Ereignisse interpretiert und benannt werden (Weiss, 2021, S. 207). Wichtig dabei ist es, mit den Betroffenen in Beziehung zu bleiben und auf heftige Gegenreaktionen zu verzichten (ebd.).

Unterstützung der Selbstakzeptanz

Neben dem kognitiven Verstehen über die eigenen Verhaltensweisen braucht es auch eine emotionale Akzeptanz diesen gegenüber (Weiss, 2013a, S. 172). Die Psychoedukation soll im besten Fall eine kognitive Neubewertung von Verhaltensweisen ermöglichen (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 126). Damit dies gelingt, braucht es sozialpädagogische Fachkräfte, welche traumatisierten Personen dabei helfen, Schamgefühle gegenüber ihrer eigenen Bewältigungsstrategien abzubauen (ebd.). Konkret kann dies unter anderem durch Wertschätzung der gezeigten Verhaltensstrategien erreicht werden, was zu mehr Selbstwert führt (Wilma Weiss & Claudia Schirmer, 2013, S. 113-114). In der Begleitung traumatisierter Mädchen und Jungen geht es darum, ihre Ressourcen hervorzuheben und bisherige Lebensleistungen und Überlebensstrategien zu würdigen (Weiss & Schirmer, 2013, S. 114). Durch eine akzeptierende Haltung der sozialpädagogischen Fachkräfte wird ihr Klientel handlungsfähig und kann so neue kognitive und emotionale Erfahrungen machen (Weiss, 2013a, S. 173).

Förderung der Selbstregulation

Selbstregulation bedeutet mentalen Einfluss auf die eigenen Gefühle und körperlichen Empfindungen zu nehmen (Weiss, 2021, S. 152). Um dies zu erreichen, braucht es eine bewusste Wahrnehmung von physischen Stresssymptomen und traumatischen Übertragungen (ebd.). Um den Zusammenhang mit vergangenen Traumata herstellen zu können, gilt es, die Auslöser einer solchen Reaktion zu identifizieren (ebd.). Fachkräfte der Sozialpädagogik können Betroffene mit entsprechenden Fragen unterstützen, diese Trigger ausfindig zu machen und so alternative Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln (Weiss, 2013a, S. 176). Scherwath und Friedrich (2016) beschreiben Atemübungen, Körperübungen und Ablenktechniken als mögliche Handlungsalternativen zur Selbstberuhigung (S. 158-160). Diese Strategien sollen dabei helfen, starke Erregungszustände selbstständig zu überwinden (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 157). Professionelle der Sozialpädagogik können also nebst der Unterstützung zur Feststellung von Triggern auch konkrete Entspannungstechniken zur Selbstregulation lehren. Durch die Erfahrung, selbst Einfluss auf Emotionen und Empfindungen nehmen zu können, wird die Selbstwirksamkeit erhöht, was wiederum zu einem «inneren sicheren Ort» verhilft (Weiss, 2013a, S. 175).

Förderung der Körperwahrnehmung

Selbstakzeptanz steht laut Weiss (2013a) zu einem grossen Teil mit dem Wohlfühlen im eigenen Körper in Verbindung (S. 178). Eine bewährte Bewältigungsstrategie von traumatisierten Kindern ist die Unterdrückung von Gefühlen (Gahleitner et al., 2014, S. 264). Dieses «Abschalten» der Gefühle zeigt sich

oftmals in körperlichen Stressreaktionen wie zum Beispiel Taubheit, Hitze oder Schweiß, welche dann zu Übererregung und Dissoziation führen können (Gahleitner et al., 2014, S. 264). Der Körper wird also nicht mehr als Teil der eigenen Person erkannt. Zur Selbstwahrnehmung gehört laut Weiss (2013a) deshalb, diese Körpersignale wahrzunehmen und richtig einzuordnen beziehungsweise den Körper wieder als Teil der eigenen Person zu spüren (S. 179). Fachkräfte der Sozialpädagogik können Betroffene dabei unterstützen, indem auf nonverbale Signale der Klientel geachtet und diese verbalisiert werden (ebd.).

Gahleitner et al. (2014) merken an: «Eine behutsame Unterstützung der Selbstwahrnehmung, der Körperwahrnehmung ist Voraussetzung, um Übererregung, Erstarrung und dissoziative Zustände selbst beenden zu lernen» (S. 263). Sportliche Aktivitäten helfen, positive Körperempfindungen zu generieren und können durch Gespräche über Gefühle und Empfindungen wie Angst, Vertrauen, Kraft und Geschicklichkeit begleitet werden. Diese guten Körpererfahrungen nützen traumatisierten Mädchen und Jungen, sich in schwierigen Situationen selbst zu stabilisieren. Durch sportliche Aktivitäten kann also gelernt werden, dass der Körper nicht nur Symptomträger negativer Gefühle ist, sondern dass dieser auch zur Beruhigung und Entlastung genutzt werden kann. Durch diese positiven Erfahrungen erleben traumatisierte Kinder ihren Körper als Energiequelle kennen und können so auch ihre Selbstwahrnehmung verbessern (Weiss, 2013a, S. 179).

Transparenz und soziale Teilhabemöglichkeiten sicherstellen

Transparenz und Partizipation sind laut Weiss (2021) von zentraler Bedeutung in der Begleitung von Menschen mit traumatischen Erfahrungen (S. 156). Transparenz schafft dabei die notwendige Sicherheit; Partizipation die Möglichkeit zu mehr Selbstwirksamkeit (ebd.). Weiss (2016b) merkt an, dass im pädagogischen Alltag die Partizipation aufgrund der hohen Arbeitsbelastung immer wieder einmal vernachlässigt wird (S. 299). Daraus resultieren Machtgefälle, welche es im Sinne der bereits genannten traumapädagogischen Konzepte eigentlich zu vermeiden gilt.

4.4 Bedeutung für die Arbeit mit traumatisierten Menschen

Nachdem nun einige zentrale Konzepte vorgestellt wurden, wird in diesem Kapitel auf die konkrete Bedeutung der Traumapädagogik für die Arbeit mit traumatisierten Menschen eingegangen.

Um traumatische Erlebnisse einzuordnen und verarbeiten zu können, ist es vermutlich naheliegend, dass als Erstes therapeutische Hilfen in Anspruch genommen werden. Weiss (2018) betont jedoch, dass zur Traumabewältigung noch viel mehr benötigt wird, als eine Therapie oder die Beschäftigung mit dem traumatischen Ereignis (S. 32). Es geht insbesondere auch um eine lebensweltliche Auseinandersetzung mit den Auswirkungen von Traumata auf Körper und Psyche (ebd.). Damit die Traumafolgen im Alltag bewältigt werden können, braucht es das Erleben von sicheren Bindungen, Verständnis

bezüglich eigener Verhaltensweisen und die Erfahrung von Selbstregulation (Weiss, 2018, S. 32). Silke Birgitta Gahleitner und Heidrun Schulze (2009) sind der Ansicht, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit diesbezüglich einen erheblichen Anteil traumarelevanter Arbeit leisten, wobei sich dies viele nicht einmal bewusst seien (S. 4). Während sich die Medizin und die Psychiatrie eher im klassifikatorischen Denken (ICD-10, DSM-5) bewegen, so orientiert sich die Traumapädagogik vielmehr am Individuum und dem entsprechenden Kontext, in dem es sich befindet (Weiss, 2016c, S. 21). Die Aufgabe der Traumapädagogik besteht also darin, möglichst optimale Voraussetzungen zu schaffen, damit die Bewältigung von Stresssituationen im Alltag gelingt und neue positive Erfahrungen gemacht werden können. Mithilfe traumapädagogischer Ansätze wie dem «sicheren Ort», der Bindungsorientierung und der Selbstbemächtigung kann die Sozialpädagogik dazu beitragen, dass Traumafolgestörungen kontrollier- und bewältigbar werden und so eine Stabilisierung des Individuums herbeigeführt werden kann.

Weiss (2021) merkt an, dass Überlebensstrategien und Stressregulationen von Menschen mit Traumata auf einen Teil der Fachkräfte überfordernd wirken, da sie während ihrer Ausbildung zu wenig auf die Konfrontation mit traumatischen Erinnerungsebenen vorbereitet werden (S. 107). Dies hat zur Folge, dass «schwieriges» Verhalten dazu führen kann, dass beispielsweise die Institutionen verhältnismässig oft gewechselt werden müssen (ebd.). Da bereits die Diagnose von Traumata bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erschwert ist (vgl. Kapitel 3.2), sind zumindest Kenntnisse über Trauma und deren Folgestörungen für die Professionellen der Sozialpädagogik von zentraler Bedeutung. Diese ermöglichen eine andere Sichtweise auf herausfordernde Verhaltensweisen und erweitern die Handlungsräume der Fachkräfte.

In der Kinder- und Jugendhilfe wurde das Potenzial traumapädagogischer Ansätze bereits erkannt. Damit Traumapädagogik in diesem Bereich erfolgreich umgesetzt werden kann, wurden gewisse Standards formuliert. Diese sollen unter anderem auch dazu beitragen, dass die Qualität in der Ausbildung von sozialpädagogischen Fachkräften gesteigert wird (Denner, 2013, S. 5). Im nachfolgenden Kapitel werden die Entstehung und der Inhalt dieser Standards genauer erläutert.

4.5 Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe

Kinder und Jugendliche, welche in ihrem Herkunftssystem existenzgefährdende Gewalt, Übergriffe, Verwahrlosung oder Vernachlässigung erfahren haben, sind ihr Leben lang davon geprägt (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 4). Als direkte Folge können sich bei den Betroffenen chronische Traumafolgestörungen entwickeln (ebd.). Aus diesem Umstand heraus ergab sich die Notwendigkeit, dass die Erkenntnisse der Traumaforschung auch in pädagogischen Ansätzen Berücksichtigung finden (ebd.).

Damit sollen Kinder und Jugendliche gefördert werden können – und dies ihrem Bedarf entsprechend (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 4). Aus den Erkenntnissen der Psychotraumatologie ergeben sich klare Haltungsanforderungen, Fördermethoden und Ansätze für die sozialpädagogische Praxis (ebd.). Einige dieser Konzepte und Haltungen wurden in den vorangegangenen Kapiteln bereits behandelt. Die BAG Traumapädagogik entwickelte auf dieser Basis die sogenannten «traumapädagogischen Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe» (ebd.). Dies stellt einen wichtigen Schritt dar, damit interessierte Einrichtungen eine Orientierung in fachlicher Hinsicht sowie eine Grundlage zur Qualitätssicherung erhalten (ebd.). Die Standards sollen dabei behilflich sein den traumatisierten Kindern und Jugendlichen einen Ort zu ermöglichen, worin sie die Möglichkeit haben, sichere Bindungserfahrungen zu machen sowie sich selbst als auch ihre eigenen Handlungen zu reflektieren und nachvollziehen zu können (ebd.).

Die BAG Traumapädagogik wurde im Jahre 2008 gegründet und funktioniert als ein Fachverband (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 2). Der Verband zielt darauf ab, psychotraumatologisches Wissen und Fortbildungen hinsichtlich traumabezogener Pädagogik in den unterschiedlichen pädagogischen Arbeitsfeldern zu integrieren (ebd.). Seit dem Jahre 2009 befasste sich die Arbeitsgruppe «Standards für Einrichtungen» der BAG Traumapädagogik mit der Schaffung traumapädagogischer Standards für Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe (BAG Traumapädagogik, 2013, S. 84). Diese Standards wurden von traumapädagogischen Fachpersonen aus Deutschland entwickelt. Bei ihnen wird der aktuelle Stand der Fachdiskussion miteinbezogen und sie bilden für die sozialpädagogischen Fachkräfte und Einrichtungen eine notwendige Grundlage für die traumapädagogische Ausgestaltung stationärer Hilfen (ebd.). Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden im Jahre 2011 in einem Positionspapier zusammengetragen. Schliesslich wurden diese bundesweit mit Fachpersonen aus verschiedenen Verbänden, stationären Einrichtungen, Jugendämtern usw. diskutiert und schlussendlich in Mainz auf einer Fachtagung in der katholischen Fachhochschule an die Öffentlichkeit gebracht (ebd.). Nach dieser ersten Vorstellung und Bekanntmachung der traumapädagogischen Standards verbreiteten sie sich nach und nach in Deutschland, der Schweiz sowie in Österreich (Claudia Schirmer, 2016, S. 440). Das Positionspapier der BAG Traumapädagogik stellt stationären Institutionen eine nützliche Richtlinie dar. Diese kann beim Aufbau, bei der Ausgestaltung und der Qualitätssicherung von pädagogischen Angeboten für von Trauma betroffenen Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden (BAG Traumapädagogik, 2011, S. 4). Darüber hinaus sollen die Standards unter anderem dazu dienen, dass eine erweiterte und reflektierte Professionalisierung der Heimerziehung stattfindet (Schirmer, 2016, S. 440).

Die traumapädagogischen Standards beinhalten fünf Grundhaltungen, welche im Kapitel 4.2 beschrieben sind. Die zahlreichen traumapädagogischen Konzepte verfolgen ein gemeinsames Menschenbild

und eine gemeinsame traumasensible Grundhaltung (Weiss, 2016c, S. 23). Schirmer (2016) betont, dass diese Grundhaltungen in Einrichtungen konstant auf allen Ebenen erkennbar sein sollten (S. 439).

Schirmer (2016) erläutert, dass sich viele Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen auf die traumapädagogischen Standards abstützen und sich fachlich an diesen orientieren (S. 440). Die Standards werden auch von Wohngruppen als Vorlage für Konzepte und Arbeitspapiere benutzt (ebd.). Das Vermitteln der traumapädagogischen Standards stosse an diversen Fachhochschulen, Universitäten sowie an sozialpädagogischen Ausbildungsstellen auf grosses Interesse (ebd.). Des Weiteren bilden die Standards mittlerweile eine wesentliche Grundlage in traumapädagogischen Fort- und Weiterbildungen (ebd.). Schirmer (2016) führt weiter aus, dass den traumapädagogischen Grundlagen noch keine zentrale Bedeutung beigemessen wird, obschon diese in den letzten Jahren innerhalb von motivierten Kreisen viel Aufmerksamkeit erhalten und bedeutende Ergebnisse im Rahmen der Professionalisierung von einzelnen Institutionen erwirkt haben (S. 440). Die Standards werden stets in den entsprechenden Fachkreisen vermittelt und werden demzufolge noch nicht zu den allgemein fachlich anerkannten Prinzipien der Kinder- und Jugendhilfe gezählt (ebd.). Berücksichtigt man hierbei, dass es sich noch um eine junge Fachrichtung handelt, erscheint dies nicht als überraschend. Sie weist eher auf den Weg hin, der in der Zukunft erforderlich ist – im Hinblick auf die notwendige Veröffentlichung und Weiterentwicklung (ebd.). Die jetzige Definition der traumapädagogischen Standards stellt einen unentbehrlichen Anfang eines Professionalisierungsprozesses innerhalb der Traumapädagogik dar (Schirmer, 2016, S. 441).

Die traumapädagogischen Standards sind vorwiegend auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet. Im nächsten Kapitel untersucht die Autorenschaft, inwiefern diese bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung anwendbar sind und welche Parallelen zur Sozialpädagogik existieren.

5. Traumapädagogik bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Sozialpädagogische Fachpersonen sind bei der Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Personen, welche ein traumatisches Ereignis erlebt haben, gefordert (ebd.). Wenn traumatisierte Menschen in eine Institution kommen, leiden sie oftmals an Erstarrung oder Übererregung (ebd.). Infolgedessen entwickeln die Betroffenen häufig gewisse Verhaltensweisen wie beispielsweise Selbst- oder Fremdverletzung oder Anhänglichkeit gegenüber sozialpädagogischen Bezugspersonen (Kessler, 2016, S. 235). Daher ist es in der Zusammenarbeit mit traumatisierten, kognitiv beeinträchtigten Menschen von Bedeutung, dass Institutionen sowie die sozialpädagogischen Fachkräfte Know-how über traumapädagogische Konzepte und psychotraumatologisches Fachwissen haben, damit Retraumatisierungen verhindert werden können (Kühn & Bialek, 2017, S. 29-30). Traumapädagogik wird bisher häufig nur im Kontext von Kindern und Jugendlichen angewendet. Literatur in Bezug auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist wenig vorhanden. Wie bereits erwähnt sind Personen, die kognitiv beeinträchtigt sind, von einer Reihe von Risikofaktoren betroffen. Diese Risikofaktoren werden im Kapitel 3.3 behandelt. Die Gewährleistung der Traumapädagogik in den Einrichtungen ist daher bei dieser Risikogruppe von enormer Bedeutung. Traumapädagogik ist jedoch nicht etwas grundlegend Neues, sondern weist diverse Parallelen zur Sozialpädagogik auf. Diese Parallelen werden im nachfolgenden Kapitel erläutert. Des Weiteren wird beleuchtet, mit welchen Herausforderungen bei der Anwendung von traumapädagogischen Konzepten bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gerechnet werden muss.

5.1 Parallelen zur Sozialpädagogik

Ursprünglich befasste sich die Disziplin der Sozialpädagogik mit der Fürsorge und Pflege von Kindern und Jugendlichen (Franz Hamburger, 2012, S. 18). Allerdings hat sich die Festlegung auf diesen kleinen Bereich als zu eng erwiesen, weshalb der Themenbereich der Sozialpädagogik ausgeweitet wurde (ebd.). Der Gegenstandsbereich der Sozialpädagogik wurde schliesslich breiter und umfasst inzwischen Handlungen wie beispielsweise Begleitung, Beratung, Unterstützung, Vermittlung von materiellen Hilfen und sozialen Ressourcen, geplantes und strukturiertes Zusammenleben sowie Bildung (Hamburger, 2012, S. 18). Michael Winkler (2018) führt aus, dass sich die Sozialpädagogik an Personen oder Gruppen richtet, welche sich in schwierigen Lebenssituationen befinden (S. 65). Hierzu gehören auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Hamburger, 2012, S. 18). Die Sozialpädagogik wendet sich an Menschen, welche der Gefahr ausgesetzt sind, ihre Handlungsfähigkeit und Autonomie zu verlieren, oder welchen die Möglichkeit entzogen wurde, sich in der Gesellschaft zu entwickeln und zu handeln (Winkler, 2018, S. 65). Die Sozialpädagogik befasst sich mit der Belastung sowie mit dem Befinden der betroffenen Personen und ist bemüht, ihnen sichere Lebenszusammenhänge zu ermöglichen (ebd.). Bei den Betroffenen versuchen die sozialpädagogischen Fachkräfte über Störungen und

Beeinträchtigungen hinwegzusehen und durch gegenseitige Achtung und Anerkennung die Lern- und Entwicklungsprozesse zu fördern (Winkler, 2018, S. 65).

Für die Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen gibt es innerhalb der Sozialpädagogik unterschiedliche Begrifflichkeiten. Ein Beispiel hierfür ist die sogenannte Behindertenpädagogik. Kühn und Bialek beschreiben die Behindertenpädagogik als eine Lehre vom «Anderssein» (Kühn & Bialek, 2016, S. 67). Sie ist eine elementare, wissenschaftliche Wurzel der Traumapädagogik (ebd.). «Anderssein», weil diverse Theorien besagen, dass kognitiv beeinträchtigte Menschen eine andere Entwicklung durchmachen als «nicht-beeinträchtigte» Menschen (Jakob Lutz, 1961; zit. in Theunissen, 2021, S. 13). Die stigmatisierende Beschreibung des «Andersseins» wird in vielen Kreisen jedoch stark kritisiert (ebd.).

Der Begriff Behindertenpädagogik ist eine relativ junge Wortschöpfung und wird häufig als Synonym für die Bezeichnungen Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Rehabilitationspädagogik, Förderpädagogik sowie Integrationspädagogik verwendet (vgl. Abbildung 3, S. 42) (Bundschuh Konrad, 2010, S. 37). Der Begriff Heilpädagogik bezeichnete die Erziehung und die Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und ist im 19. Jahrhundert von den Pädagogen Johann Heinrich Deinhardt und Jan-Daniel Georgens eingeführt worden (Fornefeld, 2020, S. 15). Sie führten diese Bezeichnung ein, weil ihrer Meinung nach die bestehende Pädagogik Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen nicht berücksichtigte (ebd.). Die Heilpädagogik bewegt sich zwischen der Medizin und der allgemeinen Pädagogik (Fornefeld, 2020, S. 15). Der Begriff wurde zu verschiedenen Zeiten immer wieder neu definiert und interpretiert (Fornefeld, 2020, S. 16). Die Bezeichnung der Heilpädagogik wurde wiederholt kritisiert, da sie sich zu fest an der Medizin orientiere und nicht eindeutig pädagogisch bestimmbar sei (ebd.). Trotz Kritik wird der Begriff auch heute noch in der Schweiz und in Österreich vermehrt gebraucht (ebd.). Aufgrund der Tatsache, dass die Bezeichnung der Heilpädagogik als inhaltlich ungenau wahrgenommen wurde, gewann der Begriff der Sonderpädagogik in den 60er-Jahren an Bedeutung (ebd.). Die Sonderpädagogik befasst sich mit der Praxis, Theorie sowie der Forschung der Erziehung von Personen mit Beeinträchtigungen (ebd.). Sie zielt darauf ab, schwierige Situationen im Bereich der Erziehung zu verbessern sowie Benachteiligungen und Gefährdungen von betroffenen Personen zu beheben (Bundschuh, 2010, S. 33). Schliesslich wurde der Begriff der Behindertenpädagogik in Deutschland etwa in den 1970er-Jahren eingeführt (Fornefeld, 2020, S. 17). Der Begriff steht für alle Beeinträchtigungen und ersetzte den als ungenau bezeichneten Begriff der Heilpädagogik und später auch die Bezeichnung der Sonderpädagogik (ebd.). «Behindert» im pädagogischen Verständnis meint Kinder, Jugendliche und erwachsene Menschen, welche Lernschwierigkeiten haben und denen es kaum möglich ist, sich sozial einzugliedern (Ulrich Bleidick, 1992; zit. in Fornefeld, 2020, S. 17). Jedoch wurde auch dieser Begriff kritisiert, da dieser den betroffenen Personen einen «Behinderten-Status» zuschreibt und somit zu Stigmatisierung und Diskriminierung verleitet (Fornefeld, 2020, S. 17).

Aus diesem Umstand heraus entstand schliesslich der Begriff der Rehabilitationspädagogik und wurde erstmals in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) eingeführt (Fornefeld, 2020, S. 17). «Rehabilitation» bezeichnet alle Massnahmen, welche darauf abzielen, psychische, kognitive oder körperliche Beeinträchtigungen sowie soziale Isolation und deren Folgen zu reduzieren oder zu beseitigen und die davon betroffenen Menschen wieder in die Gesellschaft einzugliedern (Joseph Meyer, 1984; zit. in Bundschuh, 2010, S. 40). Die Rehabilitationspädagogik setzt sich mit der Erziehung sowie Bildung von beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen auseinander (Bundschuh, 2010, S. 40).

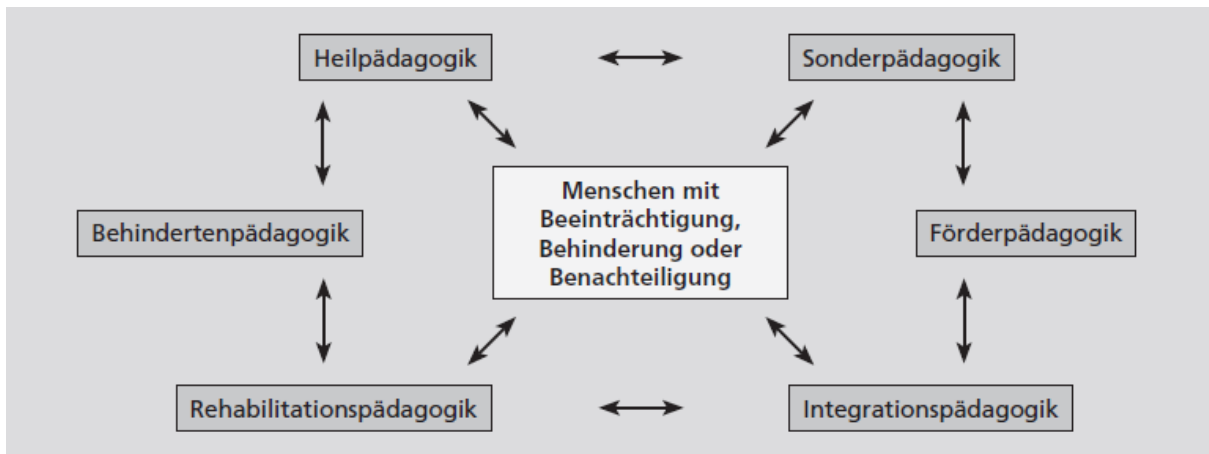


Abbildung 3: Terminologische Vielfalt für die Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigung (Fornefeld, 2020, S. 15)

In der Behindertenhilfe werden verschiedene Konzepte zur Anwendung gebracht, welche Ähnlichkeiten zu den Konzepten der Traumapädagogik aufweisen. Beispiele hierfür sind das Konzept der Selbstbemächtigung, der Empowerment-Gedanke oder die Partizipation.

In der Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Menschen wird unter anderem die Methode der Psychoedukation angewendet (Ulla Lauer & Ernst Wüllenweber, 2020, S. 373). Dieser Ansatz ist auch in der Traumapädagogik im Konzept der Selbstbemächtigung verankert. Ursprünglich wurde die Psychoedukation zur Behandlung von schizophrenen Menschen eingesetzt (Lauer & Wüllenweber, 2020, S. 373). Mittlerweile ist diese Methode weit verbreitet und wird für verschiedene psychische und körperliche Erkrankungen sowie Verhaltensauffälligkeiten angewendet (ebd.). Psychoedukation meint die Übersetzung vom therapeutischen und medizinischen Fachwissen, sodass es für die betroffenen Personen sowie ihre Angehörigen gut versteh- und nachvollziehbar ist (vgl. Kapitel 4.3.3) (ebd.). Jedoch ist sie nicht nur auf die Wissensvermittlung beschränkt, sondern bezieht auch die Erlebnisse und Erfahrungen – im Sinne des Empowerments und der Selbsthilfe – der Betroffenen mit ein (ebd.). Die Psychoedukation im Konzept der Selbstbemächtigung zielt ebenfalls darauf ab, traumatisierte Personen und ihr Umfeld aufzuklären und die problematischen Verhaltensweisen fassbar zu machen (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 126).

Im Konzept der Selbstbemächtigung nach Weiss (2021) ist in der Arbeit mit Menschen mit traumatisierenden Erfahrungen unter anderem die Partizipation ein wichtiges Element (S. 156). Es ist zentral, dass die betroffenen Personen ernst genommen und hinsichtlich ihrer Bedürfnisse und Meinungen wahrgenommen und akzeptiert werden (Weiss, 2021, S. 156-159). In Bereichen, wo es möglich ist, sollte den Betroffenen auch Verantwortung übergeben werden – im Sinne der Stärkung der Selbstwirksamkeit (ebd.). Auch die Behindertenhilfe ist ohne die Elemente wie Empowerment, Partizipation und Selbstbestimmung undenkbar (Gottfried Biewer, 2010, S. 141). Gesellschaftlich gesehen meint Behinderung eine Einschränkung der Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen (ebd.). Infolgedessen sollten beeinträchtigte Menschen mittels Partizipation in allen Lebensbereichen inkludiert werden (ebd.). Auch der Berufskodex der Sozialen Arbeit beschreibt, dass die Soziale Arbeit dazu verpflichtet ist, Personen, welche dauernd oder für eine bestimmte Zeit an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehindert sind, zu unterstützen (AvenirSocial, 2010, S. 7).

Weitere Ähnlichkeiten der Behinderten- und Traumapädagogik sind im Konzept der Bindungsorientierung vorzufinden. Die Theorie der Bindungsorientierung besagt, dass die Bindungsqualität einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung des Selbstbildes, der sozialen Kompetenzen sowie auf die Autonomie einer Person hat (Klaus E. Grossmann, Petra August, Elisabeth Fremmer-Bombik, Anton Friedl, Karin Grossmann et al., 1989; zit. in Wolfgang Hesse, 2006, S. 174). Die Bindungserfahrungen, die man als Kleinkind macht, haben Auswirkungen auf das Beziehungsverhalten sowie auf die Beziehungserwartungen im späteren Leben (ebd.). Hesse (2006) führt aus, dass Menschen mit Beeinträchtigungen grundsätzlich mehr unsichere Bindungen aufweisen (S. 174). Diverse Untersuchungen bei Kindern mit beispielsweise Trisomie 21 wiesen auf, dass in der sozialpädagogischen Zusammenarbeit sicher gebundene Kinder mehr Kooperationsbereitschaft zeigten als unsicher gebundene Kinder (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Begriff der Behindertenpädagogik zu verschiedenen Zeiten immer wieder neu definiert wurde, um stigmatisierende Bezeichnungen zu vermeiden. Die Behindertenhilfe ist, wie bereits erwähnt, ein grosses Themengebiet der Sozialpädagogik und diverse Konzepte und Ansätze, welche in der Behindertenhilfe zur Anwendung gebracht werden, sind in der traumapädagogischen Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Menschen ebenfalls sehr zentral. Eine traumasensible Grundhaltung sowie diverse Ansätze und Methoden, wie die der Bindungsorientierung oder der Selbstbemächtigung, sind für eine gelingende Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Menschen, welche traumatische Erfahrungen gemacht haben, grundlegend.

5.2 Herausforderungen in der Anwendung

Traumapädagogische Konzepte der stationären Kinder- und Jugendhilfe können nicht ohne Weiteres für die Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung übernommen werden. Laut Irblich und

Blumenschein (2011) legen die bestehenden Konzepte den Fokus auf frühe und andauernde Gewalterfahrungen innerhalb der Familie. Diese Sichtweise sei für die Behindertenhilfe jedoch zu eng gefasst (S. 88). Ergänzend können hier beispielsweise die Risikofaktoren medizinische Eingriffe, Diskriminierung oder die kognitive Beeinträchtigung als solche erwähnt werden (vgl. Kapitel 3.3). Zudem beinhalten die Konzepte meist verbale Interventionen, welche vielfach nicht den mentalen Möglichkeiten von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung entsprechen (ebd.). In diesem Kapitel werden deshalb einige Herausforderungen in der Anwendung traumapädagogischer Konzepte beschrieben.

Im Konzept der Selbstbemächtigung wird beispielsweise die Methode der Psychoedukation angewendet, um die Gründe psychischer und körperlicher Folgestörungen verstehbar zu machen (vgl. Kapitel 4.3.3). Diese setzt sowohl sprachliche Fähigkeiten als auch ein hohes Mass an Verständnis bezüglich des vermittelten Wissens voraus. Gemäss der Definition von kognitiver Beeinträchtigung im Kapitel 3.1 sind diese Bedingungen jedoch oftmals nicht gegeben. Irblich (2012) rät deshalb in Krisensituationen, anstatt gewisse Bewältigungsstrategien erklärbar zu machen, vielmehr konkrete, handlungsbezogene Hilfestellungen zu leisten (S. 51). Dies bedeutet also, dass die Förderung von Selbstbemächtigung auf anderen Wegen geschehen muss. Des Weiteren setzt das Konzept voraus, dass eine bewusste Wahrnehmung von Stresssymptomen durch die Hilfestellung des Verbalisierens von nonverbalen Signalen erlernt werden kann (Weiss, 2013a, S. 179). Hier stellt sich die Frage, inwieweit kognitive Beeinträchtigungen diesen Lernprozess verlangsamen oder verhindern und somit ebenfalls eine Anpassung am Konzept vorgenommen werden muss. Eine dritte Herausforderung sieht die Autorenschaft in der selbstständigen Anwendung von Entspannungstechniken (Atemübungen, Körperübungen etc.), welche von einer bewussten Wahrnehmung von Körpersignalen ausgehen, auf welche mit Entspannung reagiert werden sollte. Die Wahrnehmung und Einordnung von Stresssymptomen sowie die logische Folgerung, eine gelernte Entspannungstechnik anzuwenden, ist je nach Komplexität der Beeinträchtigung erschwert. Es braucht also eine Unterstützungsleistung der sozialpädagogischen Fachkräfte, damit Zustände der Anspannung dennoch frühzeitig gelöst werden können.

Das Konzept der Bindungsorientierung geht unter anderem davon aus, dass eine stabile Bindung durch vertrauensvolle verbale Dialoge zustande kommt. Kommunikation respektive ein Beziehungsaufbau kann jedoch auf verschiedene Arten geschehen. Dies bestätigen auch Paul Watzlawick, Janet Beavin Bavelas und Don D. Jackson (1982) mit ihrer Aussage: «Man kann nicht nicht kommunizieren» (S. 53). Es gilt also alternative Kommunikationsformen zur verbalen Sprache zu finden, mit welchen ebenso stabile Bindungen geschaffen werden können.

Gemäss Irblich und Blumenschein (2011) ist es in der Praxis oft schwierig zu erkennen, ob aggressives und selbstverletzendes Verhalten mit einem Trauma in Verbindung gebracht werden kann oder ob dieses aufgrund von Überforderung, Kommunikationsproblemen oder Durchsetzungsstrategien

zustande kommt (S. 88). Sofern traumatisierte Menschen mit Beeinträchtigungen also ihre Trigger nicht benennen können, sind diese von Aussenstehenden auch nicht immer einfach zu definieren. Bei der «Pädagogik des sicheren Ortes» geht es jedoch darum, die Umgebung so zu gestalten, dass Trigger möglichst vermieden werden (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 77). Eine eingeschränkte Ausdrucksfähigkeit stellt für die Mitarbeitenden einer Institution also eine zusätzliche Herausforderung dar, Trigger ausfindig zu machen, um einen «äusseren sicheren Ort» zu schaffen.

Fälschlicherweise passiert es in der Begleitung von erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen immer wieder, dass deren kognitiver Entwicklungsstand mit dem eines Kindes einer bestimmten Altersstufe verglichen wird. Ihr Denken, Fühlen oder Handeln als erwachsene Person ist jedoch aufgrund veränderter Bedürfnisse und gemachter Erfahrungen keineswegs mit dem eines Kindes gleichzusetzen (Thomas Spaett, 2019, S. 32). Diese Tatsache gilt es dementsprechend auch in der Anwendung traumapädagogischer Konzepte zu beachten, welche sich bisher hauptsächlich an den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen orientieren.

Im nächsten Kapitel geht es also nun darum, entsprechende Schlüsse aus diesen Herausforderungen zu ziehen, damit die bestehenden traumapädagogischen Konzepte auch für die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen adaptiert werden können. Die Autorenschaft möchte mit dieser Bachelor-Arbeit aufzeigen, dass eine kognitive Beeinträchtigung zwar als Einflussfaktor in der Anwendung traumapädagogische Konzepte berücksichtigt werden muss, traumapädagogische Interventionen jedoch keinesfalls verunmöglicht.

6. Adaption traumapädagogischer Konzepte für die Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Die Wichtigkeit von traumaspezifischen Umgangsweisen wird auch in der Behindertenhilfe zunehmend erkannt, wodurch auch das Interesse an entsprechend geeigneten Handlungsoptionen wächst (Irblich & Blumenschein, 2011, S. 88). In diesem Kapitel werden nun die Erkenntnisse aus den vorherigen Kapiteln verknüpft, um dadurch Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sich die bereits genannten traumapädagogischen Konzepte der Kinder- und Jugendhilfe für die Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen adaptieren lassen. Dabei werden die Herausforderungen der Anwendung aus dem Kapitel 5.2 berücksichtigt und die Konzepte mit entsprechenden Anpassungsideen für die berufliche Praxis ergänzt. Dafür werden sowohl institutionelle Voraussetzungen wie auch Anforderungen an die Professionellen der Sozialpädagogik in der Behindertenhilfe definiert. Die folgenden Vorschläge sind als Anregung für fachliche Diskussionen in der Sozialen Arbeit zu verstehen, welche der Überprüfung durch weitere Forschungsarbeiten bedürfen.

6.1 Institutionelle Voraussetzungen

Damit traumapädagogische Konzepte von den Professionellen der Sozialpädagogik umgesetzt werden können, braucht es auch entsprechende strukturelle Bedingungen. Gemäss David Zimmermann, Hans Rosenbrock und Lars Dabbert (2017) reicht es nicht, Traumapädagogik als Werkzeug für die Fachkräfte zu sehen, sondern muss zwingend auch auf institutioneller Ebene verankert und realisiert werden (S. 11). Dies beispielsweise durch das Festhalten von Werten und Haltungen im Leitbild der Organisation oder durch die Schaffung «sicherer Orte» für die Klientel und die Mitarbeitenden. Eine gelingende Beziehungsarbeit, was die Sozialpädagogik unter anderem ausmacht, kann also nur innerhalb förderlicher Rahmenbedingungen umgesetzt werden (ebd.). Im vorliegenden Kapitel werden nun einige Vorschläge gemacht, wie Traumapädagogik in der Behindertenhilfe auf institutioneller Ebene umgesetzt werden kann. Dabei werden allgemeine Empfehlungen wie auch spezifische Anregungen betreffend die Konzepte «sicherer Ort», «Bindungsorientierung» sowie «Selbstbemächtigung» gemacht.

6.1.1 Allgemeine Aspekte

Für eine gelingende traumapädagogische Begleitung von kognitiv beeinträchtigten Menschen brauchen die sozialpädagogischen Fachpersonen seitens der Institution Unterstützung in verschiedenen Bereichen (Carlos Escalera, 2001; zit. in Theunissen, 2005, S. 281). Damit sich Mitarbeitende sowohl bei der Anwendung von traumapädagogischen Konzepten als auch im Umgang mit den Betroffenen sicher und gut vorbereitet fühlen, bedarf es unter anderem Weiterbildungen zu relevanten Themenbereichen wie beispielsweise Krisenintervention, Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten oder Supervisionen, Teamsitzungen sowie generell Erfahrungsaustausche im Arbeitsteam (Theunissen, 2005, S. 81). Es ist zentral, dass sozialpädagogischen Fachpersonen in der Behindertenhilfe von institutioneller Seite

genügend Zeit für die Reflexion des eigenen Handelns eingeräumt wird (Theunissen, 2005, S. 81). Denn eine umfassende Auseinandersetzung und Reflexion mit sich selbst und dem eigenen Handeln ist in der sozialpädagogischen Arbeit mit traumatisierten, kognitiv beeinträchtigten Menschen unabdingbar (ebd.).

Ob bei der Gewährleistung eines «sicheren Ortes», bei der Unterstützung auf dem Weg zur Selbstbemächtigung oder bei der Herstellung von sicheren Bindungen – diverse Praxiserfahrungen zeigen, dass traumapädagogische Konzepte nur umgesetzt werden können, wenn die sozialpädagogischen Fachkräfte in jegliche Arbeitsvorgänge involviert werden (Schirmer, 2013, S. 242). Es geht also darum, dass sie von Leitungspersonen über Veränderungen, welche in der Institution stattfinden, aufgeklärt werden (ebd.). Es sei für sie von grosser Bedeutung, dass die gesamte Verantwortung nicht nur bei ihnen liege, sondern dass auch die Heimleitung einen Teil, beispielsweise die Gestaltung der Rahmenbedingungen einer Einrichtung, übernimmt (Weiss, 2021, S. 299). Sozialpädagogische Arbeitskräfte, welche in ihrem Arbeitsalltag mit traumatisierten Menschen oftmals Stress ausgesetzt sind, wünschen sich von ihren Leitungskräften Wertschätzung, Transparenz, Partizipation, Entlastung sowie mehr Handlungsspielräume (Weiss, 2021, S. 300). Der Einbezug der Mitarbeitenden bei verschiedenen Entscheidungen der Leitungspersonen sowie eine Kommunikation auf Augenhöhe, wirke sich förderlich auf die Arbeitsbedingungen aus. Dadurch seien sie in der Lage, ihre Funktion und somit ihre Aufgaben besser wahrzunehmen (ebd.).

Ein weiterer zentraler Punkt ist, dass den sozialpädagogischen Fachpersonen bei ihren Alltagsverrichtungen in der Institution, unter anderem bei der Anwendung von traumapädagogischen Konzepten, genügend zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Aufgrund verbaler Kommunikationsschwierigkeiten kommt bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oftmals die Methode der «Unterstützten Kommunikation» zum Einsatz, welche im Kapitel 6.2.1 noch genauer erklärt wird. Das Erlernen und die Verwendung verschiedener Kommunikationshilfsmittel können dabei viel Zeit in Anspruch nehmen (Etta Wilken, 2018, S. 288). Zahlreiche Handlungen, die sozialpädagogische Fachpersonen in ihrem Arbeitsalltag machen, brauchen umso länger, wenn dazwischen immer wieder Gespräche mit der Klientel stattfinden (ebd.). Wilken (2018) merkt an: «Ein Brot ist rascher geschmiert, wenn vorher nicht gefragt wird, welcher Belag gewünscht wird» (S. 288). Mit dieser Aussage möchte sie betonen, dass gewisse Verrichtungen enorm Zeit ersparen würden, wenn diese von der Mitarbeitenden selbst ausgeführt werden würden. Doch im Hinblick auf eine selbstbestimmte Lebensweise ist der Nutzen grösser, wenn möglichst viele Aufgaben von den Betroffenen selbst übernommen werden – auch wenn dies ein zeitlicher Mehraufwand bedeutet. Bei der Unterstützten Kommunikation kommen teilweise auch technische Geräte zum Einsatz. Im Alltag kann es vorkommen, dass diese hin und wieder kaputt gehen oder die Batterien ausgetauscht werden müssen. Auch für solche Wartungsarbeiten

braucht es ausreichende zeitliche Ressourcen (Wilken, 2018, S. 288). Hierbei liegt es in der Kompetenz der Institutionsleitung, den sozialpädagogischen Fachpersonen diese zur Verfügung zu stellen. Auch Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, die die sozialpädagogischen Fachkräfte während der Erledigung gewisser Aufgaben führen, sollten seitens der Institution zugelassen werden, ohne dass die sozialpädagogischen Fachkräfte befürchten müssen, dass sie dadurch als faul wahrgenommen werden (Wilken, 2018, S. 288-289).

6.1.2 «Sicherer Ort»

Für die Schaffung des «inneren sicheren Ortes» braucht es die Gestaltung eines «äusseren sicheren Ortes» (Uttendörfer, 2008, S. 60). Die Institution bestimmt dabei mit ihren finanziellen Mitteln, wie dieser in Bezug auf die zur Verfügung gestellte Infrastruktur und dem Fachpersonal aussehen soll. Gemäss dem Positionspapier der BAG Traumapädagogik (2011) bildet die Ausstattung einer Einrichtung die Grundlage für die Umsetzung traumapädagogischer Haltungen und Konzepte (S. 16).

Innerhalb einer Institution für Menschen mit Beeinträchtigungen bedeuten unterschiedliche Beeinträchtigungsformen auch unterschiedliche Anforderungen an die physische Umgebung. Nebst den unter Kapitel 4.3.1 erwähnten allgemeinen Voraussetzungen für einen «äusseren sicheren Ort» gilt es zusätzliche Aspekte zu berücksichtigen. So können beispielsweise Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung grosse Mühe mit Veränderungen in ihrer Umgebung haben (autismus Deutschland e.V., ohne Datum). Das heisst, dass eine Institution für diese Klientel eine möglichst hohe Konstanz in der Umgebung schaffen sollte und sich bei grösseren und kleineren Änderungen bewusst ist, was dies für Auswirkungen bei den Betroffenen haben kann. In der Behindertenhilfe arbeiten Professionelle der Sozialpädagogik mit Menschen mit verschiedensten Beeinträchtigungen. Dies war lediglich ein spezifisches Beispiel für individuelle Anforderungen an einen «sicheren äusseren Ort». Die grosse Heterogenität von möglichen Beeinträchtigungsformen und die daraus resultierenden Anforderungen an die Umgebung soll verdeutlichen, wie flexibel und anpassungsfähig eine Institution sein muss, um traumapädagogische Konzepte umsetzen zu können.

Für die Schaffung von Sicherheit und Privatsphäre gilt es Rückzugsorte zu schaffen. Bei Menschen mit hohem Betreuungs- und Pflegebedarf scheint dies nicht ganz so einfach zu sein. Dennoch ist es wichtig, auf institutioneller Ebene Räumlichkeiten bereitzustellen, welche in schwierigen Situationen von den Bewohnenden möglichst selbstständig aufgesucht und genutzt werden können (Matthias Dalferth, 2004, S. 169). Zu Deeskalationszwecken könnte zum Beispiel ein alternatives Handlungsangebot in Form eines Snoezelen-Raums angeboten werden (ebd.). Der Begriff des Snoezelens wurde 1978 von zwei Zivildienstleistenden in den Niederlanden erfunden und ist zusammengesetzt aus den Wörtern «snuffelen» (schnüffeln, schnuppern) und «doezelen» (dösen, schlummern) (Krista Mertens, 2020, S. 163). Das Handlungskonzept des Snoezelens beschreibt den Aufenthalt in einem warmen,

gemütlichen Raum, welcher durch Anregung der Sinne (Sehen, Hören, Riechen, Fühlen) Wohlbefinden auslösen soll (Mertens, 2020, S. 163.). Dies geschieht durch eine entsprechende Raumgestaltung mittels Lichteffekten, Musik und angenehmer Gerüche (ebd.). Ziel ist es, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in einer entspannten Atmosphäre ihren Stress abbauen und sich so neu orientieren können (Mertens, 2020, S. 164). Von institutioneller Seite braucht es also entsprechend freie Räumlichkeiten und das Interesse beziehungsweise die finanziellen Mittel, um allenfalls ein solches Snoezelen-Angebot zu schaffen.

Wie im Kapitel 4.3.1 erwähnt, braucht es für die Schaffung eines geschützten Entwicklungsraums für traumatisierte Personen auch einen geschützten Handlungsraum für Mitarbeitende. Für Belastungssituationen schlägt Dalferth (2004) deshalb vor, entsprechende Leitlinien für die sozialpädagogischen Fachkräfte zur Verfügung zu stellen (S. 161). Zur Gewaltprävention innerhalb einer Institution könnte das Konzept des «sicheren Ortes» für die Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen beispielsweise mit dem Konzept des Professionellen Deeskalationsmanagements (ProDeMa) ergänzt werden. Dieses basiert auf sieben Deeskalationsstufen, welche in der nachfolgenden Abbildung visualisiert werden.



Abbildung 4: Professionelles Deeskalationsmanagement (Erich Roth, 2020, S. 5)

Für die Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen gibt es eine speziell für diesen Fachbereich ausgerichtete Ausbildung zum/zur Deeskalationstrainer/-in. Es geht dabei unter anderem um die Einordnung und Neubeurteilung von aggressiven Verhaltensweisen sowie um entwicklungspsychologische Aspekte, Macht und Machtmissbrauch in der Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen oder nonverbale Deeskalationstechniken (Roth, 2020, S. 12). Mit der Definition klarer Vorgehensweisen erhalten Betreuende ein Hilfsmittel, welches in Krisensituationen eine gewisse Handlungssicherheit bietet.

Nebst der Schaffung von Sicherheit bei Kriseninterventionen sollte die Institutionsleitung weitere förderliche Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitenden schaffen (Kühn, 2013, S. 34). So ist zum Beispiel der Schutz vor einem Burnout ein wichtiger Aspekt (ebd.). Beim Burnout-Syndrom handelt es sich laut WHO (2021a) um Stress am Arbeitsplatz, welcher nicht erfolgreich verarbeitet werden kann und zu Dauererschöpfung führt. Laut einer Studie von Lotte Habermann-Horstmeier und Kira Limbeck (2017) sind Fachkräfte der Behindertenhilfe besonders gefährdet (S. 28). Im Rahmen ihrer Untersuchungen befragten sie 400 Mitarbeitende von kleineren bis mittelgrossen Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen nach ihrer subjektiven Einschätzung, inwiefern sie sich selbst als Burnout-gefährdet sehen. Gesamthaft gaben 46.1 % der Befragten an, dass sie ein Burnout befürchten, sofern sich nichts an ihrer Arbeit ändert (ebd.). Diese Zahl zeigt die Wichtigkeit einer unterstützenden Haltung der Institutionsleitung und entsprechender Entlastungsangebote für die Mitarbeitenden. Mögliche Unterstützungen könnten laut Dalferth (2004) Supervisionen, Weiterbildungen oder der Erfahrungsaustausch innerhalb des Teams sein (S. 161). Zu den förderlichen strukturellen und konzeptionellen Massnahmen können genügend Personal, die Aufteilung belastender Aufgaben auf verschiedene Personen und positive Rückmeldungen von Vorgesetzten gezählt werden (ebd.).

6.1.3 Bindungsorientierung

Sichere Bindungserfahrungen sind Voraussetzung für die Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen (Weiss, 2021, S. 125). Beziehungen und Bindungen, welche traumatisierte Menschen während ihres Aufenthalts im institutionellen Setting eingehen, bestimmen häufig, ob sie sich künftig wieder auf neue Beziehungen einlassen und Vertrauen gegenüber anderen Personen entwickeln können (Weiss, 2021, S. 126). Hierbei spielt die sozialpädagogische Institution eine wesentliche Rolle. Verschiedene Aspekte im Hinblick auf die Bindungsgestaltung können durch sie gefördert oder gehindert werden. Verlässliche Beziehungen erfordern eine gewisse Kontinuität. Häufiger Personalwechsel innerhalb einer Institution wäre in diesem Zusammenhang also zu vermeiden (Gahleitner et al., 2014, S. 68). Veränderungen, vor allem bei den Bezugspersonen, können traumatisierte Menschen irritieren und verunsichern (ebd.). Das Vorhandensein einer kognitiven Beeinträchtigung kann diesbezüglich die Situation zusätzlich erschweren (vgl. Kapitel 3.1 & 3.3). Daher ist es wichtig, dass Betroffene in einer Institution mit verlässlichen und konstanten Betreuungspersonen rechnen können. Es liegt dabei in der institutionellen Verantwortung beispielsweise sich wiederholende oder konstante Arbeitspläne auszuarbeiten oder bestimmtes Personal an bestimmten Tagen einzusetzen, damit zwischen sozialpädagogischen Fachpersonen und Klientel längerfristige, vertrauenswürdige Beziehungen entstehen können (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 75-76). Mit Betroffenen ins Gespräch zu kommen und sich schrittweise an das Ziel einer sicheren Bindung zu nähern, braucht viel Geduld und insbesondere genügend zeitliche Ressourcen. Daher ist es bedeutsam, dass die Institution ihren sozialpädagogischen Fachpersonen

ausreichend Zeit zur Verfügung stellt, um der Klientel gerecht zu werden (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 75-77).

In der Bindungsarbeit mit kognitiv beeinträchtigten Personen ist die Thematik «Nähe und Distanz» relevant. Gerade Personen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung teilweise nicht in der Lage sind, kognitive Prozesse zu verstehen oder Einschränkungen in ihrer Kommunikationsfähigkeit haben (vgl. Kapitel 3.1), sind auf körpernahe Verständigungen angewiesen. Berührungen und Körperkontakt zu Bezugspersonen können den Betroffenen helfen, ihr Bindungssystem zu aktivieren (Spaett, 2019, S. 35-36). Jedoch ist diese Art von Bindungs- und Beziehungsaufbau nur möglich, wenn die Institution solche körpernahen Kommunikationsformen zulässt beziehungsweise als hilfreiches Mittel anerkennt.

6.1.4 Selbstbemächtigung

Selbstbemächtigung wird laut Kapitel 4.3.3 mithilfe der Teilaspekte Selbstwahrnehmung, Selbstverstehen, Selbstakzeptanz und Selbstregulation realisiert. Unterstützende Faktoren, um diese zu erreichen, sind Transparenz und Partizipationsmöglichkeiten. Auf institutioneller Ebene gilt es also sicherzustellen, dass die Bewohnenden entsprechend ihren Ressourcen bei Entscheidungen miteinbezogen und über kleinere und grössere Änderungen informiert werden. Aufgrund der erhöhten Abhängigkeit und eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen gilt es zu beachten, dass ihre Mitsprache möglichst unbeeinflusst bleibt und entsprechende Hilfsmittel zur Verständigung (vgl. Kapitel 6.2.1) zur Verfügung stehen. Die Befreiung von Abhängigkeit, welche das Konzept der Selbstbemächtigung vorsieht, kann im Kontext der Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen jedoch nur begrenzt realisiert werden. Aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen wird auch trotz Bewältigung von Traumafolgen weiterhin eine Abhängigkeit bestehen bleiben. Im institutionellen Setting existieren diverse Faktoren, welche die Selbstbestimmung zusätzlich einschränken. Senckel (2011) erwähnt beispielsweise den durchorganisierten Ablauf des Alltags (S. 34). So wird aus personellen Gründen oftmals vorgeschrieben, wann die Bewohnenden einer Institution aufstehen oder ins Bett gehen müssen, wann die Essenszeiten sind oder welchen Beschäftigungen sie nachgehen können (ebd.). Aus traumapädagogischer Sicht wäre jedoch eine möglichst individuelle Lebensführung nach dem eigenen Rhythmus gefragt. Auch im Berufskodex der Sozialen Arbeit wird festgehalten, dass Abhängigkeiten so klein wie möglich gehalten werden sollen. Denn eines der Ziele der Sozialen Arbeit ist es, Menschen unabhängiger von Sozialer Arbeit zu machen (AvenirSocial, 2010, S. 6). In der Praxis gilt es dementsprechend immer wieder zu reflektieren, welche institutionellen Normen sinnvoll sind und welche im Sinne der Selbstbemächtigung flexibilisiert werden könnten.

Damit Symptome einer Traumafolgestörung (Übererregung, Erstarrung, Dissoziation) frühzeitig erkannt und beendet werden können, braucht es laut Gahleitner et al. (2014) eine gute Körperwahrnehmung (S. 263). Diese kann zum Beispiel mittels sensorischer Übungen (Fühlkästen, Barfusspfade etc.),

über das Modellieren verschiedener Materialien (Speckstein, Ton, etc.) oder durch körperliche Betätigung unterstützt werden (Lars Dabbert, 2017, S. 142). Des Weiteren wurde im Kapitel 6.1.2 Snoezelen als Handlungskonzept zu Entspannungszwecken für Menschen mit Beeinträchtigungen vorgestellt. Alternativ kann dieses aber auch zur Entwicklungsförderung für eine verbesserte Wahrnehmung und einer gesteigerten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit eingesetzt werden (Mertens, 2020, S. 164). Für die Ermöglichung und Nutzung solcher bedürfnisgerechter Angebote braucht es entsprechende räumliche, materielle, personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen. Diese Rahmenbedingungen gilt es auf institutioneller Ebene zu schaffen.

Gemäss Claudia Schirmer (2013) zeigen verschiedenste Praxiserfahrungen, dass traumapädagogische Konzepte nur dann erfolgreich in Einrichtungen eingeführt werden können, wenn entsprechende Veränderungen auf allen Ebenen der Institution vorgenommen werden (S. 242). Dazu gehört auch der Einbezug sämtlicher Mitarbeitenden (ebd.). Welche konkreten Anforderungen dabei an die Professionellen der Sozialpädagogik gestellt werden, wird im folgenden Kapitel behandelt.

6.2 Anforderungen an die Professionellen der Sozialpädagogik

Das Begleiten von traumatisierten Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung stellt an die sozialpädagogischen Fachkräfte viele Anforderungen sowohl auf der persönlichen als auch auf der fachlichen Ebene (Leone Schock, 2017, S. 54). Die Arbeit mit Betroffenen erfordert ein hohes Mass an Reflexionsfähigkeit, Belastbarkeit, emotionaler Stabilität sowie Beziehungs- und Konfliktfähigkeit (ebd.). Traumatisierte Menschen haben in ihrem Leben häufig erschütternde Momente erlebt und tragen diese Erfahrungen in die Institutionen (ebd.). Im Umgang mit ihren Lebensgeschichten und mit den daraus entstehenden Reaktionen, wie beispielsweise Gewaltausbrüche, Kontrollverlust oder Dissoziation bedarf es entsprechender Kompetenzen der sozialpädagogischen Fachpersonen (ebd.).

6.2.1 Allgemeine Aspekte

Aufgrund der meist sehr heterogenen Zusammensetzung von Wohngruppen in Institutionen (z.B. Art und Schweregrad der Beeinträchtigungen, Alter, Persönlichkeiten) sind die Professionellen der Sozialpädagogik in ihrer Begleit- und Unterstützungsarbeit besonders gefordert. Diese Individualität der Klientel gilt es entsprechend auch in der Anwendung traumapädagogischer Konzepte zu berücksichtigen. Je nach kognitivem Entwicklungsstand einer Person stehen unterschiedliche Bedürfnisse im Zentrum, welche von den Fachkräften gemäss Berufskodex ernstgenommen werden müssen. Dieser besagt, dass die Verwirklichung des Menschseins in einer demokratischen Gesellschaft nur durch Ernstnehmen physischer, psychischer, spiritueller, sozialer und kultureller Bedürfnisse ermöglicht werden kann (AvenirSocial, 2010, S. 9).

Eine der zentralen Herausforderungen in der Anwendung traumapädagogischer Konzepte in der Behindertenhilfe stellen eingeschränkte verbale Kommunikationsfähigkeiten dar. Diese treten gemäss Wilken (2018) bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen mit rund 20-40 % relativ häufig auf (S. 7). Die Hauptaufgabe der Sozialen Arbeit besteht in der Schaffung einer «helfenden» Beziehung zwischen Sozialarbeitenden und Klientel (Ulrike Urban-Stahl, 2018, S. 79). Für eine gute Beziehung wird folglich eine gelingende Kommunikation vorausgesetzt. Egal ob für die Schaffung eines «sicheren Ortes», vertrauensvoller Bindungen oder der Förderung der Selbstbemächtigung, benötigen Menschen mit Beeinträchtigungen Möglichkeiten sich auszudrücken und verständlich machen zu können. Ist dies mit sprachlichen Mitteln nicht machbar, werden Alternativen benötigt. Hierbei kann die Unterstützte Kommunikation eine Hilfe sein. Wilken (2018) beschreibt diese folgendermassen: «Mit Unterstützter Kommunikation werden alle pädagogischen und therapeutischen Hilfen bezeichnet, die Personen ohne oder mit erheblich eingeschränkter Lautsprache zur Verständigung angeboten werden» (S. 9). Dies ist beispielsweise die Kommunikation über Gebärden (Gestik, Mimik), grafische Symbole (Piktogramme), Schrift oder technische Hilfsmittel (z.B. Sprachcomputer) (ebd.). Um diese alternativen Verständigungskanäle nutzen zu können, sind Personen mit Beeinträchtigungen darauf angewiesen, dass die Fachkräfte der Sozialpädagogik diese Hilfsmittel kennen und im Alltag auch entsprechend einsetzen. Die individuelle Anpassung und die Vermittlung des Wissens zur Bedienung alternativer Kommunikationssysteme benötigt Zeit (Almuth Bober, 2018, S. 263). Diese gilt es von den Mitarbeitenden einer Institution nebst allen anderen täglichen Aufgaben aufzubringen (ebd.). Eine weitere Möglichkeit zur Kommunikation ist die sogenannte «Leichte Sprache». Sie hat zum Ziel sprachliche Formulierungen zu vereinfachen und diese so für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verständlicher zu machen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2020). Dies gelingt zum Beispiel durch die Verwendung alltäglicher Wörter, kurzer Sätze und bildlicher Sprache (ebd.). Auch diese Kommunikationsform verlangt von den Fachkräften der Sozialpädagogik entsprechende Fachkenntnisse und eine konsequente Umsetzung.

Individuelle Lösungen fordern eine hohe Flexibilität und Kreativität von den Mitarbeitenden. Dies betrifft nicht nur die Wahl von geeigneten Kommunikationsformen. Im Allgemeinen geht es darum, traumapädagogische Konzepte an die individuell zur Verfügung stehenden Ressourcen anzupassen. Dies gelingt nur unter der Voraussetzung einer gewissen Offenheit Neues auszuprobieren und die Bereitschaft, vergangene Situationen und Verhaltensweisen zu reflektieren beziehungsweise Anpassungen vorzunehmen. Was dies für die Professionellen der Sozialpädagogik in Bezug auf die Schaffung «sicherer Orte» für traumatisierte Menschen mit Beeinträchtigungen bedeutet, wird im folgenden Kapitel erläutert.

6.2.2 «Sicherer Ort»

Personen, welche ein traumatisierendes Ereignis erlebt haben, sind häufig mit enormem Stress konfrontiert (Kühn & Bialek, 2017, S. 502). Dieser Stress führt dazu, dass die Betroffenen die bewusste Steuerung des Handelns und/oder des Denkens verlieren (ebd.). Dementsprechend ist es von grosser Bedeutung, dass die sozialpädagogischen Fachpersonen für beeinträchtigte Personen eine Atmosphäre gestalten, welche ausreichend Sicherheit gewährleistet (ebd.). Dies gelingt primär mittels der Herstellung einer wertschätzenden und respektvollen Beziehung zwischen Fachperson und Klientel (Bruce D. Perry & Maia Szalavitz, 2008; zit. in Kühn & Bialek, 2017, S. 502). Des Weiteren sind in der sozialpädagogischen Arbeit mit traumatisierten, kognitiv beeinträchtigten Menschen haltgebende Strukturen und Tagesabläufe sehr zentral (Spaett, 2019, S. 33). Das soziale Umfeld einer betroffenen Person sollte so gestaltet werden, dass darin die psychischen, körperlichen, sozialen sowie spirituellen Bedürfnisse befriedigt werden können (Martin Baierl & Kurt Frey, 2014; zit. in Spaett, 2019, S. 33). Es sollten sichere Lebensräume geschaffen werden, welche die Lebensfreude der betroffenen Menschen wieder hervorruft und worin sie sich zu Hause fühlen (ebd.). Unter anderem seien Unterhaltungen über das erlebte Trauma förderlich für die Betroffenen und würden eine Erleichterung herbeiführen, welche wiederum das Gefühl von Sicherheit erhöht (Fernanda Heinke, Lena Richter, Lena Grüter & Robert Bering, 2019, S. 51). Jedoch sind kognitiv beeinträchtigte Personen häufig nicht in der Lage sich verbal auszudrücken und ihre Anliegen mitzuteilen (ebd.). Für die Professionellen der Sozialpädagogik ist es daher nicht immer einfach, mit den Betroffenen zu interagieren. Daher ist es in der Behindertenhilfe zentral, dass andere Instrumente geschaffen werden, um den betroffenen Menschen ausreichend Sicherheit und Erleichterung zu bieten. Für kognitiv beeinträchtigte Personen sind alternative Möglichkeiten vorhanden, um sich vom traumatischen Erlebnis abzulenken oder diese zu verarbeiten. Beispiele hierfür könnten Musik hören, musizieren oder Entspannungsübungen sein (ebd.). Sich wiederholende Rituale sind ebenfalls eine Möglichkeit ein Stück Sicherheit in den Alltag traumatisierter Menschen mitzugeben; diese bringen ein wenig Orientierung und Struktur in ihr Leben (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 173-174). Im Hinblick auf die sozialpädagogischen Fachpersonen genügt den Betroffenen manchmal auch einfach das «da sein» (Heinke, Richter, Grüter & Bering, 2019, S. 51).

Da traumatisierte Menschen aufgrund des Erlebten oftmals mit Kontrollverlust konfrontiert werden, ist es von grosser Wichtigkeit, dass sie die Kontrollierbarkeit von Lebenssituationen mittels einer sicheren Umgebung wiedererlangen können (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 76). Des Weiteren fällt es kognitiv eingeschränkten Personen aufgrund ihrer Beeinträchtigung häufig schwieriger, Informationen aufzunehmen und diese zu verarbeiten. Diese Beeinträchtigungen können sich auf verschiedene Bereiche auswirken - beispielsweise auf Funktionen wie Orientierung, welche im Alltag sehr wichtig sind (vgl. Kapitel 3.1). Sozialpädagogische Fachpersonen können den betroffenen Menschen durch diverse, transparente Informationen noch mehr Sicherheit in ihren Alltag geben (Scherwath & Friedrich, 2016,

S. 76). So würden es Menschen mit Traumata beispielsweise schätzen, wenn Regeln und Grenzen deutlich kommuniziert werden. Dadurch werde ihnen bewusst, welche Aktivitäten oder welche Verhaltensweisen in der Betreuungseinrichtung erlaubt seien und welche nicht, oder mit welchen Konsequenzen sie bei Grenzüberschreitungen zu rechnen haben (ebd.). Zudem geben klar strukturierte Arbeitspläne der Mitarbeitenden sowie die Aufteilung der Zuständigkeiten mehr Struktur und Orientierung im Alltag (ebd.). Als Stützpunkte dienen auch Wochenpläne, auf welchen die Bewohnerinnen und Bewohner sehen, welche Aktivitäten oder welche Programme an welchen Tagen durchgeführt werden (ebd.). Hantke und Görges (2012) schlagen vor, dass diese Pläne für die kognitiv beeinträchtigten Personen für das bessere Verständnis allenfalls mittels Visualisierungen, beispielsweise mit Symbolen, dargestellt werden könnten (S. 308). Auf diesem Weg können die Menschen im häufig eher monotonen, institutionellen Alltag auf spielerischer Art und Weise abgeholt werden.

Im Konzept des «sicheren Ortes», welches in der stationären Kinder- und Jugendhilfe angewendet wird, wird vom emotional-orientierten Dialog gesprochen. Wie bereits im Kapitel 4.3.1 ausgeführt wird, meint dieser Dialog eine bindungsstärkende Kommunikation zwischen den Kindern und Jugendlichen, welche ein Trauma erlebt haben und den sozialpädagogischen Fachpersonen (Kühn, 2013, S. 33). Doch dadurch, dass die Kommunikationsmöglichkeiten bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung oftmals eingeschränkt sind, ist es für die Professionellen der Sozialpädagogik schwieriger, mit ihnen ins Gespräch zu kommen sowie sich über Bedürfnisse oder Wünsche auszutauschen. In diesem Zusammenhang könnte die Methode der Unterstützten Kommunikation zur Anwendung kommen (vgl. Kapitel 6.2.1). Durch das Beiziehen dieser Hilfe wird dazu beigetragen, dass generell eine bessere Zusammenarbeit zwischen traumatisierten, kognitiv beeinträchtigten Menschen und ihren Angehörigen sowie den sozialpädagogischen Fachpersonen erfolgen kann und somit durch Interaktionsmöglichkeiten eine sicherere Umgebung gestaltet werden kann.

6.2.3 Bindungsorientierung

Brisch (2013) führt aus, dass sich das Bedürfnis nach sicheren Bindungen in der Säuglingszeit entwickelt und seither während des ganzen Lebens fortbesteht (S. 150). Er erläutert, dass im Grunde genommen jedermann für einen Menschen zur Bindungsperson werden kann (ebd.). Da Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen oft einen grossen Teil ihres Lebens im institutionellen Setting verbringen, ist es von Bedeutung, dass dieses Bedürfnis nach Bindung auch im stationären Setting (z. B. durch die physische und emotionale Anwesenheit von sozialpädagogischen Fachkräften) befriedigt werden kann. Auf diese Weise können die Ängste der Klientel genommen werden, wodurch eine emotionale Sicherheit entsteht (Brisch, 2013, S. 151). Die Entwicklung von sicheren Bindungen kann gefördert werden, indem sozialpädagogische Fachpersonen durch einfühlsame Interaktionen mit den Betroffenen in Kontakt treten (Brisch, 2013, S. 151). Kognitiv beeinträchtigte Personen sind aufgrund ihrer Einschränkungen

häufig nicht in der Lage, sich mittels der verbalen Sprache auszudrücken. Um diesem Umstand entgegenzuwirken, könnte das Konzept der Bindungsorientierung, nebst der bereits beschriebenen Unterstützten Kommunikation, mit dem Konzept der Basalen Kommunikation erweitert werden. Das Konzept der Basalen Kommunikation wurde im Jahr 1984 vom Heil- und Sozialpädagogen Winfried Mall für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen entwickelt (Dieter Niehoff, 2003, S. 74). Es zielt darauf ab, beeinträchtigte Menschen mit einer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit zu fördern (ebd.). Bei dieser Kommunikationsform wird zwischen den Interagierenden eine körperorientierte Kontaktgestaltung hergestellt (ebd.). Sozialpädagogische Fachpersonen haben hierbei die Aufgabe, Äusserungen und Bewegungen von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen wahrzunehmen und ihnen auf eine ähnliche Art eine Antwort zu geben (ebd.). Dies erfolgt über verschiedene Bewegungen und Berührungen. Auf diese Weise stärkt die Basale Kommunikation das Vertrauen und fördert den Beziehungs- als auch Bindungsaufbau zwischen Klientel und sozialpädagogischen Fachpersonen (ebd.).

Eine weitere beziehungs- und bindungsfördernde Methode, welche in der Arbeit mit traumatisierten, kognitiv beeinträchtigten Personen zur Anwendung gebracht werden könnte, ist die sogenannte «Entwicklungsfreundliche Beziehung» nach Barbara Senckel. Dabei handelt es sich um einen Ansatz, welcher sich auf die Ressourcen und Kompetenzen von Personen fokussiert und mittels dieser zur Förderung der Persönlichkeit beiträgt (Senckel, 2015, S. 1). Diese Methode eignet sich insbesondere für die Arbeit mit Personen, welche Entwicklungsschwierigkeiten haben oder spezifische Betreuung benötigen, um problembehaftete Verhaltensweisen zu reduzieren (ebd.). Sie zielt vor allem darauf ab, die emotionalen Bedürfnisse der Klientel zu erkennen und ihnen gemäss ihrem Entwicklungsstand zu begegnen (ebd.). Des Weiteren verfolgt die Entwicklungsfreundliche Beziehung eine Grundhaltung, welche in der Gestaltung von Beziehungen Elemente wie Achtsamkeit, Wertschätzung, Authentizität sowie Einfühlsamkeit in den Vordergrund stellt (Senckel, 2015, S. 7). Kognitiv beeinträchtigte Menschen, welche traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, haben häufig bereits in jungen Jahren Klinikaufenthalte oder das hin und her Platzen von Heimen zu Pflegefamilien oder umgekehrt erlebt (Senckel, 2001, S. 3). Die immer wieder neuen Bezugspersonen, welchen die betroffenen Menschen in den verschiedenen Settings begegnen, bauen zu ihnen Beziehungen und Bindungen auf (ebd.). Doch aufgrund häufiger Wechsel, von beispielsweise dem Heimpersonal, finden im Laufe ihres Lebens oftmals Beziehungsabbrüche statt (ebd.). Diese mehrmaligen Abbrüche wirken sich negativ auf die persönliche Entwicklung aus und tragen dazu bei, dass der Aufbau von neuen Beziehungen wiederum erschwert wird (ebd.). Die Entwicklungsfreundliche Beziehung möchte in diesem Zusammenhang erwirken, dass Betroffene vergangene, innere Konflikte zu verarbeiten vermögen, in dem sie korrigierende Beziehungsangebote, welche von Professionellen der Sozialpädagogik gewährleistet werden, in Anspruch nehmen (Senckel, 2001, S. 4). Hierbei können Entwicklungshemmnisse aufgelöst werden und neue, beziehungsstärkende Erfahrungen gemacht werden (ebd.).

Bindungs- und Beziehungsaufbau mit traumatisierten Personen, welche eine kognitive Beeinträchtigung haben, stellen für die Professionellen der Sozialpädagogik eine Herausforderung dar (Spaett, 2019, S. 35). Insbesondere Menschen mit einer schweren kognitiven Beeinträchtigung probieren oftmals sich über sehr individuelle, spezifische Kommunikationsweisen zu verständigen (Spaett, 2019, S. 34). Diese erschweren das Verstehen der Anliegen und Bedürfnisse für die sozialpädagogischen Fachkräfte zusätzlich (ebd.). Umso länger jedoch eine professionelle Beziehung von Klientel und ihrer Bezugsperson besteht, desto besser funktioniert auch die Verständigung. Doch auch bei einer langjährigen guten Beziehung kann es immer wieder zu herausfordernden Verhaltensweisen, wie beispielsweise Abweisung, Misstrauen oder Distanz, vonseiten der Klientel kommen. Dies sollten Fachpersonen nicht persönlich nehmen und sich immer wieder von Neuem um die Schaffung und Erhaltung einer vertrauensvollen Beziehung bemühen (Spaett, 2019, S. 35).

6.2.4 Selbstbemächtigung

Selbstbemächtigung bedeutet, sich von Hilflosigkeit zu befreien und so die Kontrolle über die eigene Lebensführung wiederzuerlangen (vgl. Kapitel 4.3.3). Aufgrund des erhöhten Unterstützungsbedarfs von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist es besonders wichtig, dass Professionelle der Sozialpädagogik ihnen Wahlmöglichkeiten anbieten und sie bei Entscheidungen miteinbeziehen (Spaett, 2019, S. 36). Weiter geht es darum, nicht nur die Bedürfnisse abzuholen, sondern die Klientel auch entsprechend ihren Ressourcen selbst agieren zu lassen (ebd.). Dies kann je nach individuellen Fähigkeiten heissen, dass Handlungen etwas länger dauern und deshalb eine gewisse Geduldfähigkeit von den Fachkräften vorausgesetzt wird.

Traumatische Erlebnisse wie auch kognitive Beeinträchtigungen können zur Folge haben, dass die Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Umwelt eingeschränkt ist (vgl. Kapitel 4.3.3 und 3.1). Das Konzept der Selbstbemächtigung sieht diese Fähigkeit jedoch als Grundlage für die Entwicklung einer gesunden Selbstakzeptanz (vgl. Kapitel 4.3.3). Insbesondere bei schweren Beeinträchtigungen können Betroffene sich oftmals kaum bewegen (Andreas Fröhlich, 2015, S. 31). Dies führt dazu, dass sie nur in Abhängigkeit von anderen Personen überhaupt ein eigenes Körpergefühl entwickeln können (ebd.). Darum ist es besonders wichtig, dass Fachkräfte der Behindertenhilfe verschiedene Möglichkeiten zur Anregung von Sinnesreizen kennen. Ein hilfreiches Konzept stellt diesbezüglich die Basale Stimulation dar. Fröhlich (1992) definiert das Konzept folgendermassen:

Basale Stimulation ist der pädagogisch-therapeutische Versuch, Menschen mit schwersten Behinderungsformen Angebote für ihre persönliche Entwicklung zu machen. Mit dem begrifflichen Bestandteil ‚basal‘ ist gemeint, dass es sich um elementare, grundlegende Angebote handelt, die in einfachster, vor allem aber voraussetzungsloser Form dargeboten werden. (Fröhlich, 1992; zit. in Theunissen, 2005, S. 149)

Diese voraussetzungslosen Angebote meinen unter anderem die Vermittlung von Sinnesreizen durch Bezugspersonen über körperliche Nähe, die Ermöglichung von Berührung verschiedener Materialien oder das passive Bewegen (z.B. Schaukeln) der Klientel (Fröhlich, 2015, S. 98). Es geht dabei um die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse nach Anregung, Abwechslung und Bewegung (Fröhlich, 2015, S. 31). Bei diesen Aktivitäten kommt es teilweise zu einem sehr nahen und persönlichen Kontakt. Im beruflichen Kontext ist es deshalb wichtig, dass dieser Kontakt bewusst und mit der notwendigen fachlichen Fundierung stattfindet (Fröhlich, 2015, S. 101). Bei sexueller Traumatisierung sieht die Autorenschaft eine zusätzliche Herausforderung bei der Ausgestaltung einer solchen Begegnung.

Zur Förderung des Selbstverstehens und zur Entwicklung von angemessenen Bewältigungsstrategien sieht das Konzept der Selbstbemächtigung die Methode der Psychoedukation vor (vgl. Kapitel 4.3.3). Aufgrund eingeschränkter Kognition (vgl. Kapitel 3.1) ist die Vermittlung von psychotraumatologischem Wissen jedoch nur begrenzt oder gar nicht möglich. Anneke Bazuin (2015) schlägt beispielsweise vor, Informationen über Traumafolgen mittels Bücher und Broschüren in Leichter Sprache zu vermitteln (S. 192). Im Allgemeinen geht es darum, dass die Professionellen der Sozialpädagogik die Komplexität der Zusammenhänge bedürfnisgerecht reduzieren (Spaett, 2019, S. 36). Für die Vermittlung der Informationen können die unter Kapitel 6.2.1 erwähnten Kommunikationsmöglichkeiten zur Hilfe genommen werden. Bei einer schweren kognitiven Beeinträchtigung kommt das Konzept der Selbstbemächtigung jedoch an seine Grenzen.

Die Entwicklung förderlicher Bewältigungsstrategien ist bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgrund der Reizverarbeitungsschwäche eingeschränkt (vgl. Kapitel 3.1). Veränderungen im Gehirn, ausgelöst durch eine Traumatisierung, haben diesbezüglich einen zusätzlichen negativen Einfluss (Spaett, 2019, S. 39). In bestimmten Situationen kann es deshalb hilfreich sein, dass Betroffene von den sozialpädagogischen Fachkräften darauf hingewiesen werden, selbstständig Entscheidungen zu treffen und zu handeln (ebd.). Ausnahmsweise kann es aber auch legitim sein, dass ein Problem stellvertretend durch jemand anders gelöst wird (Ernst Wüllenweber, 2001, S. 149). Dies ist dann der Fall, wenn eine Person mit Beeinträchtigungen eine Situation selbst nicht verändern kann (ebd.). Im Sinne der Selbstbemächtigung sollte diese Art von Unterstützung jedoch nur wenn nicht anders möglich geleistet werden.

7. Schlussfolgerungen

Im letzten Teil dieser Bachelor-Arbeit werden die zu Beginn formulierten Fragestellungen anhand der gewonnenen Erkenntnisse zusammenfassend beantwortet und ein berufsrelevantes Fazit daraus gezogen. Abschliessend gibt die Autorenschaft einen Ausblick auf mögliche Anschlussarbeiten beziehungsweise Themen, welche im Rahmen dieser Arbeit nicht näher behandelt werden konnten. Zudem wird auf Forschungslücken und den weiteren Handlungsbedarf aufmerksam gemacht.

7.1 Beantwortung der Fragestellungen

An dieser Stelle werden die Fragestellungen der vorliegenden Bachelor-Arbeit nochmals aufgeführt und in verkürzter Form beantwortet.

Inwiefern sind Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung von traumatischen Erfahrungen betroffen?

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind aufgrund ihrer weniger ausgeprägten Schutzfaktoren und den dominierenden Risikofaktoren besonders häufig von Traumatisierungen betroffen. Risikofaktoren können biologischer, sozialer oder psychologischer Natur sein. Aufgrund eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten fällt es ihnen vielfach schwer, für die Bewältigung von herausfordernden Situationen wirkungsvolle Copingstrategien zu entwickeln und diese auf ähnliche Situationen zu übertragen. Daher stellt die kognitive Beeinträchtigung an sich einen zentralen Risikofaktor dar. Des Weiteren sind beeinträchtigte Personen im institutionellen Setting für diverse Verrichtungen häufig von den sozialpädagogischen Fachkräften abhängig. Dieses Abhängigkeitsverhältnis, welches die Betroffenen oftmals bereits in ihrer Kindheit erfahren, stellt ebenfalls einen Risikofaktor dar. Weitere Risikofaktoren sind erlebte Vernachlässigung, Ablehnung, Überforderung im Herkunftssystem, Stigmatisierung, Missbräuche oder medizinische Eingriffe.

Je nach Alter, Schweregrad der Beeinträchtigung sowie Lebensumständen kann die Ausprägung der Traumatisierung verschieden sein. Bei Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten ist die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Störung zu erkranken, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, etwa drei bis vier Mal so hoch. Dies ist unter anderem deshalb so, weil die kognitive Beeinträchtigung selbst ein Krankheitsrisiko darstellt und somit auch die Entwicklung von Traumafolgestörungen begünstigt.

Eingeschränkte oder fehlende Bewältigungsmöglichkeiten führen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung dazu, dass sie stressbelastete Situationen schneller als überfordernd empfinden oder gar ein Ohnmachtsgefühl entwickeln. Dieser Umstand ist unter anderem auf die sogenannte Reizverarbeitungsschwäche zurückzuführen. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben häufig Schwierigkeiten, Reize aus ihrer Umwelt oder von sich selbst wahrzunehmen, diese zu verstehen sowie

entsprechend darauf zu reagieren. Durch das Fehlen situationsadäquater Reaktionen können auch von aussen als «harmlos» betrachtete Situationen zu Angst und Hilflosigkeit führen.

Was beinhalten traumapädagogische Konzepte und welche Bedeutung kommt der Entwicklung von traumapädagogischen Standards in der Arbeit mit traumatisierten Menschen zu?

Die Fachrichtung Traumapädagogik arbeitet in der Praxis mit diversen Konzepten. Drei davon wurden im Rahmen der vorliegenden Bachelor-Arbeit genauer betrachtet. Die Konzepte des «sicheren Ortes», der Bindungsorientierung und der Selbstbemächtigung setzen dabei alle unterschiedliche Schwerpunkte. Dennoch verfolgen sie ein gemeinsames Ziel. Es geht darum, traumatisierte Menschen bei der Gestaltung ihres Alltags zu unterstützen und ihnen so ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Das Konzept des «sicheren Ortes» zielt darauf ab, Wohlbefinden, Geborgenheit und Verlässlichkeit im institutionellen Setting zu schaffen. Traumatisierungen gehen oftmals mit Gefühlen der Ohnmacht und einem Vertrauensverlust in das soziale Umfeld einher. Deshalb gilt es gemäss dem Konzept das Sicherheitsgefühl («innerer sicherer Ort») der Betroffenen wiederherzustellen. Für die Schaffung dieses «inneren sicheren Ortes» wird die Gestaltung eines «äusseren sicheren Ortes» (materielles und soziales Umfeld) vorausgesetzt. Dabei geht es um die Befriedigung von Grundbedürfnissen, die Ermöglichung neuer positiver Erfahrungen sowie die Herstellung von Strukturen, welche Vorhersehbarkeit, Transparenz und Sicherheit bieten. Dafür werden unter anderem verbindliche Regeln, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Räumlichkeiten, verlässliche Dienst- und Wochenpläne und genügend Fachpersonal benötigt. Aufgrund des erhöhten Misstrauens von traumatisierten Personen in ihr soziales Umfeld haben Fachkräfte der Sozialpädagogik den Auftrag, mit viel Geduld neue vertrauensvolle Bindungen zu schaffen. Da der sozialpädagogische Alltag mit traumatisierten Personen sehr belastend sein kann, gilt es das Konzept auch auf die Arbeit der Betreuungspersonen anzuwenden. Um ihre Arbeit langfristig mit hoher Qualität ausführen zu können, brauchen auch sie einen geschützten Handlungsraum. Das bedeutet, dass die Institutionsleitung ihre Mitarbeitenden vor Überforderung zu schützen hat und ihnen mit einer wertschätzenden Haltung unterstützend zur Seite stehen soll.

Beim Konzept der Bindungsorientierung geht es um die Schaffung neuer positiver Beziehungen im sozialen Umfeld. Diese helfen dabei, das Vertrauen in sich selbst und in die Umwelt wiederherzustellen. Sichere Bindungen gehören zur Basis für eine gelingende Persönlichkeitsentwicklung. Traumatisierende Handlungen, welche von anderen Personen zugefügt wurden, können die Beziehungsfähigkeit massiv belasten. Das Konzept der Bindungsorientierung sieht deshalb vor, dass Professionelle der Sozialpädagogik diese Bindungen mit viel Empathie und Feingefühl stabilisieren sollen.

Ohnmacht, Abhängigkeit und das Gefühl «anders» zu sein, sind typische Folgen einer Traumatisierung. Das Konzept der Selbstbemächtigung soll Betroffenen dabei helfen, sich davon zu befreien. Um dies zu erreichen, braucht es zuerst ein Verständnis dafür, weshalb in Stresssituationen gewisse Überlebensstrategien angewendet werden, welche von der Person selbst als befremdlich wahrgenommen werden. Psychoedukation kann dabei helfen, die eigene Reaktion mit dem Erlebten aus der Vergangenheit in Verbindung zu bringen und so den «guten Grund» der eigenen Verhaltensweise zu erkennen. Dieses Verständnis hilft, die Selbstakzeptanz und den Selbstwert zu erhöhen. Durch die bewusste Wahrnehmung und Einordnung eigener Gefühle und körperlicher Empfindungen wird es für traumatisierte Menschen wieder möglich, sich selbst zu regulieren. Das heisst Betroffene erhalten die Möglichkeit, bei Stresssymptomen aktiv auf ihr Befinden Einfluss zu nehmen. Fachkräfte der Sozialpädagogik sollen ihnen dabei helfen, für sie passende Handlungsalternativen zu entwickeln.

Nebst den soeben genannten Konzepten gibt es noch weitere theoretische Ansätze und Haltungen in der Traumapädagogik. Aus dieser Vielzahl von theoretischen Grundlagen ergab sich die Notwendigkeit zur Schaffung gewisser Standards. Die BAG Traumapädagogik verfasste zur Qualitätssicherung, Professionalisierung und als Orientierung für Fachkräfte die traumapädagogischen Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Sie bilden die Grundlage für die Ausgestaltung traumapädagogischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Ebenfalls dienen die Standards als Grundlage für Fort- und Weiterbildungen. Für die Umsetzung traumapädagogischer Konzepte in der Behindertenhilfe wurden bisher noch keine Richtlinien formuliert. Dies war einer der Gründe, weshalb die Thematik von Trauma und Behinderung im Rahmen dieser Bachelor-Arbeit erarbeitet wurde.

Welche Herausforderungen gibt es in der Anwendung von traumapädagogischen Konzepten bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen?

In der Begleitung von traumatisierten Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen können die Konzepte der stationären Kinder- und Jugendhilfe grundsätzlich ebenfalls angewendet werden, benötigen jedoch gewisse Anpassungen und Ergänzungen. Dies liegt daran, dass sich aufgrund der Beeinträchtigung gewisse Herausforderungen ergeben, die es zu beachten gilt. Über den Umgang mit Traumaerfahrungen in der Behindertenhilfe gibt es bislang wenig Forschung und Literatur. In der sozialpädagogischen Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Personen kommt es immer wieder vor, dass die kognitiven Fähigkeiten und der kognitive Entwicklungsstand mit dem Stand der Entwicklung eines Kindes verglichen wird. Jedoch haben diese zwei unterschiedlichen Personengruppen andere Bedürfnisse und müssen daher auch unterschiedlich begleitet werden. Damit keine unzureichende Traumabegleitung zustande kommt, muss diese Tatsache beim Umsetzen der traumapädagogischen Konzepte bei der Arbeit bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung unbedingt beachtet werden.

Vielfach werden in den traumapädagogischen Konzepten Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, welche eine verbale Kommunikation voraussetzen. Jedoch sind die Betroffenen aufgrund ihrer Beeinträchtigung häufig gar nicht in der Lage, sich mit Worten auszudrücken und zu verständigen. Das Konzept der Selbstbemächtigung beinhaltet beispielsweise die Methode der Psychoedukation. Dieser Ansatz erfordert verbale Kommunikationsfähigkeiten sowie Verständnis in Bezug auf das vermittelte Wissen. Doch beim Betrachten der Definition der kognitiven Beeinträchtigung wird klar, dass diese Fähigkeiten bei den Betroffenen oftmals eingeschränkt sind. Daher müssen die Professionellen der Sozialpädagogik andere Handlungsmöglichkeiten finden, um die betroffenen Personen auf ihrem Weg zur Selbstbemächtigung zu unterstützen. Eine weitere Schwierigkeit beim Umsetzen dieses Konzepts liegt in der eigenständigen Anwendung von Entspannungstechniken. Denn diese bedingt eine bewusste Wahrnehmung von Körpersignalen, auf die mit Entspannung erwidert werden sollte. Aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung ist es den Betroffenen meistens zusätzlich erschwert, Stresssymptome aufzufassen und diese einzuordnen. Zudem fällt es ihnen auch nicht einfach, Techniken zur Entspannung, welche sie gelernt haben, selbstständig umzusetzen. Hierbei sind die sozialpädagogischen Fachpersonen gefordert, den Betroffenen eine adäquate Unterstützung zu bieten, damit denn Stresszuständen früh genug entgegengewirkt werden kann.

Beim Konzept der Bindungsorientierung wird häufig davon gesprochen, dass sichere und stabile Bindungen mittels vertrauenswürdiger Gespräche zwischen Klientel und sozialpädagogischen Fachpersonen entstehen. Doch durch die oftmals erschwerten Kommunikationsmöglichkeiten von kognitiv beeinträchtigten Personen können Dialoge nicht immer mühelos gestaltet werden. Die Professionellen der Sozialpädagogik haben die Aufgabe, auf anderen Wegen sichere Bindungen zu gewährleisten. Feinfühligkeits Interaktionen müssen nicht zwingend durch verbale Sprache ausgeführt werden. Sozialpädagogische Fachkräfte können auch auf andere Methoden zurückgreifen, mit welchen ebenfalls ein sicherer Beziehungs- und Bindungsaufbau möglich ist.

Auch bei der Gewährleistung eines «sicheren Ortes» für traumatisierte Menschen treffen die Professionellen der Sozialpädagogik auf diverse Herausforderungen. In der sozialpädagogischen Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Menschen ist es nicht einfach zu erfassen, ob selbstverletzende Verhaltensweisen oder Aggressionen als Folge eines traumatischen Erlebnisses entstehen oder ob andere Ursachen (z.B. Verständigungsschwierigkeiten, Überforderung, usw.) diese auslösen. Das Ausfindigmachen von Triggern bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist aus diesen Gründen erschwert, was auch zu Falschinterpretationen von Seiten der sozialpädagogischen Fachpersonen führen kann.

Inwiefern lassen sich traumapädagogische Konzepte der stationären Kinder- und Jugendhilfe für die Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung adaptieren und welche Schlussfolgerungen ergeben sich dadurch für die Sozialpädagogik?

Die Erarbeitung dieser Bachelor-Arbeit zeigt, dass traumapädagogische Konzepte auch in der Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingesetzt werden können und sollen. Individuelle Anpassungen sind bei Kindern und Jugendlichen ohne Beeinträchtigungen wie auch bei erwachsenen Personen mit Beeinträchtigungen ihren Bedürfnissen entsprechend vorzunehmen. Anpassungen bedürfen die vorhandenen Konzepte vor allem in Bezug auf behinderungsspezifische Einschränkungen. Dies betrifft unter anderem die Wahrnehmung, Orientierung, die Kommunikation und die Vermittlung komplexer Zusammenhänge. In der Literatur sind keine genauen Angaben, wie Traumapädagogik bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen konkret adaptiert werden soll, zu finden. Es gibt jedoch diverse ergänzende Konzepte wie die «Basale Stimulation», die «Basale Kommunikation», das «Snoezelen», die «Unterstützte Kommunikation», die «Entwicklungsfreundliche Beziehung» oder die «Leichte Sprache», welche für die erfolgreiche Umsetzung von Traumapädagogik in der Behindertenhilfe genutzt werden können. Dennoch gilt es auch auf gewisse Grenzen hinzuweisen. Beim Konzept der Selbstbemächtigung beispielsweise geht es darum, dass traumatisierte Menschen ihr Leben in Zukunft wieder möglichst ohne fremde Hilfe führen können. Bei einer schweren kognitiven Beeinträchtigung wird allerdings immer eine gewisse Abhängigkeit von Bezugspersonen bestehen bleiben. Verschiedene Konzepte aus der Behindertenhilfe helfen dabei, diese im Alltag möglichst klein zu halten.

Im folgenden Kapitel wird der zweite Teil unserer Hauptfragstellung beantwortet, indem aus den gewonnenen Erkenntnissen ein abschliessendes Fazit für die berufliche Praxis gezogen wird.

7.2 Fazit für die berufliche Praxis

Menschen mit Beeinträchtigungen sind aufgrund einer Vielzahl von Risikofaktoren besonders gefährdet Traumatisierungen zu erleiden. Hinzu kommt, dass Traumafolgestörungen bei dieser Personengruppe oftmals nur schwer diagnostizierbar sind. Umso wichtiger ist es, dass Professionelle der Sozialpädagogik über ein entsprechendes Grundlagewissen in der Psychotraumatologie und der Traumapädagogik verfügen. Dieses gilt es nach Möglichkeit in angepasster Form auch an die Klientel weiterzuvermitteln, damit traumatische Ereignisse und Reaktionen besser verstanden und eingeordnet werden können. Weiter kann dieses Fachwissen davor schützen, dass erneute Traumatisierungen innerhalb der Institution begünstigt werden.

Die Umsetzung traumapädagogischer Konzepte in der Behindertenhilfe stellt hohe Anforderungen an die Einrichtungen wie auch an die Professionellen der Sozialpädagogik. Da Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen teilweise fast ihr ganzes Leben in Institutionen verbringen, ist es zwingend

notwendig, die Traumathematik in den sozialpädagogischen Alltag miteinzubeziehen. Dies nicht nur in Bezug auf die Klientel, sondern auch für die Selbstfürsorge der Fachkräfte in schwierigen Situationen.

Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, inwiefern traumapädagogische Konzepte auch für die Begleitung von traumatisierten Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen umgesetzt werden können. Dabei hat sich herausgestellt, dass es zwar Herausforderungen gibt, diese aber unter Zuhilfenahme weiterer bekannter sozialpädagogischer Methoden und Handlungskonzepte mehrheitlich bewältigt werden können. Es geht darum, die Konzepte an den Verarbeitungs- und Sprachmöglichkeiten der Klientel anzupassen. Dies gelingt zum Beispiel durch die Vereinfachung komplexer Informationen, durch Visualisieren und körperorientierter Kommunikation. Dennoch gibt es gewisse Grenzen wie beispielsweise beim Konzept der Selbstbemächtigung, wo es um die Vermittlung von theoretischen Zusammenhängen traumatischer Prozesse geht. Je höher der Schweregrad einer Beeinträchtigung ist, desto schwieriger wird es, das Selbstverstehen mittels Psychoedukation zu erreichen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Sozialpädagogik mithilfe traumapädagogischer Konzepte einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung von Traumafolgestörungen leisten kann. Ziel der Sozialen Arbeit ist es, den Menschen zu einem möglichst selbstbestimmten Leben zu verhelfen. Traumatisierungen können die Hilflosigkeit und Abhängigkeit bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen erhöhen. Traumapädagogik kann dieser Tatsache gezielt entgegenwirken.

7.3 Ausblick

Traumapädagogik gilt als eine junge Fachdisziplin und wurde ursprünglich für die Begleitung und Unterstützung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen im stationären Bereich entwickelt. Daher befasst sich auch die Forschung und die traumapädagogische Literatur vor allem mit Kindern und Jugendlichen. Verschiedene traumapädagogische Konzepte, unter anderem die drei Kernbeiträge wie die «Pädagogik des sicheren Ortes», das Konzept der Selbstbemächtigung sowie das Konzept der Bindungsorientierung werden aktuell in der stationären Kinder- und Jugendhilfe von den Professionellen der Sozialpädagogik zur Anwendung gebracht. Für die sozialpädagogische Begleitung von traumatisierten Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung existieren derzeit noch keine konkreten Handlungsrichtlinien. Doch aufgrund der erhöhten Vulnerabilität von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist es insbesondere für diese Personengruppe von grosser Bedeutung, dass Konzepte sowie Methoden in Bezug auf die Traumapädagogik entwickelt beziehungsweise adaptiert werden. Einige Anregungen wurden diesbezüglich in der vorliegenden Bachelor-Arbeit vorgebracht. Zur Überprüfung der Anwendbarkeit und Wirkung solcher Umsetzungsideen werden jedoch zwingend entsprechende Forschungsergebnisse benötigt. Da in der Fachliteratur nur wenige Autoren zum Thema Trauma und Behinderung publizieren, kommt die Autorenschaft zum Schluss, dass allgemein noch ein grosser

Forschungsbedarf in diesem Bereich besteht. Zudem werden auch fachliche Diskussionen über traumapädagogische Umsetzungsideen in der Praxis der Behindertenhilfe als sinnvoll erachtet. Solche oder ähnliche Bemühungen leisten einen wichtigen Beitrag dazu, konkrete Methoden für die Begleitung von traumatisierten Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen zu entwickeln. Denn eine Adaption traumapädagogischer Konzepte ist nur dann erfolgreich, wenn diese auch unterschiedlichsten Bedürfnissen entsprechen.

Angesichts der Tatsache, dass kognitiv beeinträchtigte Menschen oft verbale Kommunikationsschwierigkeiten haben, kann häufig kein direkter Zusammenhang zwischen der Traumafolgestörung und seinen Auslösern hergestellt werden. Dieser Umstand macht es schwierig, ein Trauma zu diagnostizieren. Aus diesem Grund benötigen sozialpädagogische Fachpersonen fundiertes Wissen und entsprechende Kompetenzen, insbesondere in den Bereichen Psychotraumatologie sowie traumapädagogische Konzepte. Deshalb ergibt sich die Frage, ob es nicht vorteilhaft wäre, dass die Thematik der Traumapädagogik in jedem Fall in der Ausbildung zur Sozialpädagogin oder zum Sozialpädagogen integriert wird. Das angeeignete Wissen könnte mittels Schulungen und Weiterbildungen in diesem Themenbereich ausgebaut werden. Dies könnte dazu beitragen, dass angehende Professionelle der Sozialpädagogik für das traumapädagogische Handeln in der Praxis, unter anderem in der Behindertenhilfe, vorbereitet sind.

Die Fachliteratur befasste sich bisher nur am Rande mit dem Thema Trauma und Behinderung. Die im Rahmen der vorliegenden Bachelor-Arbeit erarbeiteten Erkenntnisse weisen jedoch darauf hin, dass die Anwendung traumapädagogischer Konzepte in der Behindertenhilfe genauso zentral ist wie in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Denn eine Traumatisierung kann jede Person treffen – unabhängig vom Status, Alter oder Gesundheitszustand. Abschliessend stellen sich also folgende Fragen, welche mögliche Anknüpfungspunkte für weitere Anschlussarbeiten bieten: Gibt es Gründe aus der Praxis, weshalb der Traumapädagogik in der Behindertenhilfe bisher nur wenig Beachtung geschenkt wurde? Wenn ja, was müsste getan werden, um Institutionen dabei zu unterstützen, dies zu ändern? Wie könnten die in dieser Bachelor-Arbeit vorgeschlagenen Anpassungen traumapädagogischer Konzepte für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf die Anwendbarkeit und Wirksamkeit überprüft werden?

8. Literaturverzeichnis

- Amor, Ahmed (2015). Sexuelle Gewalt gegen Jungen und Männer mit einer so genannten geistigen Behinderung. In Ulrike Mattke (Hrsg.), *Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen* (S. 40 – 54). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- autismus Deutschland e.V. (ohne Datum). *Was ist Autismus?*. Gefunden unter <https://www.autismus.de/was-ist-autismus.html>
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autorenschaft.
- Baierl, Martin (2014). Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. In Silke Birgitta Gahleitner, Thomas Hensel, Martin Baierl, Martin Kühn & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. 72-87). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, Martin (2016). Mit Verständnis statt Missverständnis: Traumatisierung und Traumafolgen. In Martin Baierl & Kurt Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (3. Aufl., S. 21-46). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, Martin, Götz-Kühne, Cornelia, Hensel, Thomas, Lang, Birgit & Strauss, Jochen (2014). Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In Silke Birgitta Gahleitner, Thomas Hensel, Martin Baierl, Martin Kühn & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. 59-71). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bausum, Jacob (2013). Über die Bedeutung von Gruppe in der traumapädagogischen Arbeit in der stationären Jugendhilfe. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle et al. (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 175-186). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bausum, Jacob, Besser, Lutz Ulrich, Kühn, Martin & Weiss, Wilma (2013). Einleitung. In Jacob Bausum, Lutz Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 7-11). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bazuin, Anneke (2015). »Den Wolf der Freude füttern«. Materialien und Methoden bei der Beratung von sexuell traumatisierten Frauen mit Lernschwierigkeiten. In Ulrike Mattke (Hrsg.), *Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen* (S. 181–196). Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Bengel, Juergen, Becker-Nehring, Katharina & Hillebrecht, Jennifer (2019). Psychologische Frühinterventionen. In Andreas Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (5. Aufl., S. 189-216). Berlin: Springer.
- Biewer, Gottfried (2010). *Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik* (2. Aufl.). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Birbaumer, Niels & Schmidt, Robert Franz (2005). Kognitive Funktionen und Denken. In Robert Franz Schmidt, Lang Florian & Thews Gerhard (Hrsg.), *Physiologie des Menschen* (29. Aufl., S. 261). Berlin: Springer.
- Bober, Almuth (2018). Angebote Unterstützter Kommunikation in Wohnheimen für Menschen mit geistiger Behinderung. In Etta Wilken (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis* (5., überarb. Aufl., S. 262-296). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Brisch, Karl Heinz (2013). «Schütze mich, damit ich mich finde». Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In Jacob Bausum, Lutz Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3. Aufl., S. 150-166). Weinheim: Beltz Juventa.
- Brisch, Karl Heinz (2014). Die Bedeutung von Bindung in Sozialer Arbeit, Pädagogik und Beratung. In Alexander Trost (Hrsg.), *Bindungsorientierung in der sozialen Arbeit. Grundlagen, Forschungsergebnisse, Anwendungsbereiche* (S. 15-42). Dortmund: Borgmann.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (ohne Datum). *Menschen mit Behinderungen*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/behinderungen.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2019). *Gesundheitsstatistik 2019*. Neuenburg: Autorenschaft.
- Bundesarbeitsgemeinschaft [BAG] Traumapädagogik. (2011). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik*. Gefunden unter https://fachverband-traumapaedagogik.org/standards.html?file=files/bag-trauma/Dokumentationen%20und%20Protokolle/positionspapier_11-2011.pdf
- Bundesarbeitsgemeinschaft [BAG] Traumapädagogik. (2013). Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Das Positionspapier der BAG Traumapädagogik. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle et al. (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 84-103). Weinheim: Beltz Juventa.

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM]. (2021a). *Intelligenzstörung (F70-F79)*. Gefunden unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-f70-f79.htm>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM]. (2021b). *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)*. Gefunden unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-f40-f48.htm>
- Bundschuh, Konrad (2010). *Allgemeine Heilpädagogik. Eine Einführung*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Caspar, Franz, Irena, Pjanic & Westermann, Stefan (2018). *Klinische Psychologie*. Wiesbaden: Springer.
- Cooper, Sally-Ann, Smiley, Elita, Morrison, Jillian, Williamson, Andrew & Allan, Linda (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British journal of psychiatry, 2007 (190)*, 27-35.
- Crössmann, Gunter & Etzel, Reinhard (2012). Aggression und Gewalt in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Der Beitrag der Heimaufsicht zu Aspekten sicheren Handelns. In Johannes Heinrich (Hrsg.), *Akute Krise. Aggression. Aspekte sicheren Handelns bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 277-292). Marburg: Lebenshilfe.
- Dabbert, Lars (2017). Kapitel 10. Methodenbereiche und Haltungen in traumapädagogischen Handlungsfeldern. In David Zimmermann, Hans Rosenbrock & Lars Dabbert (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (S. 136-152). Weinheim: Beltz Juventa.
- Dalferth, Matthias (2004). Krisenintervention bei nichtsprechenden Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. In Ernst Wüllenweber & Georg Theunissen (Hrsg.), *Handbuch Krisenintervention. Band 2. Praxis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 153-174). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Denner, Silvia (2013). Vorwort. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle et al. (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 5-6). Weinheim: Beltz Juventa.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO.
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie [DeGPT]. (ohne Datum a). *Akute Belastungsreaktion*. Gefunden unter <https://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/posttraumatische-beschwerden/akute-belastungsreaktion>

- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie [DeGPT]. (ohne Datum b). *Komplexe posttraumatische Belastungsstörung*. Gefunden unter <https://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/wie-%C3%A4u%C3%9Fern-sich-traumafolgest%C3%B6run-gen/komplexe-posttraumatische-belastungsst%C3%B6rung>
- Došen, Anton (2018). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene* (2., überarb. Aufl.), (Karin Rast, Klaus Hennicke, Michael Seidel & Alice Velivassis, Übers.). Göttingen: Hogrefe (niederländ. Psychische stoornissen probleemgedrag en verstandelijke beperking. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen. Niederlande 2014).
- EUPATI (ohne Datum). *Epidemiologische Konzepte: Inzidenz und Prävalenz*. Gefunden unter <https://toolbox.eupati.eu/resources/epidemiologische-konzepte-inzidenz-und-praevalenz/?lang=de>
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (2020). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (5. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Fornefeld, Barbara (2020). *Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik* (6. Aufl.) München: Ernst Reinhardt.
- Fröhlich, Andreas (2015). *Basale Stimulation - ein Konzept für die Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen*. Düsseldorf: selbstbestimmtes leben.
- Gahleitner, Silke Birgitta, de Hair, Ingeborg Andreae, Weinberg, Dorothea & Weiss, Wilma (2014). Traumapädagogische Diagnostik und Intervention. In Silke Birgitta Gahleitner, Thomas Hensel, Martin Baierl, Martin Kühn & Marc Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik* (S. 251-279). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gahleitner, Silke Birgitta, Frank, Christina & Leitner, Anton (2015). Zur Einführung. In Silke Birgitta Gahleitner, Christina Frank & Anton Leitner (Hrsg.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik* (S. 9-18). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, Silke Birgitta, Loch, Ulrike & Schulze, Heidrun (2012). Psychosoziale Traumatologie – eine Annäherung. In Heidrun Schulze, Ulrike Loch & Silke Brigitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 6-53). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Gahleitner, Silke Birgitta & Schulze, Heidrun (2009). Psychosoziale Traumatologie – eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. *Klinische Sozialarbeit*, 5 (2), 4-7.

- Gesundheitsförderung Schweiz (2020). *Einfache Sprache ist nicht Leichte Sprache*. Gefunden unter <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/news/aktuelle-informationen/artikel/einfache-sprache-ist-nicht-leichte-sprache.html>
- Habel, Ute & Schneider, Frank (2012). Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). In Frank Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 341-349). Berlin: Springer.
- Habermann-Horstmeier, Lotte & Limbeck, Kira (2017). Burnout-Gefährdung in der Behindertenarbeit. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12 (1), 27–40.
- Hamburger, Franz (2012). *Einführung in die Sozialpädagogik* (3., überarb. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Hantke, Lydia & Görge, Hans-Joachim (2012). *Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann.
- Hecker, Tobias & Maercker, Andreas (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 60 (6), 547–562.
- Heinke, Fernanda, Richter, Lena, Grüter, Lena & Bering, Robert (2019). Psychosoziale Notfallversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen* 17 (2), 42–55.
- Hennicke, Klaus (2012). Zur Einführung: Traumatisierte Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung – Um was geht es und wie gross ist das Problem? In Klaus Hennicke (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung* (S. 7-13). Marburg: Lebenshilfe.
- Hesse, Wolfgang (2006). Menschen mit geistiger Behinderung aus psychologischer Sicht: Konzepte und Tätigkeitsfelder. In Ernst Wüllenweber, Georg Theunissen & Heinz Mühl (Hrsg.), *Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 171-186). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Irblich, Dieter (2005). Kapitel 20. Diagnostik posttraumatischer Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen. In Burkhard Stahl & Dieter Irblich (Hrsg.), *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch* (S. 399-411). Göttingen: Hogrefe.
- Irblich, Dieter (2012). Psychotraumatisierung bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung - Eine Herausforderung für Pädagogen und Therapeuten. In Klaus Hennicke (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung* (S. 32-64). Marburg: Lebenshilfe.

- Irblich, Dieter & Blumenschein, Astrid (2011). Traumatisierung geistig behinderter Menschen und pädagogische Handlungsmöglichkeiten. *Trauma und Gewalt*, 5 (1), 84-93.
- Kapfhammer, Hans-Peter (2016). Akute und posttraumatische Belastungsstörung. In Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux & Hans-Peter Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 1-76). Berlin: Springer.
- Kessler, Ronald C., Berglund, Patricia, Demler, Olga, Jin, Robert, Merikangas, Kathleen R. et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (6), 593-602.
- Kessler, Tanja (2016). Behindert uns nicht! Ansätze, Ideen und Entwicklungsaufgaben für eine Traumapädagogik in der Behindertenhilfe. In Wilma Weiss, Tanja Kessler & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 232-242). Weinheim: Beltz.
- Kipke, Ralph (2018). Trauma und Beruf. In Julia Schellong, Franziska Epple & Kerstin Weidner (Hrsg.), *Praxisbuch Psychotraumatologie* (S. 214-218). Stuttgart: Georg Thieme.
- Köllner, Volker & Maercker, Andreas (2011). Das diagnostische Spektrum der Traumafolgestörungen. Bedeutung für die Therapie, praktisches Vorgehen und Ausblick auf mögliche Änderungen in ICD-11 und DSM-V. *Trauma & Gewalt*, 5 (3), 236-247.
- Krautkrämer-Oberhoff, Maria & Haaser, Kristof (2013). Traumapädagogik und Jugendhilfe. Eine Institution macht sich auf den Weg – Werkstattbericht. In Jacob Bausum, Lutz Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3. Aufl., S. 68-90). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kruse, Johannes (2018). Geleitwort. In Julia Schellong, Franziska Epple & Kerstin Weidner (Hrsg.), *Praxisbuch Psychotraumatologie* (S. 7). Stuttgart: Georg Thieme.
- Kulig, Wolfram, Theunissen, Georg & Wüllenweber, Ernst (2006). Geistige Behinderung. In Ernst Wüllenweber, Georg Theunissen & Heinz Mühl (Hrsg.), *Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 116-127). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kühn, Martin (2006). *Bausteine einer „Pädagogik des Sichereren Ortes“*. Aspekte eines pädagogischen Umgangs mit (traumatisierten) Kindern in der Jugendhilfe aus der Praxis des SOS-Kinderdorfes Worpswede. Gefunden unter https://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/martin_kuehn.pdf
- Kühn, Martin (2013). «Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!». Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In Jacob Bausum, Lutz Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (S. 24-37). Weinheim: Beltz Juventa.

- Kühn, Martin & Bialek, Julia (2016). Behindertenpädagogik. Die Lehre vom »Anderssein«, eine zentrale wissenschaftliche Wurzel der Traumapädagogik. In Wilma Weiss, Tanja Kessler & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 67-78). Weinheim: Beltz.
- Kühn, Martin & Bialek, Julia (2017). Kapitel 1. Ein Sicherer Ort in einer behindernden Welt? In David Zimmermann, Hans Rosenbrock und Lars Dabbert (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (S. 20-34). Weinheim: Beltz Juventa.
- Landolt, Markus A. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, Markus A., Schnyder, Ulrich, Maier, Thomas, Schoenbucher, Verena & Mohler-Kuo, Meichun (2013). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents: A national Survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 26 (2), 209-216.
- Lang, Birgit (2013). Die PädagogInnen als Teil der Pädagogik. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle et al. (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 127-144). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lang, Thomas (2013). Bindungspädagogik – Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle et al. (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 187-217). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lauer, Ulla & Wüllenweber, Ernst (2020). Psychoedukation. Ein Ansatz zur Aufklärung, Beratung und Bewältigung bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten und Krisen. In Ernst Wüllenweber & Georg Theunissen (Hrsg.), *Zwischen Tradition und Innovation. Methoden und Handlungskonzepte in der Heilpädagogik und Behindertenhilfe* (S. 373-381). Marburg: Lebenshilfe.
- Maercker, Andreas (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Maercker, Andreas & Mareike Augsburg (2019). Die posttraumatische Belastungsstörung. In Andreas Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 13-45). Berlin: Springer.
- Maercker, Andreas, Hecker, Tobias, Augsburg, Mareike & Kliem, Sören (2018). ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206 (4), 270–276.

- Mertens, Krista (2020). Handlungskonzepte zum Wohlfühlen und zur Körperarbeit. 23. Snoezelen. Ein Angebot zum Wohlbefinden. In Ernst Wüllenweber & Georg Theunissen (Hrsg.), *Zwischen Tradition und Innovation. Methoden und Handlungskonzepte in der Heilpädagogik und Behindertenhilfe* (S. 163-171). Marburg: Lebenshilfe.
- Meyer, Hermann (2003). Geistige Behinderung – Terminologie und Begriffsverständnis. In Dieter Irblich & Burkhard Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder* (S. 4-30). Göttingen: Hogrefe.
- Neurologen und Psychiater im Netz (ohne Datum). *Was sind Anpassungsstörungen?*. Gefunden unter <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/anpassungsstoerungen/was-sind-anpassungsstoerungen>
- Niehoff, Dieter (2003). *Methoden in Heilpädagogik und Heilerziehungspflege. Basale Stimulation und Kommunikation* (1. Aufl.). Troisdorf: Bildungsverlag EINS GmbH.
- Riessbeck, Helmut & Riessbeck, Kerstin (2018). Trauma und Behinderung. In Julia Schellong, Franziska Epple & Kerstin Weidner (Hrsg.), *Praxisbuch Psychotraumatologie* (S. 224-230). Stuttgart: Georg Thieme.
- Roth, Erich (2020). *ProDeMa. Professionelles Deeskalationsmanagement*. Gefunden unter <https://erich-roth.ch/wp-content/uploads/2021/02/prodema-erich-roth-deeskalation-2020-11-03.pdf>
- Rothdeutsch-Granzer, Christina, Weiss, Wilma & Gahleitner, Silke, Birgitta (2015). Traumapädagogik – eine junge Fachrichtung mit traditionsreichen Wurzeln und hoffnungsvollen Perspektiven. In Silke Birgitta Gahleitner, Christina Frank & Anton Leitner (Hrsg.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik* (S. 171-185). Weinheim: Beltz Juventa.
- Sarimski, Klaus (2003). Kognitive Prozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung. In Dieter Irblich & Burkhard Stahl (Hrsg.), *Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder* (S. 148-204). Göttingen: Hogrefe.
- Scherwath, Corinna & Friedrich, Sibylle (2016). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung* (3., überarb. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Schirmer, Claudia (2013). Institutionelle Standards - Worauf es bei traumapädagogischen Konzepten in den Institutionen ankommt. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle et al. (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 241-267). Weinheim: Beltz Juventa.

- Schirmer, Claudia (2016). Die Entwicklung der traumapädagogischen Standards. Ein Meilenstein in der stationären Erziehungshilfe. In Wilma Weiss, Tanja Kessler & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 439-448). Weinheim: Beltz.
- Schröttle, Monika, Hornberg, Claudia, Glammeier, Sandra, Sellach, Brigitte, Kavemann, Barbara et al. (2012). *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland*. Gefunden unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94204/3bf4ebb02f108a31d5906d75dd9af8cf/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-kurzfassung-data.pdf>
- Schröttle, Monika (2015). Lebenssituationen und Gewalterfahrungen von Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung in Deutschland. In Ulrike Mattke (Hrsg.), *Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen* (S. 29–39). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Schock, Leone (2017). Kapitel 3. Die Umsetzung des Sicheren Ortes im «Jugendwohnen Al-Beit». In David Zimmermann, Hans Rosenbrock & Lars Dabbert (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (S. 47-56). Weinheim: Beltz Juventa.
- Schulze, Heidrun (2012). Alltag als Kerndimension Sozialer Arbeit mit traumatisierten Menschen. In Heidrun Schulze, Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 115-150). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Senckel, Barbara (2001). Die «Entwicklungsfreundliche Beziehung» - Ein Angebot für Menschen mit schwerer Verhaltensauffälligkeit. Gefunden unter https://sedip.de/media/senckel_b_2001_efb_fuer_verhaltensauffaelligkeit.pdf
- Senckel, Barbara (2008). Wunden, die die Zeit nicht heilt – Trauma und geistige Behinderung. In *Geistige Behinderung* 47 (3), 246–256.
- Senckel, Barbara (2011). *Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung* (4. Aufl.). München: C.H.Beck.
- Senckel, Barbara (2015). *Die Entwicklungsfreundliche Beziehung*. Gefunden unter <https://silo.tips/downloadFile/entwicklungsfreundliche-beziehung-nach-dr-senckel>
- Seubert, Andrew & McDonagh, John (2002). *EMDR mit geistig behinderten Menschen*. Gefunden unter: <https://www.traumatherapie.de/users/seubert/seubert.html>
- Sierck, Udo (2019). *Macht und Gewalt. Tabuisierte Realitäten in der Behindertenhilfe*. Weinheim: Beltz Juventa.

- Spaett, Thomas (2019). Begleitung von erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nach kritischen Lebensereignissen. *Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen* 17 (2), 30–41.
- Stöppler, Reinhilde (2014). *Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung*. München: Ernst Reinhardt.
- Theunissen, Georg (2005). *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten* (4. Aufl.). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Theunissen, Georg (2021). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Basiswissen für Erziehung, Unterricht, Förderung und Therapie* (7., überarb. Aufl.). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Urban-Stahl, Ulrike (2018). Anwaltschaft. In Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch, Rainer Treptow & Holger Ziegler (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (6., überarb. Aufl., S. 78-87). München: Ernst Reinhardt.
- Uttendörfer, Jochen (2008). Traumazentrierte Pädagogik. Von der Entwicklung der Kultur eines „Sicheren Ortes“. *Unsere Jugend*, 60 (2), 50-65.
- Watzlawick, Paul, Bavelas, Janet Beavin & Jackson, Don D. (1982). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien* (6. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Weiss, Wilma (2013a). Selbstbemächtigung - ein Kernstück der Traumapädagogik. In Jacob Bausum, Lutz Ulrich Besser, Martin Kühn & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3. Aufl., S. 167-181). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma (2013b). Selbstbemächtigung/ Selbstwirksamkeit – ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle et al. (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 145-156). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma (2016a). Die Pädagogik der Selbstbemächtigung. Eine Einführung. In Wilma Weiss, Tanja Kessler & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 93-105). Weinheim: Beltz.
- Weiss, Wilma (2016b). Die Pädagogik der Selbstbemächtigung. Eine traumapädagogische Methode. In Wilma Weiss, Tanja Kessler & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 290-302). Weinheim: Beltz.
- Weiss, Wilma (2016c). Traumapädagogik: Entstehung, Inspirationen, Konzepte. In Wilma Weiss, Tanja Kessler & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 20-32). Weinheim: Beltz.

- Weiss, Wilma (2017). Quo vadis Traumapädagogik? Inspirationen, Konzepte, Fragen. In Jäckle Monika, Bettina Wuttig & Christian Fuchs (Hrsg.), *Handbuch Trauma – Pädagogik – Schule* (S. 634-654). Bielefeld: transcript.
- Weiss, Wilma (2018). Philipp sucht sein Ich. *Pädiatrie & Pädologie*, 53 (1), 32–35.
- Weiss, Wilma (2021). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (9. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weiss, Wilma & Schirmer, Claudia (2013). Wertschätzung als Grundhaltung. In Birgit Lang, Claudia Schirmer, Thomas Lang, Ingeborg Andreae de Hair, Thomas Wahle et al. (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 112-126). Weinheim: Beltz Juventa.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (2018). *WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11)*. Gefunden unter [https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)#:~:text=WHO%20releases%20new%20International%20Classification%20of%20Diseases%20%28ICD,releasing%20its%20new%20International%20Classification%20of%20Diseases%20%28ICD-11%29](https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)#:~:text=WHO%20releases%20new%20International%20Classification%20of%20Diseases%20%28ICD,releasing%20its%20new%20International%20Classification%20of%20Diseases%20%28ICD-11%29)
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (2021a). *QD85 Burnout*. Gefunden unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (2021b). *6B41 Complex post traumatic stress disorder*. Gefunden unter <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>
- Wilken, Etta (2018). Kommunikation und Teilhabe. In Etta Wilken (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation. Eine Einführung in Theorie und Praxis* (5., überarb. Aufl., S. 7-17). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Winkler, Michael (2018). Allgemeine Pädagogik und Sozialpädagogik. In Hans-Uwe Otto, Hans Thiersch, Rainer Treptow & Holger Ziegler (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (6., überarb. Aufl., S. 59-67). München: Ernst Reinhardt.
- Wolfrum, Gerhard (2010). Was ist Psychotraumatologie?. *Trauma und Berufskrankheit*, 12 (4), 271-283.
- Wüllenweber, Ernst (2001). Behindertenpädagogische Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. In Ernst Wüllenweber & Georg Theunissen (Hrsg.), *Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung* (S. 141-160). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Zimmermann, David, Rosenbrock, Hans & Dabbert Lars (2017). Einleitung. In David Zimmermann, Hans Rosenbrock & Lars Dabbert (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (S. 9-17). Weinheim: Beltz Juventa.