

Auswirkungen von Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Eine quantitative Forschungsarbeit zu den Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten für sozialpädagogische Fachpersonen im stationären Wohnbereich



Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Studienrichtung Sozialpädagogik

Luzia Fischer

08 | 2021

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialpädagogik**
Kurs **TZ 2017-2021**

Luzia Fischer

**Auswirkungen von Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen
mit kognitiver Beeinträchtigung**

**Eine quantitative Forschungsarbeit zu den Herausforderungen und
Unterstützungsmöglichkeiten für sozialpädagogische Fachpersonen im
stationären Wohnbereich**

Diese Arbeit wurde am 16.08.2021 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).

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

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. Sozialpädagogisches 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 Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen 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

In der stationären Arbeit mit erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung können sich Traumafolgestörungen in einer breiten Palette an Verhaltensweisen und Beziehungsdynamiken zeigen, welche für alle Beteiligten sehr herausfordernd sind und für sozialpädagogische Fachpersonen eine hohe Belastung darstellen. Im Rahmen dieser Arbeit wird durch das Beschreiben von psychotraumatologischen Erkenntnissen ein Verständnis für die Besonderheiten und erhöhte Prävalenz von Trauma und Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung geschaffen.

Mittels einer Online-Umfrage wurden sozialpädagogische Fachpersonen befragt, welche Verhaltensweisen sie als besonders herausfordernd wahrnehmen, wie sich bei ihnen die Belastung auswirkt und welche Unterstützungsmöglichkeiten sie am hilfreichsten empfinden. Die Belastung ist für viele der Umfrageteilnehmenden gross, einerseits wegen dem unverhofften Auftreten und der Unberechenbarkeit der Verhaltensweisen, welche einen hohen Handlungsdruck auslösen und dem starken emotionalen Involviertsein, andererseits auch wegen strukturellen Faktoren.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass viele der Unterstützungsmöglichkeiten, welche von den Umfrageteilnehmenden gewünscht werden, in der Pädagogik des Sicheren Ortes vorgeschlagen werden. Daher wird dieses Konzept aus der Traumapädagogik, welches als eine mögliche Grundlage für die konzeptionelle Entwicklung von traumasensiblen Institutionen verstanden werden kann, in dieser Arbeit eingeführt.

Die Ergebnisse aus der Forschungsarbeit führen zu Handlungsempfehlungen für die Wissenschaft und Lehre, sowie auf institutioneller und individueller Ebene.

Dank

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die zur Erstellung dieser Bachelor-Arbeit beigetragen haben. An erster Stelle möchte ich mich herzlich bei allen Fachpersonen bedanken, welche sich so zahlreich und engagiert an der Umfrage beteiligt haben und auch deren Vorgesetzten, dass sie das Interesse an der Umfrage in ihr Team gebracht haben. Auch allen Fachpersonen, welche mich mit wertvollen Tipps bezüglich geeigneter Institutionen und spannenden Fachdiskussionen unterstützt haben, gilt ein besonderer Dank. Weiter möchte ich mich bei Stefania Calabrese und Anita Glatt für die fachlichen Inputs bedanken. Ein grosses Dankeschön geht auch an meinen Partner und meine Eltern für die Unterstützung mit spannenden Fachdiskussionen und den Korrekturlesungen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----|
| Abstract..... | I |
| Dank | II |
| Inhaltsverzeichnis..... | III |
| Abbildungsverzeichnis..... | V |
| Tabellenverzeichnis..... | V |
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Ausgangslage..... | 1 |
| 1.2 Ziele, Fragestellungen und Aufbau der Arbeit | 3 |
| 1.3 Zentrale Begriffe und deren Verwendung | 5 |
| 2 Psychotraumatologie | 6 |
| 2.1 Definition von Trauma | 6 |
| 2.2 Traumaereignisse und Trauma-Typen | 7 |
| 2.3 Mechanismus und Verlauf der Traumatisierung | 8 |
| 2.4 Traumafolgestörungen..... | 10 |
| 2.4.1 Typisierung von Traumafolgestörungen | 10 |
| 2.4.2 Traumafolgestörungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung..... | 12 |
| 2.5 Prävalenz von Trauma und Traumafolgestörungen..... | 13 |
| 2.6 Traumatisierung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung | 14 |
| 2.6.1 Trauma-fördernde Lebensbedingungen und -erfahrungen..... | 15 |
| 2.6.2 Auswirkung kognitiver Beeinträchtigung in der traumatischen Situation..... | 16 |
| 2.6.3 Fehlen von unterstützenden Bedingungen..... | 17 |
| 2.6.4 Erschwerter Verarbeitungsprozess eines Traumas..... | 18 |
| 2.7 Fazit Psychotraumatologie..... | 19 |
| 3 Auswirkung von Traumafolgestörungen auf sozialpädagogische Fachpersonen | 20 |
| 3.1 Herausfordernde Verhaltensweisen | 21 |
| 3.2 Traumatisch geprägte Beziehungsdynamiken | 22 |
| 3.2.1 Reininszenierung | 22 |
| 3.2.2 Übertragung und Gegenübertragung | 23 |
| 3.3 Belastung von Mitarbeitenden | 25 |
| 3.4 Fazit Auswirkungen Traumafolgestörungen | 28 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4 | Traumapädagogik..... | 29 |
| 4.1 | Begriffsverständnis Traumapädagogik..... | 29 |
| 4.2 | Pädagogik des Sicheren Ortes – die pädagogische Triade | 30 |
| 4.3 | Fazit Traumapädagogik | 33 |
| 5 | Forschungsteil: Methodisches Vorgehen..... | 34 |
| 5.1 | Fragestellung..... | 34 |
| 5.2 | Vorgehen..... | 34 |
| 5.2.1 | Erhebungsmethode..... | 35 |
| 5.2.2 | Stichprobenauswahl..... | 35 |
| 5.2.3 | Entwicklung des Fragebogens..... | 36 |
| 5.2.4 | Durchführung der Umfrage..... | 37 |
| 5.2.5 | Datenauswertung..... | 37 |
| 5.3 | Detaillierte Stichprobenbeschreibung | 38 |
| 5.3.1 | Umfrage-Teilnehmer*innen..... | 38 |
| 5.3.2 | Arbeitsumfeld..... | 39 |
| 6 | Darstellung der Forschungsergebnisse | 41 |
| 6.1 | Trauma und Traumafolgestörungen bei Bewohner*innen | 41 |
| 6.2 | Herausforderungen im Umgang mit Traumafolgestörungen | 44 |
| 6.3 | Unterstützungsmöglichkeiten / -angebote..... | 48 |
| 6.4 | Verankerung des Themas Trauma in Institutionen und bei Mitarbeitenden | 51 |
| 7 | Diskussion der Forschungsergebnisse..... | 54 |
| 7.1 | Trauma und Traumafolgestörungen bei Bewohner*innen | 54 |
| 7.2 | Herausforderungen im Umgang mit Traumafolgestörungen | 55 |
| 7.3 | Unterstützungsmöglichkeiten / -angebote..... | 58 |
| 7.4 | Verankerung des Themas Trauma in Institutionen und bei Mitarbeitenden | 62 |
| 8 | Schlussfolgerungen | 63 |
| 8.1 | Fazit Forschungsergebnisse | 63 |
| 8.2 | Bedeutung für die Sozialpädagogik..... | 65 |
| 8.3 | Ausblick | 68 |
| 9 | Quellen..... | 69 |
| 10 | Anhang: Online-Umfrage | 75 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|---------------|---|----|
| Abbildung 1. | Die Dynamik der Übertragung und Gegenübertragung | 24 |
| Abbildung 2. | Pädagogische Triade in der Pädagogik des Sicheren Ortes | 31 |
| Abbildung 3. | Vorgehen in der Forschungsarbeit | 34 |
| Abbildung 4. | Personenspezifische Informationen der Umfrageteilnehmenden | 38 |
| Abbildung 5. | Grösse der Gesamtinstitutionen (a) und der Wohngruppen(b) | 39 |
| Abbildung 6. | Teamgrössen (a), Dienstformen (b) und Betreuungsschlüssel (c) | 40 |
| Abbildung 7. | Kenntnisstand über das Vorhandensein von Traumata bei Bewohner*innen | 41 |
| Abbildung 8. | Erkennen verschiedener Symptomatiken einer Traumafolgestörung | 42 |
| Abbildung 9. | Von Mitarbeitenden erlebte Traumafolgestörungen der Bewohner*innen | 43 |
| Abbildung 10. | Stärke der Herausforderung, geordnet nach Prävalenz der Verhaltensform | 44 |
| Abbildung 11. | Faktoren welche die Herausforderung ausmachen können | 46 |
| Abbildung 12. | Durch herausfordernde Situationen und Verhaltensweisen ausgelöste Gefühle und die damit zusammenhängende Belastungsstärke | 47 |
| Abbildung 13. | Hilfreiche Unterstützungsangebote IN einer herausfordernden Situation | 48 |
| Abbildung 14. | Hilfreiche Unterstützungsangebote NACH einer herausfordernden Situation | 49 |
| Abbildung 15. | Gewünschte Unterstützung für das Erkennen von und Umgang mit herausfordernden Situationen infolge Traumafolgestörungen | 51 |
| Abbildung 16. | Verankerung des Themas Trauma/Traumafolgestörungen in der Institution/Team (a) und bei den Mitarbeitenden (b) | 52 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|------------|--|---|
| Tabelle 1. | Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse | 7 |
|------------|--|---|

1 Einleitung

In stationären Wohngruppen für erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung gibt es in der Betreuungsarbeit immer wieder herausfordernde Situationen und Interaktionen, welche sowohl die Bewohnenden als auch die begleitenden sozialpädagogischen Fachpersonen stark belasten können. In dieser Arbeit sollen solche herausfordernde Situationen und Interaktionen mit dem besonderen Fokus auf mögliche Traumafolgestörungen der Bewohner*innen untersucht werden.

In Kapitel 1 werden die Ausgangslage und die Relevanz für die Praxis und die Disziplin der Sozialen Arbeit beschrieben. Daraus werden die Ziele und Fragestellungen abgeleitet und zugleich wird auch der Aufbau der Bachelorarbeit beschrieben. Zum Schluss wird der für diese Arbeit zentrale Begriff der kognitiven Beeinträchtigung erläutert.

1.1 Ausgangslage

Verschiedene Studien zeigen, dass bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sowohl die Prävalenz für das Erleben traumatischer Situationen als auch diejenige für das Entwickeln einer Traumafolgestörung signifikant erhöht ist (Klaus Henricke, 2015, S. 8; Barbara Senkel, 2008, S. 246). Solche Traumafolgestörungen können einen grossen Einfluss auf den Alltag der Betroffenen haben und sich unter anderem in herausfordernden Verhaltensweisen oder traumatisch geprägte Beziehungsdynamiken zeigen (Stefania Calabrese & Eva Büschi, 2019, S. 138; Marc Schmid, Jennifer Erb, Sophia Fischer, Nina Kind & Jörg M. Fegert, 2017, S. 33). So können in stationären Wohngruppen für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung immer wieder herausfordernde Situationen und Interaktionen entstehen, welche im Zusammenhang mit einem erlebten Trauma stehen.

Der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen der Klientel und traumatisch geprägten Beziehungsdynamiken kann für die sozialpädagogischen Fachpersonen eine grosse Belastung und eine hohe emotionale Beteiligung bedeuten (David Zimmermann, 2017, S. 39-40). So können die Fachpersonen mit heftigen eigenen Gefühlen konfrontiert werden, welche sie nicht einordnen können, da diese eigentlich «zur Klientel gehören», aber in der traumatisch geprägten Beziehungsdynamik übernommen werden (Birgit Lang, 2013, S. 220-221). So zeigt eine epidemiologische Studie zur Thematik Traumafolgestörungen in der Kinder- und Jugendhilfe, dass 90% der Mitarbeitenden häufige Belastungssituationen und Grenzüberschreitungen erleben,

welche ihre psychische Gesundheit belasten und bei einem Teil von ihnen kurz- bis langfristigen Belastungssymptome wie Burnout, Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder Sekundärtrauma hervorgerufen haben (Célia Steinlin et al., 2015a, S. 12–15).

Die Themen Trauma und Traumafolgestörungen bei Menschen mit Beeinträchtigung wurden jedoch lange aus pädagogischen Arbeitsfeldern ausgeklammert und stark den psychologisch-therapeutischen Wirkungsfeldern zugeschrieben (Corinna Scherwath & Sibylle Friedrich, 2020, S. 13). In den letzten Jahren ist die Trauma-bezogene Arbeit nun immer mehr in den Fokus der Fachwelt der Sozialen Arbeit gerückt, weil die Forschung der Psychotraumatologie aufgezeigt hat, dass gerade Adressat*innen sozialpädagogischer Hilfen ein höheres Risiko für traumatische Erfahrungen aufweisen und so auch oftmals belastende Biografien und Traumafolgestörungen aufweisen. So werden seit einigen Jahren vermehrt interdisziplinäre Erkenntnisse der Psychotraumatologie und Neurophysiologie auch in pädagogischen Wirkungsfeldern beachtet (Martin Kühn, 2013, S. 25).

Da die Thematik jedoch vor allem im Bereich von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung noch relativ wenig wissenschaftlich erforscht ist, ist einerseits das Erklärungswissen limitiert, weshalb diese Menschen häufiger Traumata haben, andererseits fehlt es an hilfreichen Empfehlungen und Konzepten für die Praxis.

So gibt es in der stationären Kinder- und Jugendhilfe seit mehreren Jahren Standards für traumapädagogische Konzepte, welche in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen umgesetzt werden (Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik, 2011). Zum Umgang mit Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung besteht bisher jedoch wenig Literatur und Forschung. Die Entwicklung von traumapädagogischen Konzepten und Methoden steht gemäss Tanja Kessler (2016b) in der stationären Betreuung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung noch ganz am Anfang (S. 241).

Im Auftrag der Sozialen Arbeit, Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren (AvenirSocial, 2010, S. 6), sind sozialpädagogische Fachpersonen „als ganzer Mensch“ (im Sinne von körperlich, kognitiv und emotional) involviert und engagiert. Um diesen Auftrag gut ausführen zu können, ist es daher von grosser Wichtigkeit, dass es den Fachleuten als Person gut geht.

Die vorgängigen Ausführungen zeigen, dass Fachpersonen im Umgang mit Menschen mit Traumafolgestörungen immer wieder durch herausfordernde Situationen an ihre Grenzen gebracht werden können und emotional stark involviert werden, was zu Überlastung führen kann.

Daher ist es wichtig, passende Unterstützungsmöglichkeiten für die Fachpersonen zu suchen und zu erschaffen. Als Basis dafür braucht es aber Wissen über die konkreten Herausforderungen und Bedürfnisse der Fachpersonen. In Bezug auf den Umgang mit Traumafolgestörungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung gibt es dazu aber bisher keine Erhebungen.

1.2 Ziele, Fragestellungen und Aufbau der Arbeit

In dieser Arbeit soll daher einerseits erörtert werden, weshalb sich Traumafolgestörungen gerade bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung so ausgeprägt im Alltag zeigen können. Andererseits auch, inwiefern sozialpädagogische Fachpersonen in der Arbeit mit dieser Klientel mit solchen Traumafolgestörungen in Berührung kommen, was für sie die Herausforderungen im Umgang damit darstellen und inwiefern es bei ihnen dadurch zu Belastungen kommt. Weiter soll untersucht werden, was in diesem Berufsfeld gewünscht und gebraucht wird, damit die Belastung der Mitarbeitenden durch herausfordernde Situationen infolge Traumafolgestörungen der Klientel reduziert werden kann.

Teil Literaturrecherche

Der erste Teil dieser Arbeit ist einer Literaturrecherche gewidmet, um einen fachlichen Hintergrund zu erarbeiten. So wird in **Kapitel 2** ein Hintergrund gegeben zur Psychotraumatologie und dabei ein spezieller Fokus auf die Zusammenhänge von kognitiver Beeinträchtigung und Trauma gelegt, um folgende Frage zu erörtern:

Was ist die Problematik bei Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung?

Darauf aufbauend soll in **Kapitel 3** der aktuelle Wissens- und Forschungsstand über die Auswirkungen von Traumafolgestörungen von erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auf Interaktionen und auf sozialpädagogische Fachpersonen dargestellt werden. Dabei sollen mögliche Zusammenhänge zwischen Traumafolgestörungen und herausfordernden und belastenden Situationen in der Interaktion von Mitarbeitenden und Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung aufgezeigt werden, um folgende Fragen zu beantworten:

Inwiefern können sich Traumafolgestörungen erwachsener Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auf sozialpädagogische Fachpersonen auswirken?

In **Kapitel 4** soll ein kurzer Einblick in die Traumapädagogik gewährt und dabei die Unterstützungsmöglichkeiten für Fachpersonen durch dieses Konzept aufgezeigt werden. In der stationären Kinder- und Jugendhilfe werden in der Arbeit mit Trauma-Betroffenen seit mehreren Jahren traumapädagogische Konzepte angewendet, in der Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung jedoch noch kaum. Basierend auf der Annahme, dass solche traumapädagogische Konzepte auch für die Arbeit mit traumatisierten Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung hilfreich sein können, soll folgende Frage beleuchtet werden:

Inwiefern schlagen traumapädagogische Konzepte Unterstützungsmöglichkeiten für sozialpädagogische Fachpersonen vor?

Teil Forschungsarbeit

Im zweiten Teil dieser Bachelorarbeit, dem Forschungsteil, ist das Ziel die Erforschung von Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten für sozialpädagogische Fachpersonen in der Arbeit mit Traumafolgestörungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung mittels einer Umfrage, woraus folgende Forschungsfrage beantwortet werden soll:

Welches sind die Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten für sozialpädagogische Fachpersonen im Umgang mit Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung?

Dabei wird in **Kapitel 5** das methodische Vorgehen der Forschung vorgestellt, in **Kapitel 6** werden die Forschungsergebnisse dargestellt. In **Kapitel 7** werden diese Ergebnisse diskutiert und interpretiert und in Zusammenhang mit dem theoretischen Teil gestellt.

In den Schlussfolgerungen in **Kapitel 8** wird die Forschungsfrage zusammenfassend beantwortet und aus den Ergebnissen des Forschungsteils und dem theoretischen Hintergrund sollen Empfehlungen für die Forschung und Praxis abgegeben werden:

Welche Handlungsempfehlungen können für die Sozialpädagogik mit Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung abgeleitet werden?

1.3 Zentrale Begriffe und deren Verwendung

In diesem Kapitel wird der relevante Begriff **'kognitive Beeinträchtigung'** erläutert, weitere zentrale Definitionen und Begriffe werden in den jeweiligen Kapiteln erklärt.

In dieser Arbeit wird der Begriff **kognitive Beeinträchtigung** verwendet. Auf den Gebrauch des Begriffs «geistige Behinderung» wird verzichtet, obwohl er in der Fachliteratur noch oft verwendet wird.

Die Definition einer kognitiven Beeinträchtigung orientiert sich in der vorliegenden Arbeit einerseits an der Klassifikation des ICD 10, worin der Begriff Intelligenzminderung verwendet wird:

Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. (DIMDI, 2020)

Seit einiger Zeit wird kognitive Beeinträchtigung jedoch nicht mehr nur auf die Intelligenz, respektive den IQ eines Menschen bezogen. So erlaubt andererseits die ICF-Klassifikation der WHO eine umfassendere Perspektive auf den Beeinträchtigungs- respektive Behinderungsbegriff, welche eine Beeinträchtigung als Wechselspiel zwischen Individuum und Umwelt, also nicht nur personeninhärent, definiert (Stefania Calabrese, 2017, S. 20).

Dabei werden mit ICF keine Personen klassifiziert, sondern Situationen beschrieben, was erlaubt anzuerkennen, dass Lebenswelten die Funktionsfähigkeit einer Person sowie ihre Partizipationsfähigkeit unterstützen, oder aber auch beeinträchtigen können. Es wird von einem dynamischen Zusammenwirken von bio-psycho-sozialen Faktoren ausgegangen, wobei Behinderung als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen gesehen wird, um eine Lebenssituationen zu bewältigen und am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren (DIMDI, 2005, S. 4; Georg Theunissen, 2011, S. 34). Dieses Konzept widerspiegelt sich auch in der Definition der WHO:

Geistige Behinderung bedeutet eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz). Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung. (WHO, ohne Datum)

2 Psychotraumatologie

Was genau ist ein Trauma und wodurch kann ein Trauma ausgelöst werden? Welche Folgen kann ein Trauma haben und wie wirken sie sich im Alltag aus? Die Psychotraumatologie befasst sich mit genau solchen Fragen. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Grundlagen zum Thema Trauma und Traumafolgestörungen dargestellt. Dabei richtet sich der Fokus auf Traumata und Traumafolgestörungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung.

2.1 Definition von Trauma

Das Wort Trauma stammt ursprünglich aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung. Im Bereich der Psychotraumatologie und Psychologie bezeichnet der Begriff Trauma eine Verletzung der menschlichen Psyche, deshalb wird in der Literatur auch der Begriff psychisches Trauma verwendet. Verursacht werden kann ein Trauma durch das Erleben eines kurz oder lang anhaltenden Ereignisses, welches existenziell bedrohlich oder von katastrophalem Ausmass ist und bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung und intensive Angst auslöst (DIMDI, 2020).

In einer traumatischen Situation sind durch die äusseren Gegebenheiten die angeborenen menschlichen Überlebensstrategien wie Reaktion mit Flucht oder Widerstand ausser Kraft gesetzt. Dies löst bei Betroffenen das Gefühl von Kontrollverlust, Angst und schutzlosem Ausgeliefertsein aus (Silke Birgitta Gahleitner, Ulrike Loch & Heidrun Schulze, 2012, S. 6). Dieser Moment der absoluten Hilflosigkeit und Handlungsunfähigkeit, ohne jegliche Bewältigungsmöglichkeiten oder Ausweg aus der Situation, stellt den Kern einer Traumatisierung dar (Schmid et al., 2017, S. 8).

Gottfried Fischer und Peter Riedesser (1998) beschreiben ein Trauma als «(...) ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirkt» (S. 79). Traumatisierend im Sinne einer Verletzung der Psyche wird das Erlebnis durch die persönliche Bedeutungszuschreibung und individuelle Reaktion darauf (Julia Schellong, 2013, S. 28). Diese Beschreibungen zeigen die grosse Bedeutung des subjektiven Erlebens und der individuellen Bewältigungsmöglichkeiten in einem traumatischen Geschehen auf. Genau diese Aspekte sollen im Verlauf des Kapitels noch detaillierter mit dem Fokus auf eine kognitive Beeinträchtigung beleuchtet werden.

2.2 Traumaereignisse und Trauma-Typen

Wie aus der vorangegangenen Definition ersichtlich wurde, ist eine traumatische Situation nicht von sich aus traumatisierend. Das subjektive Erleben der betroffenen Person muss bei einem Trauma stets mitberücksichtigt werden. Dabei können potenziell traumatische Situationen vielfältig sein, und beinhalten gemäss Schellong (2013) mindestens einen der folgenden Aspekte (S. 28):

- Angriffe auf die Integrität des Selbst
- Bedrohung von Leib und Leben wie schwere körperliche Verletzungen oder sexuelle Gewalt
- Mit ansehen zu müssen, wie jemand anderer in seinem Leben akut bedroht ist

Dabei lassen sich diese Ereignisse in menschlich verursachte (interpersonelle) vs. zufällige (akzidentielle) einteilen. Eine weitere Unterscheidung betrifft den zeitlichen Aspekt der Situation. So wird ein Typ-I-Trauma (Monotrauma) durch ein einmaliges belastendes Ereignis ausgelöst, wohingegen das Typ-II-Trauma durch wiederholte und langfristige Situationen der seelischen und eventuell auch körperlichen Verletzung verursacht wird (Christiane Eichenberg & Peter Zimmermann, 2017, S. 14; Martin Sack, Ulrich Sachsse & Julia Schellong, 2013, S.3).

Gemäss Tobias Hecker & Andreas Maercker (2015) werden **Typ-I-Traumata** meist durch Ereignisse ausgelöst, welche geprägt sind durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung (S. 549). Aus diesem Typ-I resultieren eher klassische Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, siehe Kapitel 2.6.1).

| Traumata | Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig/unerwartet) | Typ-II-Traumata (wiederholt/lang andauernd/unvorhersehbar) |
|-----------------------|---|---|
| Akzidentell | <ul style="list-style-type: none"> • Schwerer Unfall • kurze Naturkatastrophe (z.B. Bergsturz, Wirbelwind) | <ul style="list-style-type: none"> • Lang andauernde Katastrophe (z. B. Überschwemmung) |
| Interpersonell | <ul style="list-style-type: none"> • Körperliche/kriminelle Gewalt • Ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall) • Sexueller Übergriff (z. B. Vergewaltigung) | <ul style="list-style-type: none"> • Sexueller Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter über längere Zeit • Emotionale Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch • Gewalt oder Vernachlässigung im Rahmen eines nahen Beziehungsgefüges • Kriegserleben, Folter, Gefangenschaft |

Tab. 1 Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (nach Hecker & Maercker 2015, S. 549, ergänzt mit Schellong, 2013, S. 28)

Ein **Typ-II-Trauma** hingegen zeichnet sich durch die Kumulation verschiedener traumatischer Einzelereignisse oder durch ein langanhaltendes, respektive wiederkehrendes Ereignis aus. Die Folgen für die Betroffenen sind dabei oft schwerwiegender als bei Monotraumatisierungen und sie können zu einer besonders schweren symptomatischen Reaktion führen, der sogenannten Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS, siehe Kapitel 2.6.1.; Gahleitner, Loch & Schulze, 2012, S. 7; Hecker & Maercker, 2015, S. 549).

Gemäss Eichenberg und Zimmermann (2017) können langfristige traumatische Situationen bereits in frühen Lebensjahren durch Misshandlungen oder Vernachlässigung beginnen, oftmals auch im familiären Umfeld (S. 14). Senkel (2008) erwähnt bei solchen langfristig erlebten traumatisierenden Lebensbedingungen den Begriff Mikrotraumata. Die Kumulation von zahllosen, klein erscheinenden oder von aussen kaum wahrnehmbaren Verletzungen kann über die Zeit für die Betroffenen zu einer intensiven Belastung anwachsen und «schleichend» zu einem substanzialen Trauma führen (S. 246-247). Dieser schleichende Prozess der Traumatisierung ist für Aussenstehende schlecht erkennbar, da er ohne dramatische oder abrupte Veränderungen einhergehen kann. Dabei besteht für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung gerade durch ihre Beeinträchtigung und ihre Lebensumstände im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigung vermehrt die Gefahr, solche Mikrotraumata schon früh im Kindesalter und durch ihr ganzes Leben erleben zu müssen (siehe Kapitel 2.6).

2.3 Mechanismus und Verlauf der Traumatisierung

Gemäss Eichenberg und Zimmermann (2017) kann bei einer Traumatisierung die Entstehung von Beschwerden und Symptomen als prozesshaftes Geschehen mit einem Entwicklungsverlauf verstanden werden (S. 25). Am Anfang einer Traumatisierung steht dabei immer ein potenziell traumatisierendes Erlebnis. Dieses wird im Verlaufsmodell der Traumatisierung von Fischer und Riedesser (1998) die **traumatische Situation** genannt. Gefolgt wird diese von der **traumatischen Reaktion**, welche bei einer möglichen Verarbeitung in die Erholungsphase, sonst aber in den **traumatischen Prozess** übergehen kann, welcher zu Traumafolgestörungen führen kann. Die Phasen des Modells stehen dabei in einem dynamischen Verhältnis zueinander, wobei sie nacheinander, parallel zueinander und auch wiederholend vorkommen können (S. 59-60).

Eine **traumatische Situation** ist geprägt durch eine unmittelbare Gefahr für das Leben und die körperliche und seelische Unversehrtheit der betroffenen Person. Gemäss Schmid et al. (2017) wird aufgrund der grossen Bedrohlichkeit der Situation für die Betroffenen eine physiologische Stressreaktion ausgelöst, welche die angeborenen Überlebensstrategien Kampf und/oder Flucht

aktiviert. Die Situation wird dann zu einer traumatischen, wenn die Möglichkeiten sowohl zum Kampf als auch zur Flucht ausgeschöpft oder verunmöglicht sind, wodurch die Betroffenen Gefühle der absoluten Hilflosigkeit, Ohnmacht und des Ausgeliefertseins empfinden (S. 8). Hier setzen schliesslich die letzten archaischen Selbstschutzreaktionen ein. Diese bestehen aus Erstarren (Freeze), Wahrnehmungsverzerrung und -ausblendung und dissoziativen Phänomenen. Dies kann als eine Art Lähmung verstanden werden, die bewirkt, dass der Mensch sich innerlich vom Geschehen distanzieren kann (Scherwath & Friedrich, 2020, S. 23).

Durch diese Freeze-Reaktion wird jedoch die Informationsverarbeitungsmöglichkeit im Gehirn stark eingeschränkt. Dies bewirkt, dass das Erlebte nicht geordnet gespeichert wird, sodass einzelne Sinneseindrücke oder gesamte Situationen nicht zusammenhängend, sondern nur bruchstückhaft erfasst werden. Es kommt zu einer Fragmentierung des Erlebten, was mit der Zersplitterung eines Spiegels verglichen werden kann. Dies führt dazu, dass nicht mehr erkennbar ist, *was* geschehen ist, sondern nur noch erkennbar ist, *dass* etwas geschehen ist (Michaela Huber, 2003, S. 43-44). So wird gemäss Gahleitner, Loch und Schulze (2012) das traumatische Erlebnis hirnpfysiologisch als vorsprachliche Erfahrungen im impliziten Gedächtnis gespeichert und wird nicht im expliziten, d.h. kognitiven Gedächtnis abgelegt (S. 6).

Auf die traumatische Situation folgt gemäss Fischer und Riedesser (1998) die **traumatische Reaktion**. Nach der ersten Phase, geprägt von einer Reizüberflutung und überschüssenden Affekten, ist die zweite Phase geprägt von Vermeidungsverhalten, wobei quälende Erinnerungen verdrängt werden und Situationen, welche Erinnerungen an das Trauma hervorrufen könnten, gemieden werden. Bei einer Lockerung dieses Vermeidungsverhaltens kommt es zum Übergang in die dritte Phase, in der Intrusionen und Flashbacks durch gewisse Trauma-ähnliche Schlüsselreize ausgelöst und die fragmentiert abgespeicherten Informationen wieder aufgerufen werden. Ein Verarbeiten des Erlebten und die Integration in das explizite Gedächtnis wird erst möglich, wenn die Fähigkeit zur Selbstberuhigung so weit gestärkt ist, dass ein kontrolliertes Wiedererleben der traumatischen Erinnerungen möglich wird. Gelingt dies, kann es zu einer Einordnung der traumatischen Erinnerungsfragmente in einen Gesamtzusammenhang kommen und so der Verarbeitungsprozess erfolgreich beendet werden (S. 94-95).

Findet der Verarbeitungsprozess jedoch nicht statt, hält die traumatische Reaktion mit ihren verschiedenen Phasen chronisch an und geht in den sogenannten **traumatischen Prozess** über. In der Phase des traumatischen Prozesses kann es zur Ausbildung von Traumafolgestörungen kommen (ebd., S. 95-97).

2.4 Traumafolgestörungen

So kann es zu Traumafolgestörungen kommen, wenn ein Trauma nicht verarbeitet und nicht als gesamtheitliche Erinnerung in das explizite Gedächtnis integriert werden kann. Die Folgen einer Traumatisierung sind komplex, Eichenberg und Zimmermann (2017) sprechen daher auch von einem Spektrum aus Störungsbildern (S. 13). Dieses Spektrum der psychischen Folgestörungen ist breit und beinhaltet die im ICD 10 und auch im DSM-V aufgeführten akute Belastungsreaktion, PTBS und KPTBS und andere traumaassoziierte psychische Störungen. Scherwath und Friedrich (2014) monieren jedoch, dass diese Klassifikationen längst nicht das ganze Spektrum der durch Traumatisierung verursachten Symptome und Phänomene erfassen (S. 25).

2.4.1 Typisierung von Traumafolgestörungen

Im Folgenden werden die Traumafolgestörungen nach ICD 10 dargestellt.

Akute Belastungsreaktion

Gemäss ICD 10 (DIMDI, 2020) handelt es sich bei einer akuten Belastungsreaktion um eine vorübergehende Störung, welche im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem Ereignis auftritt und meistens nach ein paar Stunden bis einigen Tagen abklingt. Es zeigen sich typischerweise Symptome wie Desorientiertheit und die Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, eingeschränkte Aufmerksamkeit oder auch ein Gefühl des Betäubt-Seins und Bewusstseinsengung. Dies kann dazu führen, dass sich die Person aus der Situation zurückzieht, Anzeichen von panischer Angst zeigt oder aber in einen Zustand der Unruhe und Hyperaktivität verfällt.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Halten die posttraumatischen Beschwerden länger an, so spricht man von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), wobei die Latenzzeit ab dem traumatischen Erlebnis wenige Wochen bis Monate betragen kann (DIMDI, 2020). Die „klassische“ Posttraumatische Belastungsstörung ist gekennzeichnet durch Übererregung (Hyperarousel), Wiedererleben (Intrusionen), Vermeidung und negativer Stimmung (Scherwath & Friedrich, 2020, S. 26–27).

Übererregung (Hyperarousel) wird gemäss der ICD 10 (DIMDI, 2020) durch eine fortwährende Wachsamkeit und eine unaufhörliche Alarmbereitschaft charakterisiert. Der Körper befindet sich dabei fortdauernd in einem Zustand von vegetativer Übererregtheit, auch übermässige Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen treten häufig auf. Diese permanente Übererregung ist oft auch verantwortlich für Störungen in der Affekt- und Impulskontrolle. Dabei sind häufig Angst und Depression assoziiert und auch Suizidgedanken nicht selten.

Bei **Intrusionen** (Flashbacks) erleben Betroffene Teile der traumatischen Erfahrung immer wieder – teils bewusst, teils auch in Form von Albträumen. Dabei drängen sich die Erinnerungen ungewollt auf, meist ausgelöst durch bestimmte Triggersituationen oder -reize (Scherwath & Friedrich, 2020, S.28).

Unter **Vermeidungsverhalten** ist die Vermeidung von Reizen gemeint, welche eine Erinnerung an das Trauma hervorrufen. Dies können Gedanken, Gefühle, Orte, Personen oder Gerüche sein. Vermeidungsverhalten kann sich unter anderem durch sozialen Rückzug, emotionale Leere, Suchtmittelmissbrauch sowie dissoziative Phänomene bemerkbar machen (ebd., S. 30-31).

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)

Die KPTBS wird als eigenständige Diagnose in das ICD-11 aufgenommen. Sie zeichnet sich bei chronisch traumatisierten Menschen ab und tritt als Folge von sich wiederholenden oder langandauernden traumatischen Ereignissen auf, typischerweise ein „Man-made“-Typ-II-Trauma (Hecker & Maercker, 2015, S. 549).

Laut Hecker und Maercker (2015, S. 554) ist die KPTBS ist gekennzeichnet durch:

- die Kernsymptome der PTBS (Übererregung, Intrusionen, Vermeidung),
- anhaltende und tiefgreifende Probleme der Emotionsregulation (verstärkte emotionale Reaktivität, Affektverflachung, gewalttätige Durchbrüche),
- negatives Selbstkonzept (Überzeugung minderwertig, unterlegen oder wertlos zu sein, Schuldgefühle, Schamgefühle)
- Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen (Schwierigkeiten, Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten)
- Dissoziationsneigung

Gemäss Scherwath und Friedrich (2016) zählen zu den Symptomen einer KPTBS auch selbstverletzendes Verhalten sowie das chronische Empfinden von Sinn- und Hoffnungslosigkeit, welches mit Suizidgedanken und Suizidalität verbunden ist (S. 32-33).

Weitere Traumafolgestörungen und Dissoziative Störungen

Als Folge von traumatischen Ereignissen können sich auch weitere psychische Störungen entwickeln. Dazu gehören schizophrene Störungen, depressive oder bipolare Störungen, Angststörungen und dissoziative Störungen (Andreas Maercker, 2017, S. 40).

2.4.2 *Traumafolgestörungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung*

Gemäss Helmut Riessbeck (2013) ist davon auszugehen, dass posttraumatische Symptome bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung denen von Menschen ohne Beeinträchtigung gleichen, jedoch vielfältige Überlagerungsphänomene möglich sind. Denn eine Beeinträchtigung selbst kann möglicherweise zu Symptomen von Vermeidung oder Überkompensation führen, welche sich mit der Posttraumatischen Belastungsstörung mischen (S. 359).

Scherwath und Friedrich (2012) beschreiben, dass nahezu alle Bereiche sozialer, emotionaler, kognitiver und sensorischer Kompetenzen von traumatischem Erleben beeinflusst werden können (S. 41). So ist die Reihe der in der Fachliteratur aufgeführten Symptome und Anzeichen, welche bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auf Traumafolgestörungen hinweisen können, lang und breit gefächert (Ulrich Elbing & Birgit Mayer 2019, S. 39; Klaus Hennicke, 2008, S. 29–31; Helmut Riessbeck & Kerstin Riessbeck, 2018, S. 228):

- körperliche Unruhe, Hyperaktivität, Schlafstörungen
- emotionale Ausbrüche mit starken Ängsten, Schreien oder Weglaufen
- ausgeprägte Impulskontrollstörung (teilweise trotz hoher Medikation)
- Leistungseinbrüche und Antriebslosigkeit
- selbstverletzendes Verhalten
- Fremdaggressionen
- depressive Verstimmung, Rückzug, Verweigerungshaltung, Selbstisolation
- regressive Phänomene
- Suizidalität

Auch die Notwendigkeit von Kriseninterventionen in der Akutpsychiatrie oder eine Heimkarriere mit vielen Wechseln, Abbrüchen und überforderten Teams/Einrichtungen werden als mögliche Hinweise auf ein Trauma bei den Betroffenen aufgeführt.

Oft jedoch werden bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung Folgeerscheinungen von traumatischen Erfahrungen unter die Beeinträchtigung subsumiert, anstatt sie als Reaktion auf traumatische Erfahrungen zu begreifen (Gahleitner, Loch & Schulze, 2012, S. 48; Kühn, 2013, S. 24). So geben Gahleitner, Loch und Schulze (2012, S. 49) und Senkel (2008, S. 250) auch zu bedenken, dass Traumafolgestörungen bei Menschen mit Beeinträchtigungen oft nur teilweise den altersentsprechenden diagnostischen Kriterien entsprechen. Denn je schwerer die kognitive Beeinträchtigung, desto eher ähnelt auch im höheren Lebensalter die Symptomatik jener von traumatisierten Kindern oder sogar Säuglingen. Da Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nicht nur

ein tieferes kognitives Niveau haben, sondern häufig auch ein tieferes sozio-emotionales Entwicklungsniveau und eingeschränkte Verarbeitungskapazitäten, können gemäss Birgit Mayer (2020) viele Aspekte der Traumatisierungen bei Kindern auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung angewandt werden (S. 13). So können gemäss Brisch (2008, zit. in Mayer, 2020, S. 16-17) zusätzlich zu den oben aufgelisteten noch folgende kinderspezifischen Symptomen einer PTBS auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung übertragen werden, immer in Abhängigkeit von der Stärke der Beeinträchtigung und dem Entwicklungsniveau der jeweiligen Person:

- wiederholtes Durchspielen der traumatischen Situation
- rascher Wechsel von Affekten, Verstummen, Sprachlosigkeit, Entwicklungsrückschritte
- psychosomatische Symptome wie Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, Essstörungen

Aus der Praxis der Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung schildert Mayer (2020) jedoch die Problematik, «dass einige Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nahezu alle diese Verhaltensweisen zeigen - und es kaum Fachpersonen gibt, die sich Gedanken machen, ob die Ursachen solcher Verhaltensweisen in anderen Ursachen als einer geistigen Behinderung liegen könnten» (S. 16-17).

2.5 Prävalenz von Trauma und Traumafolgestörungen

Betrachtet man epidemiologische Studien aus der Gesamtbevölkerung, zeigt sich mit einer breiten Streuung, dass rund 30-70% der Bevölkerung im Laufe des Lebens potenziell traumatisierende Ereignisse erlebt haben. Jedoch nur ca. ein Drittel dieser Betroffenen entwickelt langfristige Folgestörungen (Scherwath & Friedrich, 2020, S. 13) und die Lebenszeitprävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung beträgt in Deutschland bzw. Europa sogar nur zwischen 1-4% (Hecker & Maercker, 2015; Schellong, 2013, S. 28). Dies zeigt, dass die meisten Personen, welche eine traumatische Situation erlebt haben, eine Spontanerholung zeigen und das traumatische Ereignis mit der Zeit verarbeiten und integrieren können.

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sind jedoch aufgrund zahlreicher individueller und psychosozialer Faktoren einem signifikant höheren Risiko ausgesetzt, einerseits eine traumatische Situation zu erleben und vor allem auch durch diese Belastungen traumatisiert zu werden (Hennicke, 2015, S. 8; Senkel, 2008, S. 246).

Empirische Studien über Traumata bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung existieren zwar relativ wenige, diese zeigen jedoch durchwegs ein ähnliches Bild. So haben Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung schon im Kindesalter ein höheres Risiko, traumatische Erfahrungen

zu machen. Forschungsergebnisse zeigen, dass 39% bis 68% der Mädchen und 16% bis 30% der Knaben mit einer kognitiven Beeinträchtigung vor Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Opfer sexueller Gewalt werden. Zusätzlich können auch traumatische Erfahrungen wie körperliche Misshandlung oder Vernachlässigung vorkommen. Der Anteil von traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, welche alle drei Formen erleben, liegt bei 49%. Die Gefahr, aus diesen traumatischen Erlebnissen eine psychische Krankheit zu entwickeln, ist für sie dabei drei- bis viermal höher als für Kinder und Jugendliche ohne Beeinträchtigung (Ursula Robertz & Stephanie Heidenreich, 2012, S. 81).

Untersuchungen zur Prävalenz von Trauma und Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung fokussieren hauptsächlich auf sexuelle Gewalt oder Gewalterfahrungen allgemein, andere traumatisierende Situationen wurden bislang nur wenig untersucht. Gemäss einer umfangreichen Befragung sind Frauen mit Beeinträchtigung zwei- bis dreimal häufiger von sexueller Gewalt betroffen als der Bevölkerungsdurchschnitt (Riessbeck, 2013, S. 358). Hennicke (2015) beschreibt sogar ein 4-10 mal höheres Risiko für sexuellen Missbrauch als bei nicht beeinträchtigten Menschen (S. 8). Aiha Zemp und Erika Pircher (1996) und Aiha Zemp, Erika Pircher und Heinz Schoibl (1997) zeigen in ihren Studien, dass ca. 64% der Frauen mit einer Beeinträchtigung und 50% der Männer im Laufe ihres Lebens ein- oder mehrmals sexuelle Gewalt erfahren haben. 26% der Frauen und 7% der Männer in ihrer Untersuchung haben eine oder mehrere Vergewaltigungen erleben müssen. Auch abgesehen von sexueller Gewalt erfahren Frauen mit Beeinträchtigungen zwei bis dreimal häufiger Gewalt als nicht beeinträchtigte Frauen (Monika Schröttle, 2015, S. 29).

2.6 Traumatisierung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung

Eine wichtige Ursache, weshalb Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung häufiger Traumata erleiden, liegt laut Senkel (2008) in der kognitiven Beeinträchtigung selbst (S. 246). Wie Gahleitner, Loch und Schulze (2012) ausführen, führt nicht jedes potenziell traumatisierende Ereignis zu einer Traumatisierung. Denn verschiedene persönliche und situative Bedingungen können zu unterschiedlichen Reaktionen führen. Das Ausmass einer Traumatisierung ist dabei abhängig von «(a) der Art, Umstände und Dauer des/der Ereignisse/s; (b) dem Entwicklungsstand des Opfers zum Zeitpunkt der traumatischen Erfahrungen und (c) dem Fehlen oder Vorhandensein von unterstützenden Bedingungen» (S. 7). Zusätzlich können auch die Möglichkeiten zur Verarbeitung und Integration eines Traumas je nach Person sehr unterschiedlich sein.

Im Folgenden sollen diese vier Aspekte mit dem Fokus auf eine kognitive Beeinträchtigung beleuchtet werden, um herzuleiten, weshalb es bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zu dieser erhöhten Prävalenz für die Traumatisierung und die Entwicklung von Traumafolgestörungen kommen kann.

2.6.1 Trauma-fördernde Lebensbedingungen und -erfahrungen

Gerade aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung können diese Menschen im Laufe ihres Lebens häufiger Gegebenheiten ausgesetzt sein, die durch das Verhalten anderer Personen oder die äusseren Lebensbedingungen entstehen, welche sich unter Umständen traumatisierend auswirken. Denn Menschen mit einer Beeinträchtigung leben oft in einer starken Abhängigkeit von ihrer sozialen Umgebung, was schon im Säuglingsalter beginnt und oftmals über ihr gesamtes Leben anhält.

Elbing und Mayer (2019, S. 18–19), Martin Kühn und Julia Bialek (2017, S. 23-24) und Senkel (2008, S. 248-250) beschreiben verschiedene Lebensbedingungen, welche bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung verstärkt zu Belastungserfahrungen mit traumatisierenden Konsequenzen führen können:

- bedeutende und meist lebenslange Abhängigkeit von Bezugs- und Betreuungspersonen
- frühe Trennung von primären Bezugspersonen und der vertrauten Umgebung
- häufig wechselnde Bezugspersonen und viele Beziehungsabbrüche
- rigide, kontrollierende Lebensbedingungen, Erfahrungen der Macht- und Wehrlosigkeit
- schwerwiegende Vernachlässigung
- physische oder sexualisierte Gewalt
- wiederkehrendes Erleben von Ausgrenzung, Stigmatisierung, sozialer Isolation
- schwerwiegende medizinische Eingriffe, lange Spitalaufenthalte
- erschwerte und misslingende Kommunikation, was zu Gefühlen der Ohnmacht, der Angst und des Ausgeliefertseins führen kann

Diese Zusammenstellung zeigt, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Falle von solcher Belastungserfahrungen einem interpersonellen und langfristigen Typ-II-Trauma ausgesetzt sind. Viele dieser aufgeführten Lebensbedingungen bedeuten für sie wiederholte Mikrotraumata über lange Zeiträume, welche gemäss Senkel (2008) in der Summe zu einer starken Traumatisierung führen können (S. 246-250).

2.6.2 *Auswirkung kognitiver Beeinträchtigung in der traumatischen Situation*

Bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung spielen in einer traumatischen Situation ihr kognitiver und sozio-emotionaler Entwicklungsstand eine grosse Rolle. So sieht Hennische (2015) bei ihnen aus nachfolgenden Gründen ein erhöhtes Risiko, von belastenden Ereignissen eher traumatisiert zu werden als nichtbehinderte Menschen (S. 9):

Annahme einer von vornherein erhöhten seelischen Verletzlichkeit (Vulnerabilität) infolge

- eines niedrigen sozio-emotionalen Entwicklungsstands
- früher emotionaler Beeinträchtigung durch unsichere Bindung, Deprivationserfahrungen, frühe Verlusterfahrungen, unangemessene Erziehung
- der kognitiven Beeinträchtigung im Umgang mit Belastungen, Gefahren, Gewalt
- der Problematik, kognitiv nicht erfassen und verstehen zu können, *was* mit ihnen passiert ist, jedoch zu spüren, *dass* etwas passiert ist, das nicht in Ordnung ist
- geringer/fehlender/unangemessener Copingstrategien und Ressourcen
- geringer oder fehlender Sprachkompetenz/Kommunikationsmöglichkeiten

Senkel (2008) betont die eingeschränkten Wahrnehmungs- und Bewältigungsstrategien als Risikofaktor. Da Reizverarbeitungsschwäche ein zentrales Merkmal einer kognitiven Beeinträchtigung darstellt, fällt es betroffenen Menschen schwerer, aus der Umwelt oder dem eigenen Körper stammende Reize zu verarbeiten, zu verstehen und angemessen zu reagieren. Zusätzlich erschwert eine kognitive Beeinträchtigung, differenzierte und an die Situation angepasste Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Diese Ausgangslage führt dazu, dass sich Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung viel häufiger in Situationen vorfinden, welche sie nicht verstehen oder nicht bewältigen können, die sie aber gleichwohl – oder aber gerade deswegen – als existentiell bedrohlich wahrnehmen. Dadurch können bei ihnen Gefühle von Ohnmacht und Ausgeliefertsein, verbunden mit grosser Angst, viel häufiger auftreten. So können Situationen, welche von aussen als «harmlos» betrachtet werden, von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung als sehr herausfordernd erlebt werden, und sie können traumatisierend wirken, wenn die betroffene Person das Geschehen kognitiv nicht verstehen und einordnen und sich der Situation nicht entziehen kann (S. 247).

2.6.3 *Fehlen von unterstützenden Bedingungen*

Hennicke (2015) führt an, dass es bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung durch unzureichende Verfügbarkeit und/oder Qualität der sozialen Unterstützung an protektiven bzw. korrektiven Faktoren mangeln kann (S. 9):

- Ereignisse können aufgrund von Kommunikationsproblemen nicht mitgeteilt werden, werden vom Umfeld nicht wahrgenommen oder werden nicht geglaubt
- geringes Bewusstsein für die Risiken bei den Bezugspersonen und Fachpersonen
- objektiv belastende, unangemessene Lebensumstände (Über- und Unterforderungen, Unverständnis, Diskriminierung, Isolation, Mobbing; „Förderterror“); daher auch hohes Risiko der Retraumatisierung
- oftmals intensive emotionale und/oder strukturelle Nähe zum Täter

Elbing und Mayer (2019, S. 50) ergänzen folgende fehlenden Unterstützungsbedingungen:

- oft kein stützendes soziales Netz – trotz professioneller Betreuung
- wissen oft nicht, an wen sie sich wenden können

Auch der Aspekt einer erschwerten Diagnostik bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sollte nicht ausser Acht gelassen werden. Die Diagnostik von Traumafolgestörungen erfolgt praktisch ausschliesslich über Kommunikation. Daher ist es bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung oft nicht oder nur erschwert möglich, Abklärungen zu machen. Auf jeden Fall muss jeweils die Diagnostik stark individualisiert werden, um angewandt werden zu können, und oft müssen Drittpersonen dabei sein, um eine Verbalisierung resp. «Übersetzung» des Kommunizierten zu gewährleisten (Riessbeck, 2013, S. 359–360).

Aufgrund dieser Erschwernisse wird bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung relativ selten eine PTBS oder KPTBS diagnostiziert, sondern es bleibt bei Verdachtsfällen. Mayer (2020) verdeutlicht diese Problematik: «Viele der traumatisierten Menschen mit Intelligenzminderung verfügen nur über eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten. Es ist für diese Betroffenen kaum möglich, selbst Hinweise auf ein erlebtes traumatisches Geschehen zu geben, außer durch auffällige Verhaltensweisen» (S. 37). Hennicke (2008) weist zusätzlich auf eine „defizitäre Versorgung“ hin. Er plädiert dafür, dass seelisch verletzte Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung der gleichen, vielleicht sogar der grösseren Fürsorge, Begleitung und Behandlung bedürfen wie nicht behinderte traumatisierte Menschen auch, diese aber wesentlich seltener erhalten (S. 2).

2.6.4 *Erschwerter Verarbeitungsprozess eines Traumas*

Gahleitner et al. (2012) sehen ein Mindestmass an relativer Sicherheit als zentrale Ausgangsbedingung für einen gelingenden Verarbeitungsprozess eines Traumas. Ohne eine tragfähige Beziehung, aus eigener Kraft und in sozialer Isolation, ist eine Überwindung der traumatischen Erfahrungen nahezu unmöglich (S. 35). Durch ihren teilweisen fast lebenslangen Aufenthalt in Wohnheimen mit wechselnden Bezugspersonen ist diese Ausgangsbedingung bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nicht immer gegeben.

Die eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ist nicht nur in der Phase des Erkennens, des Diagnostizierens ein Erschwernis, sondern ganz stark auch in der Verarbeitung eines Traumas. Denn für die Verarbeitung eines Traumas ist es von zentraler Bedeutung, dass die traumatische Erfahrung zur Ermöglichung einer kognitiven Verarbeitung «versprachlicht» werden kann (Gahleitner, Loch & Schulze, 2012, S. 6). Denn die Erinnerungen an traumatische Erlebnisse werden gemäss Peter Levine (2016) weitgehend im impliziten Gedächtnis abgespeichert, welches mit Emotionen und Körperempfindungen verbunden ist und meist unterhalb der Bewusstseinsschwelle liegt und so nicht gezielt abgerufen werden kann. Im Verarbeitungsprozess muss ein Zugriff auf diese impliziten Erinnerungen hergestellt werden können, damit ein «Neuverhandeln» des Traumas möglich ist. In diesem Schritt soll eine Verknüpfung mit dem expliziten Gedächtnis gemacht werden um das Erlebte integrieren zu können (S. 71-73). Doch gerade dieser Prozess der Wahrnehmungsverarbeitung und Verbalisierung von Wahrnehmungen ist bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung häufig erschwert.

2.7 Fazit Psychotraumatologie

Basierend auf diesem psychotraumatologischen Hintergrund soll im vorliegenden Fazit Antwort auf die erste Fragestellung gegeben werden:

Was ist die Problematik bei Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung?

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sind aufgrund ihrer Beeinträchtigung und ihrer Lebensumstände vulnerabel für das Erleben von traumatischen Situationen und das Ausbilden von Traumafolgestörungen. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung mit Traumatisierungen deutlich höher ist als bei der „Normalbevölkerung“. Dies aufgrund folgender Faktoren:

- Sie sind allgemein vermehrt Situationen ausgesetzt, welche potenziell traumatisierend sein können.
- Sie nehmen solche potenziell traumatisierenden Situationen verstärkt als nicht bewältigbar wahr, da sie aufgrund der Beeinträchtigung die Situation schlecht verstehen und einordnen können und ihnen zusätzlich oft geeignete Bewältigungsmöglichkeit fehlen.
- Sie haben – unter anderem aufgrund eingeschränkter oder fehlender kommunikativer Fähigkeiten – mehr Mühe, traumatische Erinnerungen verarbeiten und integrieren zu können und es bilden sich daher häufiger Traumafolgestörungen aus.
- Diese Traumafolgestörungen können sich in sehr unterschiedlichen Symptomatiken zeigen, sie können dabei auch kinderspezifischen Symptomen einer PTBS ähneln.
- Traumafolgestörungen werden bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung häufig nicht als solche erkannt, da das Trauma nicht bekannt ist, von ihnen nicht verbalisiert werden kann oder das Verhalten unter die Beeinträchtigung subsumiert wird.
- Daher ist auch das Risiko grösser, dass im Alltag nicht adäquat auf die Traumafolgestörungen reagiert wird und in der Folge Retraumatisierungen oder weitere Traumatisierungen möglich sind.
- Die Symptomatiken von Traumafolgestörungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung können für das Umfeld und auch für sozialpädagogische Fachpersonen sehr herausfordernd und belastend sein und als «schwieriges Verhalten» qualifiziert werden im Alltag.

3 Auswirkung von Traumafolgestörungen auf sozialpädagogische Fachpersonen

Aufgrund der möglichen Herausforderungen und Belastungen im Berufsalltag soll in diesem Kapitel vertieft darauf eingegangen werden, wie sich Traumafolgestörungen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auf Interaktionen mit sozialpädagogischen Fachpersonen auswirken können.

Gemäss Senkel (2008) tendieren traumatisierte Menschen – gleichgültig, ob mit kognitiver Beeinträchtigung oder nicht – dazu, in Situationen, die in irgendeiner Hinsicht der traumatisierenden Ausgangslage ähnelt, wieder mit der gleichen Heftigkeit zu reagieren wie in der Ursprungssituation. Hinweisreize können also die traumatischen Reaktionen reaktivieren und zur vorübergehenden Einbusse der Selbststeuerung führen (S. 251). Dabei können traumatische Lebenserfahrungen auf vielfältige Art und Weise die Wahrscheinlichkeit für eskalierende Interaktionen zwischen den Betreuten und den Bezugspersonen erhöhen (Célia Steinlin, Sophia Fischer, Claudia Dölitzsch, Jörg M. Fegert & Marc Schmid, 2015b, S. 23).

Dies kann auch einen grossen Einfluss auf die Arbeit und Befindlichkeit der Fachpersonen im sozialpädagogischen Alltag haben. Denn gemäss Senkel (2008) bestehen für die Begleitung von kognitiv beeinträchtigten Menschen mit Trauma mehrere Schwierigkeiten. Oft wissen die Begleitpersonen gar nicht, ob und wie die ihrer Aufmerksamkeit anvertrauten Menschen traumatisiert sind. Sie nehmen nur das hinderliche, abwehrende Vermeidungsverhalten und/oder den Emotions- oder Impulskontrollverlust der Klient*innen in für sie nicht nachvollziehbaren Zusammenhängen wahr. Denn sie erkennen die für sie selbst unbedeutend erscheinenden Hinweisreize nicht (S. 251). So wird das Verhalten im sozialpädagogischen Alltag oft nicht im Zusammenhang mit einem traumatischen Erlebnis betrachtet. Denn um solche Auffälligkeiten als Traumafolge erkennen und einordnen zu können, braucht es Wissen über eine allfällige Traumatisierung der Person und Fachwissen über Trauma und Traumafolgestörungen.

Andererseits können die sozialpädagogischen Fachpersonen durch traumatisch geprägte Beziehungsdynamiken emotional stark eingebunden sein, was zu einer grossen Belastung führen kann. In der Folge sollen die Verhaltensweisen und Interaktionen, welche aus Traumafolgestörungen heraus entstehen können, mit dem Fokus auf die Belastung für die Fachpersonen vorgestellt werden.

3.1 Herausfordernde Verhaltensweisen

Viele der in Kapitel 2.4.2 beschriebenen möglichen Traumafolgestörungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung entsprechen in ihrer Erscheinungsform einer herausfordernden Verhaltensweise. Auch Calabrese und Büschi (2019) zeigen auf, dass herausfordernde Verhaltensweisen unter anderem eine Folge von traumatischen Erlebnissen sein können (S. 138).

In der Folge soll daher eine Definition von herausfordernden Verhaltensweisen gegeben werden (Eva Büschi, Stefania Calabrese, Benedikt Hassler, Natalie Lustenberger & Manuela Schicka, 2018, S. 1; Ria Wolkorte, Ingrid van Houwelingen & Marieke Kroezen, 2019, S. 1421):

Herausfordernde Verhaltensweisen:

- sind doppelt herausfordernd: sie sind einerseits Ausdruck von erlebten Herausforderungen der Person selbst und fordern andererseits Begleitpersonen, Mitbewohnende, Angehörige und Institutionen heraus.
- werden in einem spezifischen Kontext von der Person und/oder der Umwelt als sozial oder kulturell unerwünscht empfunden.
- zeigen sich über einen längeren Zeitraum, sind wiederholt beobachtbar und treten in einer bestimmten Häufigkeit und Intensität zutage.
- können sich mittels spezifischer Anzeichen ankündigen oder (scheinbar) abrupt und plötzlich auftreten.
- umfassen externalisierende (z. B. fremdverletzende, selbstverletzende, gemeinschaftsstörende oder sachbeschädigende) und/oder internalisierende Verhaltensweisen (z.B. Antriebslosigkeit oder Rückzugstendenzen).

Die posttraumatischen Symptome, welche sich in der Form von herausfordernden Verhaltensweisen zeigen, bringen sowohl die Betroffenen als auch ihre Umwelt häufig an Grenzen, denn die Verhaltensweisen zeichnen sich durch ihre Unkontrollierbarkeit, Unmittelbarkeit und Intensität aus und können so für sozialpädagogische Fachpersonen im Arbeitsalltag eine grosse Herausforderung darstellen. Denn Interaktionen zwischen Klientel und den sozialpädagogischen Begleitpersonen sind immer persönliche Begegnungen, in die die sozialpädagogischen Fachpersonen „als ganzer Mensch“ involviert sind und somit dem Verhalten ihrer Klientinnen und Klienten gegenüber entsprechend exponiert sind (Heidrun Schulze, 2012, S. 130–134).

Bei häufiger Konfrontation kann dies stark belastend sein und auch die psychische und physische Gesundheit der sozialpädagogischen Fachpersonen gefährden (Stefania Calabrese & Pia Georgi-Tscherry, 2018, S. 33). So zeigen sie in ihrer Studie, dass ein beträchtlicher Anteil von Fachpersonen in der Intensivbetreuung von Menschen mit Beeinträchtigung solche herausfordernden

Verhaltensweisen der Klient*innen als sehr herausfordernd einschätzen (ebd., S. 36). Auch die Studie von Agnessa Kozak (2011) zeigt, dass Mitarbeitende ihre Arbeit Menschen mit Beeinträchtigung allgemein als emotional sehr fordernd empfinden und sich dadurch stark belastet fühlen (S. 3).

3.2 Traumatisch geprägte Beziehungsdynamiken

Traumatische Erfahrungen leben in der impliziten Erinnerungsebene der Betroffenen fort und beeinflussen das Hier und Jetzt durch Flashbacks, Alpträume, Reinszenierungen und Übertragung in der Beziehungsdynamik. Solche belastende Beziehungsdynamiken wie Reinszenierungen und Übertragung involvieren sozialpädagogische Fachpersonen stark und sollen daher näher beschrieben werden.

3.2.1 *Reinszenierung*

Traumata, welche nicht verbal mitgeteilt werden können und unverarbeitet sind, bergen das Risiko des Wiederholens von Szenen des belastenden Geschehens. Dabei können das Umfeld und auch Sozialpädagog*innen Beteiligte bei einer Szene werden, ohne sich dessen bewusst zu sein (Gaby Breitenbach & Harald Requardt, 2013, S. 111). Solche Reinszenierungen von traumatischen Erlebnissen können durch ein Flashback (Intrusion) ausgelöst werden, in der bei den Betroffenen fragmentierte Teilaspekte der Ursprungssituation auftauchen. Eine traumatische Reinszenierung ist dabei ein unbewusstes «in Szene setzen» des traumatischen Erlebens und kann ein Teil des Verarbeitungsprozesses darstellen. Dies in der Hoffnung, dass einerseits die aktuellen Beziehungspersonen anders reagieren als die ursprünglichen, in der traumatischen Situation beteiligten Bezugspersonen es getan haben und andererseits auch bisher unverarbeitete Informationssplitter dem biografischen Gehirn zugeführt werden können und so verarbeitet und integriert werden können (Zimmermann, 2017, S. 39-40). Findet diese Wiederholung ohne eine solche Integration statt, ist die Gefahr gross, dass sie von den Betroffenen als Retraumatisierung erlebt wird (Scherwath & Friedrich, 2020, S. 30).

Ulrike Loch und Heidrun Schulze (2012b) merken zur Dynamik der Reinszenierung an: «In der Folge stellen Beziehungen einen wesentlichen Raum zur Reinszenierung und damit auch der Bearbeitung des Erlittenen dar. Dies erfordert von den Fachkräften die Kompetenz, Konflikte, Aggressionen und Gewalthandlungen und andere Formen der Grenzüberschreitung nicht nur auf der direkten aktualzeitlichen zwischenmenschlichen Ebene zu interpretieren (auch wenn hier Grenzssetzungen notwendig sind), sondern diese Handlungen auch als Ausdruck von leidvollen

Erfahrungen in der Vergangenheit zu verstehen, die es zu dechiffrieren gilt» (S. 60). Solche Reinszenierungen stellen für die betroffenen Menschen eine grosse psychische, aber auch körperliche Beanspruchung dar. Aber auch für die beteiligten Betreuungspersonen kann die Interaktion sehr belastend sein, da herausfordernde Situationen entstehen können, welche eine hohe emotionale Beteiligung der Mitarbeitenden bedeuten (Zimmermann, 2017, S. 39-40).

3.2.2 Übertragung und Gegenübertragung

Übertragungen können sich in allen Interaktionen zwischen Menschen herstellen (Hans-Jörg Koten, 2018, S. 89). Dabei werden Erfahrungen mit und Bedeutungszuschreibungen von früheren Bindungspersonen einer Person auf aktuelle Kontakte übertragen, wobei alte – oftmals verdrängte – Gefühle, Affekte, Erwartungen und Befürchtungen eine Rolle spielen. Durch diese Gefühlsübertragung kann beim Gegenüber eine unbewusste Gefühlsreaktion ausgelöst werden.

Lang (2013) betont, dass pädagogische Fachpersonen, welche mit traumatisierten Personen arbeiten, besonderen Belastungen der Übertragung ausgesetzt sind. Denn die besondere Wirkkraft traumatischer Übertragung und die destruktive Kraft traumatischer Gegenübertragung übersteigen in ihrer Qualität das sonst übliche Mass von Übertragungen bei weitem. Die emotionale Atmosphäre wird dabei von den Erfahrungen und Gefühlen der traumatisierten Personen geprägt und kann durch starke Gefühle von Angst, Scham, Schuld, Trauer, Wut, Hilflosigkeit oder Ohnmacht bei allen Beteiligten gekennzeichnet sein (S. 220-221). Traumatisch bedingte und tief verankerte Gefühle, die eigentlich «zur Klientel gehören», können durch die Übertragung zum Eigenen werden, ohne ausreichende Möglichkeit zu reflektieren und eine eventuelle traumaspezifische Dynamik zu erkennen (Hans Holderegger, 2017, S. 15). So können die Fachpersonen mit eigenen heftigen Gefühlen konfrontiert werden, die sie selbst weder verstehen noch sich zugestehen können und die Wucht der traumatischen Übertragung kann dadurch für die sozialpädagogischen Fachpersonen überwältigend sein.

Zudem kann bei ihnen eine Gegenreaktion – die Gegenübertragung – ausgelöst werden (Tanja Kessler, 2016a, S. 125). Die Gegenübertragung ist die vom Klienten induzierte Gefühlsreaktion bei der Fachperson auf die Übertragung des Klienten, welche – ohne Reflexion der eigenen Gefühle und Reaktion - auf der persönlichen gelernten Verhaltensstrategie basiert (Abbildung 1a, Jacob Bausum & Tanja Kessler, 2013, S. 32–34; Holderegger, 2017, S. 12).

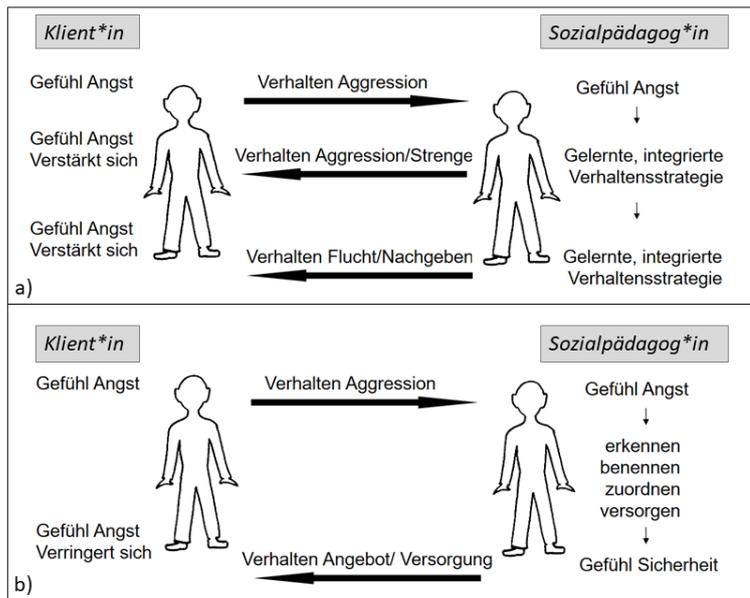


Abbildung 1. Die Dynamik der Übertragung und Gegenübertragung (nach Bausum & Kessler, 2013, S. 32–34)

In der projektiven Übertragung projizieren die Betroffenen dabei zumindest einen Teil ihres Empfindens auf die Fachperson, sodass diese unvermittelt Gefühle erlebt, welche eigentlich «zur Klientel gehören». Kessler (2016a) schildert, dass Fachkräfte im pädagogischen Alltag im Kontakt mit Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen immer wieder erfahren, «wie beispielsweise eine plötzliche Wut in ihnen aufsteigt, sie angesteckt sind von einer unergründlichen Hilflosigkeit oder sie sich in eigenen Bildern und Gefühlen aus der eigenen Vergangenheit wiederfinden und sie in ihrem professionellen Handeln beeinflusst sind» (S. 125).

Kessler (2016a) sieht es als pädagogische Aufgabe, Übertragung nicht zu verstärken, sondern durch das Verstehen der Dynamik und versorgende Angebote zu minimieren (Abbildung 1b). Dabei ist das Wissen um die Dynamik der Übertragung und der Gegenübertragung der erste Schritt, diese zu erkennen und sich dem Verstehen anzunähern. Eine solche Gegenübertragung als Reaktion auf eine Übertragung zu erkennen und zuzuordnen ist eine Chance, einerseits sich als Fachperson vor Verwicklungen und der Ansteckung des Traumas schützen zu können und somit handlungsfähig zu bleiben, und andererseits dem Gegenüber ein versorgendes und korrigierendes Beziehungsangebot machen zu können (S. 126). Zusätzlich kann eine Übertragung in der Erkennung und Einordnung eines Traumas eine wichtige Rolle spielen, denn in der Übertragung und Gegenübertragung können sich nicht integrierbare affektive Erfahrungen der Betroffenen zeigen (Holderegger, 2017, S. 19).

Dies zeigt, dass Fachpersonen sowohl Fachwissen zur Dynamik der Übertragung und der Gegenübertragung als auch ein hohes Mass an persönlicher Reflexionsfähigkeit brauchen, um die

Situationen und eigenen Gefühle richtig einordnen zu können, sich schützen und gezielt anders reagieren zu können (Abbildung 1b; Bausum & Kessler, 2013, S. 32–34; Zimmermann, 2017, S. 39-40).

Die traumatische Übertragung der Betroffenen spüren die sozialpädagogische Fachpersonen im Einzelkontakt, in einigen Fällen kann sich die Dynamik laut Tanja Kessler (2016c) ebenfalls auf der Teamebene bemerkbar machen. So können Übertragungsdynamiken ganze Teams blockieren und in Handlungsunfähigkeit bringen. Kommen dazu noch strukturelle Unsicherheiten (zB. fehlende Supervision, Unterbesetzung), können sich konflikthafte Übertragungsdynamiken und Gegenreaktionen manifestieren (S. 284).

3.3 Belastung von Mitarbeitenden

In der Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung mit einem Trauma kann der Umgang mit diesen herausfordernden Verhaltensweisen und traumatisch belasteten Beziehungsdynamiken zum Dreh- und Angelpunkt in der tagtäglichen Arbeit werden. Dadurch sind sozialpädagogische Fachpersonen, welche mit traumabelasteten Menschen arbeiten, in ihrem Arbeitsalltag vermehrt auch selbst belastenden Erfahrungen ausgesetzt. Wenn die sozialpädagogischen Fachpersonen zu wenig auf die Selbstfürsorge achten, kann die Belastung oder sogar Überlastung zu seelischen und körperlichen Krankheitssymptomen führen. Der psychische Stress, dem die Fachpersonen ausgesetzt sind, kann Erschöpfung bis hin zu psychosomatischen Erkrankungen wie Depressionen, Angst oder Burnout zur Folge haben. So zeigt eine epidemiologischen Studie bei Schweizer Fachkräften aus der Heimerziehung, dass Symptome von Burnout und sekundärer Traumatisierung bei helfenden Berufen weit verbreitet sind (Schmid et al., 2017, S. 27).

In Deutschland wurden 2014 rund 400 Betreuungskräfte in Wohneinrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigung zu ihrer Arbeitssituation befragt, jedoch ohne direkten Bezug auf das Thema Trauma oder Traumafolgestörungen (Lotte Habermann-Horstmeier, 2016). Die Studie zeigte, dass 31.9% aller Befragten Belastung durch Stress infolge Überforderung empfinden. Bei Betreuenden von Menschen mit psychischen Störungen jedoch ist der Anteil mit 61.5% praktisch doppelt so hoch (S. 20). Lotte Habermann-Horstmeier und Kira Limbeck (2016) zeigen aus der gleichen Studie auch auf, dass mit 59,7 % der mit Abstand am meisten genannte Punkt für Belastung ist, dass die Mitarbeitenden ihrer Ansicht nach zu wenig Zeit für eine gute Betreuung der Bewohnenden haben (S. 4).

Auch Calabrese und Georgi-Tscherry (2018) stellen fest, dass aufgrund einer häufigen Konfrontation mit herausfordernden Situationen, in welchen die Klientel fremdverletzende, selbstverletzende und sachbeschädigende Verhaltensweisen zeigen, die emotionalen, sozialen und kognitiven Anforderungen an die Sozialpädagog*innen hoch sind, und so die psychische und physische Gesundheit der Mitarbeitenden belasten können (S. 33–34).

In einer der wenigen Studien direkt zum Thema Umgang mit Traumafolgestörungen zeigen Daria Bossart und Mira Werner (2020) aus Experteninterviews auf, dass pädagogische Fachkräfte durch herausfordernde Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen häufig überfordert sind und nicht adäquat reagieren können. Die befragten Expert*innen bestätigen, dass die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sehr herausfordernd ist und eine grosse emotionale Belastung für die Mitarbeitenden darstellt (S. 61).

Weiter zeigt diese Studie, dass Expert*innen Schwierigkeit haben, Dissoziation, Übertragung sowie Reinszenierung sofort zu erkennen. Bei der Übertragung werden beim Fachpersonal oft negative Gefühle ausgelöst und sie reagieren mit einer Gegenübertragung. Es besteht dadurch die Gefahr, falsch zu reagieren, genervt zu sein oder eine Abwehrhaltung einzunehmen (ebd., S. 64).

Im Rahmen der Studie «Modellversuch Traumapädagogik», welche die Wirksamkeit von traumapädagogischen Ansätzen in Jugendhilfeeinrichtungen in der Schweiz erforschte, wurden unter anderem die Erfahrung von Grenzverletzungen, Sekundärtraumata und Burnout bei Sozialpädagogen untersucht. Diese Studie ist zwar nicht auf das Arbeitsumfeld mit erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung fokussiert, wird hier jedoch trotzdem als aussagekräftige Grundlage herbeigezogen, da Trauma und Traumafolgestörungen auch in der Kinder- und Jugendhilfe ein grosses Thema sind.

Diese Studie hat gezeigt, dass über 90% der Mitarbeitenden in der Jugendhilfe häufige Belastungssituationen und Grenzüberschreitungen erleben, welche bei einem Teil von ihnen kurz- bis langfristige Belastungssymptome wie Burnout, Symptome einer PTBS oder Sekundärtrauma hervorgerufen haben (Steinlin et al., 2015a, S. 12–15). Aus der gleichen Studie zeigen auch Schmid et al. (2017) auf, dass die Belastung durch Sekundärtraumatisierung bei Mitarbeitenden in sozialpädagogischen Einrichtungen hoch ist. «73% der Befragten gaben an, mindestens einmal von einem belastenden Erlebnis gehört oder in den Akten gelesen und darauf mit deutlicher Belastung reagiert zu haben. 69% der Betroffenen reagierten auf dieses Hören/Lesen unmittelbar mit Hilflosigkeit, Angst oder Entsetzen. 7% der Betroffenen zeigten Symptome einer Sekundärtraumatisierung. Bei 13% der Betroffenen hielten die Belastungssymptome länger als vier Wochen an, und 4% hatten infolge des Erlebnisses bereits Suizidgedanken» (S. 100). Dies zeigt, dass nicht

nur herausfordernden Interaktionen belastend für Mitarbeitende sein können, sondern nur schon die Kenntnis von traumatischen Erfahrungen der Klientel.

Simone Riessinger (2015) beschreibt, dass Fachpersonen bei empathischer Begleitung von traumatisierten Menschen durch die Konfrontation mit Information zum Trauma oder dem Mitfühlen mit Betroffenen eine Sekundärtraumatisierung erleiden können (S. 4). Gemäss Martin Baierl, Cornelia Götz-Kühne, Thomas Hensel, Birgit Lang und Jochen Strauss (2014) sehen Symptome einer Sekundärtraumatisierung den Phänomenen einer Posttraumatischen Belastungsstörung ähnlich: «Auf der kognitiven Ebene treten Intrusionen von Hochstresssituationen auf der Arbeit oder Konzentrationsprobleme auf. Körperlich herrschen Schlafstörungen, Erschöpfungszustände und psychosomatische Beschwerden vor» (S. 67).

Loch und Schulze (2012a) zeigen in einer Studie in Deutschland mit 50 Fachpersonen, welche im Rahmen von Expert*innen-Interviews befragt wurden, dass diese Fachpersonen nicht nur die unmittelbare Arbeit mit traumatisierten Menschen als Belastung sehen, sondern folgende Faktoren wurden auch als belastend genannt: Schichtarbeitszeit; schlechte/unzureichende Supervision und kollegiale Beratung; Überforderungen aufgrund fehlender professioneller Arbeitsbedingungen und Fortbildung; Mobbing oder Konflikte im Team. Sie plädieren dafür, dass dieses Auswertungsergebnis als wichtiges Signal in Richtung der Disziplinen (Erziehungswissenschaften, Soziale Arbeit) und der Fachverbände dient, sich weitergehend mit den fachlichen Erfordernissen und Voraussetzungen für eine qualifizierte Arbeit mit Menschen mit traumatischen Erfahrungen zu beschäftigen (S. 57–58).

3.4 Fazit Auswirkungen Traumafolgestörungen

Die Ausführungen über die Auswirkungen von Traumafolgestörungen sollen in diesem Fazit als Antwort auf die zweite Fragestellung zusammengefasst werden:

Inwiefern können sich Traumafolgestörungen erwachsener Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auf sozialpädagogische Fachpersonen auswirken?

- Sozialpädagogische Fachpersonen sind „als ganzer Mensch“ involviert und engagiert. Dadurch sind sie von Traumafolgestörungen ihrer Klientel stark betroffen.
- Traumafolgestörungen können einen grossen Einfluss auf den sozialpädagogischen Alltag haben.
- Besonders involviert werden die Fachpersonen durch herausfordernde Verhaltensweisen der Bewohner*innen und durch traumatisch belastete Beziehungsdynamiken.
- Auch bereits die Kenntnis von traumatischen Erfahrungen der Klientel kann belastend sein.
- Bei häufiger Konfrontation mit herausfordernden Verhaltensweisen kann die psychische und physische Gesundheit der sozialpädagogischen Fachpersonen gefährdet werden.
- Reinszenierungen und Übertragungen/Gegenübertragungen können zu herausfordernden und belastenden Situationen führen, welche auch eine hohe emotionale Beteiligung der Mitarbeitenden bedeuten.
- Eine epidemiologische Studie zeigt, dass durch Traumafolgestörungen der Klientel bei Fachpersonen kurz- bis langfristige Belastungssymptome wie Burnout, Symptome einer PTBS oder Sekundärtrauma hervorgerufen werden können.
- Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung können Trauma oft nur sehr eingeschränkt oder primär über ihre Verhaltensweisen kommunizieren. Fachpersonen brauchen daher sowohl Fachwissen zur Dynamik der Übertragung und der Gegenübertragung als auch ein hohes Mass an persönlicher Reflexionsfähigkeit, um die Situationen und eigenen Gefühle richtig einordnen zu können, sich schützen und gezielt anders reagieren zu können.

4 Traumapädagogik

Um Überlastung oder weitere psychische Belastungen bei den sozialpädagogischen Fachpersonen zu vermeiden, braucht es einen professionellen Umgang mit Traumafolgestörungen, welcher in der Institution implementiert sein muss. Für die Begleitung von traumatisierten Menschen gibt es verschiedene Konzepte, unter anderem aus der Traumapädagogik.

Traumapädagogik ist eine relativ neue Fachdisziplin. Sie basiert auf einer traumasensiblen Grundhaltung, und bietet konzeptionelle Grundlagen, welche einerseits Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit Traumaerfahrung anbieten und andererseits auch strukturelle Forderungen für die professionelle Arbeit mit Traumafolgestörungen beinhaltet.

Bislang werden traumapädagogische Konzepte hauptsächlich in der Kinder- und Jugendhilfe angewendet, daher stammen die meisten Forschungsprojekte, Berichte und die vorhandene Fachliteratur über die traumapädagogische Arbeit aus diesem Fachbereich. Aus der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung gibt es wenig Literatur, was darauf hindeutet, dass traumapädagogische Haltungen und Konzepte auch im sozialpädagogischen Alltag noch wenig verbreitet sind. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass solche traumapädagogische Konzepte grundsätzlich auch in der Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung anwendbar und hilfreich sein können. In diesem Kapitel sollen daher Grundsätze der Traumapädagogik als Möglichkeit zur Unterstützung von sozialpädagogischen Fachpersonen eingeführt werden.

4.1 Begriffsverständnis Traumapädagogik

Traumapädagogik ist ein Sammelbegriff für verschiedene pädagogische Konzepte, welche mit besonderem Fokus auf die Arbeit mit Menschen mit Traumaerfahrungen entwickelt wurden. Marc Schmid (2019) beschreibt dabei Traumapädagogik als die konsequente Anwendung der Erkenntnisse der Psychotraumatologie auf die sozialpädagogische Begleitung von komplex traumatisierten Menschen. Neben der starken Orientierung an psychotraumatologischen Erkenntnissen sind insbesondere die Fokussierung der Konzepte auf die emotionalen Belastungen der pädagogischen Mitarbeitenden, die Stärkung deren Selbstwirksamkeit in den konkreten Interaktionen sowie die Anpassung der Einrichtungsstrukturen sehr zentral. Dabei ist der wesentliche Aspekt in allen traumapädagogischen Konzepten, durch ein breites Wissen über Traumafolgestörungen ein anderes Verständnis für das Verhalten von Betroffenen im Alltag zu schaffen (S. 787-788).

So bietet Traumapädagogik gemäss Schmid et al. (2017) einerseits Konzepte für die Arbeit mit Klienten, beinhaltet andererseits auch strukturelle Forderungen auf Institutions-, Leitungs-, und Mitarbeiterebene, wodurch gezielt unterstützende Strukturen für die Versorgung und Stabilisierung der Mitarbeitenden geschaffen werden sollen (S. 37). Allen traumapädagogischen Konzepten gemeinsam ist gemäss Weiss, Kessler und Gahleitner (2016) eine traumasensible Grundhaltung, «in deren Zentrum die Annahme des guten Grundes steht: Das Verhalten der Person ist entwicklungsgeschichtlich verstehbar als eine normale Reaktion auf eine ausserordentliche Belastung» (S. 23).

In den folgenden Abschnitten wird der Fokus auf die «Pädagogik des Sicheren Ortes» gerichtet welche grosses Gewicht auf die Mitarbeitenden und institutionellen Strukturen legt (Kühn, 2013, S. 32).

4.2 Pädagogik des Sicheren Ortes – die pädagogische Triade

Das Konzept einer «Pädagogik des Sicheren Ortes» kann als Grundlage für die konzeptionelle Entwicklung von traumasensiblen Institutionen verstanden werden. Dabei werden in diesem stark strukturell ausgerichteten Konzept neben den Bewohner*innen auch die Mitarbeitenden sowie institutionelle Strukturen miteinbezogen.

Da traumatisierte Menschen aufgrund des Erlebten zutiefst in ihrem Selbst- und Weltbild erschüttert sind, stellt Sicherheit den zentralen Aspekt dar. Die Gewährleistung und Garantie von Sicherheit gehört zu den besonders herausfordernden Aufgaben einer Institution (Heidrun Schulze & Martin Kühn, 2012, S. 170–171). Das traumapädagogische Konzept des «Sicheren Ortes» basiert auf der Annahme, dass nur stabile und „sichere“ Fachpersonen traumatisierte Menschen in einer Krise stabilisieren können. Daher ist es in diesem Konzept von grosser Bedeutung, nicht nur bei den betroffenen Menschen anzusetzen, sondern auch die Stabilisierung und Selbstwirksamkeit der Mitarbeitenden zu fördern (Schmid et al., 2017, S. 38).

Die «Pädagogische Triade» als Teil der «Pädagogik des Sicheren Ortes» sieht daher auf folgenden drei Ebenen Massnahmen vor (Kühn, 2013, S. 32–34, Abbildung 2):

- Adressat*innen (Bewohner*innen)
- Sozialpädagogischen Fachpersonen
- Einrichtung

Die von Martin Kühn (2015, S. 41) vorgeschlagenen Inhalte der drei Ebenen der pädagogischen Triade werden in den nachfolgenden Aufstellungen wiedergegeben:

Ebene der Bewohner*innen: Ein Trauma kann bei Betroffenen einen Verlust von Sicherheit und Vertrauen in die Umwelt auslösen. Um traumatische Erfahrungen verarbeiten zu können, braucht es sichere und bewältigbare Lebensraum- und Alltagsbedingungen. Für einen solchen «sicheren Ort» der Bewohner*innen muss von der Institution folgendes sichergestellt werden:

- persönlicher, privater Rückzugsraum
- verlässlicher, berechenbarer Tagesablauf
- zuverlässige Beziehungsangebote
- transparente Entscheidungsprozesse

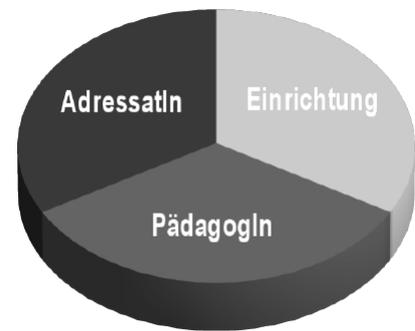


Abbildung 2. Pädagogische Triade in der Pädagogik des Sicheren Ortes (aus Kühn, 2015)

Ebene der Mitarbeitenden: Um handlungsfähig zu sein und eine sichere Beziehung zu den Betroffenen gestalten zu können, brauchen die sozialpädagogische Fachpersonen einen «geschützten Handlungsraum». Um diesen zu gewährleisten, schlägt das Konzept eine Unterstützung der Mitarbeitenden von Seiten Institution unter anderem in folgenden Punkten vor:

- individuell-professionelle Befähigung und traumaspezifische Aus- und Fortbildung
- verlässliche Dienstplanung und funktionierende Work-Life-Balance
- regelmässige Supervision und Fachberatung
- transparente Abläufe und Entscheidungsprozesse
- verlässliche Arbeitsverträge und Karriereplanung
- traumasensible Vorgesetzte und entsprechende Versorgung der Mitarbeitenden nach schwierigen Situationen

Institutionelle Ebene: Um diesen «Sicheren Ort» der Bewohner*innen und den «geschützten Handlungsraum» der Mitarbeitenden gewährleisten zu können, sieht das Konzept auf der Ebene der Gesamteinstitution folgendes vor:

- traumasensibles Verständnis auf allen Hierarchieebenen
- besondere Fürsorgepflicht von Führungskräften für Mitarbeiter*innen
- transparente Abläufe und Entscheidungsprozesse
- ausgewogenes Verhältnis von pädagogischem und wirtschaftlichem Interesse

(Kühn, 2015, S. 41)

Stabilisierung und Fürsorge für sozialpädagogische Fachkräfte

Für vorliegende Arbeit sind aus der pädagogischen Triade hauptsächlich die Ebene der Mitarbeitenden und die institutionelle Ebene relevant. Denn Mitarbeitende werden in der pädagogischen Arbeit mit traumatisierten Menschen immer wieder mit überwältigenden, impulsiven und überraschenden Gefühlen und herausfordernden Situationen konfrontiert. Martin Kühn (2014) plädiert daher dafür, dass die Fachpersonen vor Überlastung durch Traumafolgestörungen und traumatisch geprägten Beziehungsdynamiken vor Ort durch Leitung und Organisation geschützt, gefördert und stabilisiert werden müssen (S. 24), wie dies im Konzept der «Pädagogik des Sicheren Ortes» mit dem «geschützten Handlungsraum» für die Fachpersonen implementiert ist.

Die professionelle Grundhaltung der Traumapädagogik erfordert von den Mitarbeitenden eine hohe Reflexionsfähigkeit, Fachwissen, Belastbarkeit, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit, sowie eine eigene emotionale Stabilität. Schmid et al. (2017) erachten es daher als wichtig, dass Fachkräfte, die auf traumapädagogischen Wohngruppen arbeiten, sich selbst gut kennen, teamfähig und für Ressourcen und Psychohygiene zugänglich sind. Dafür nennen sie Selbsterfahrung als unterstützend und monieren, dass diese für sozialpädagogische Fachpersonen, im Vergleich zu therapeutischen Berufen, keine Voraussetzung ist. Dies, obwohl Sozialpädagog*innen ebenso mit ihrer Persönlichkeit arbeiten und oft noch viel unmittelbarer heftigen Gegenübertragungsgefühlen ausgesetzt sind. Deshalb sehen sie es als hilfreich, wenn sich Fachkräfte im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildungen auch selbst erfahren haben (S. 203).

4.3 Fazit Traumapädagogik

Aus der Vorstellung des traumapädagogischen Konzeptes «Pädagogik des Sicheren Ortes» soll im vorliegenden Fazit Antwort auf die dritte Fragestellung gegeben werden:

Inwiefern schlagen traumapädagogische Konzepte Unterstützungsmöglichkeiten für sozialpädagogische Fachpersonen vor?

Wichtige Punkte des Konzeptes auf der Ebene der sozialpädagogischen Fachpersonen sind:

- Traumapädagogik soll als Bezugsrahmen für das fachliche Verständnis, strukturelle Optimierung und Selbstfürsorge für Fachpersonen dienen.
- Dabei wird die fachliche Befähigung der Fachpersonen durch traumaspezifische Weiter- und Fortbildung hoch gewichtet: mit psychotraumatologischem Wissen wird ein anderes Verständnis für die meisten herausfordernden Verhaltensweisen und traumatisch geprägten Beziehungsdynamiken geschaffen.
- Dieses Wissen und Verständnis hilft auch zum eigenen Schutz in traumatisch geprägten Situationen und Emotionen.
- Austauschgefäße wie Supervision und Fachberatung sollen die Reflexion und Fachlichkeit unterstützen.
- Die Versorgung und Unterstützung der Mitarbeitenden nach schwierigen Situationen wird stark gewichtet.
- Eine ausgewogene Work-Life-Balance soll durch gute Planung und Transparenz gefördert werden.
- Die Selbstfürsorge und Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit der Fachkräfte sollen unterstützt und implementiert werden.
- Indirekt werden die Fachpersonen unterstützt, wenn auf der Ebene Einrichtung die Grundsätze einer „Pädagogik des sicheren Ortes“ umgesetzt und gelebt werden.

5 Forschungsteil: Methodisches Vorgehen

Aufgrund der beschränkten Forschungslage zu den Herausforderungen und Bedürfnissen von sozialpädagogischen Fachpersonen im Umgang mit erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung mit Traumafolgestörungen beinhaltet diese Bachelorarbeit einen Forschungsteil. Dieses Kapitel erläutert das methodische Vorgehen im Forschungsteil.

5.1 Fragestellung

Die Literaturrecherche deutet darauf hin, dass den Themen Traumafolgestörungen und Traumapädagogik in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung noch relativ wenig Raum in der Forschung geschenkt wird. Verschiedene Studien zeigen jedoch, dass die Belastung für Mitarbeitende in nahe verwandten Arbeitsbereichen hoch ist (Kapitel 3). So wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass auch sozialpädagogische Fachpersonen im stationären Wohnbereich von erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im Umgang mit Traumafolgestörungen Herausforderungen begegnen und sie dabei in verschiedenen Formen Unterstützung benötigen. Deshalb soll im Rahmen dieser Arbeit eine Umfrage gemacht werden, um folgende Forschungsfrage zu beantworten:

Welches sind die Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten für sozialpädagogische Fachpersonen im Umgang mit Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung?

5.2 Vorgehen

Nachfolgende Darstellung gibt eine Übersicht, wie in der Forschungsarbeit vorgegangen wurde. Zu Beginn wurde die Erhebungsmethode festgelegt (siehe Kap. 5.2.1). Danach erfolgte die Festlegung der Stichprobe (Kap. 5.2.2), worauf die Institutionen kontaktiert wurden (Kap. 5.2.4). Parallel dazu erfolgte die Ausarbeitung des Fragebogens (Kap. 5.2.3). Nach der Umfragephase (Kap. 5.2.4) wurden die Daten aufbereitet und ausgewertet (s. Kap. 5.2.5).



Abbildung 3. Vorgehen in der Forschungsarbeit nach Festlegung der Erhebungsmethode

5.2.1 Erhebungsmethode

Um Aussagen über das Vorkommen und die Verteilung von Merkmalen wie beispielsweise Belastung von und Unterstützungsmöglichkeiten für Fachpersonen machen zu können, wurde eine **quantitative Forschungsmethode** für die Gewinnung und Analyse der Daten gewählt. Es wurde eine quantitative Forschungsmethode ausgewählt, weil nicht die Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten von einzelnen Fachpersonen vertieft und im Detail erfragt und untersucht werden sollte, also nicht der Einzelfall, sondern durch die standardisierte Datenerhebung allgemeingültigere Aussagen aus den Untersuchungen gezogen werden sollen. Die quantitative Forschungsmethode wurde in Anlehnung an vergleichbare Studien gewählt, welche im Rahmen des «Modellversuchs Traumapädagogik» in Institutionen für Kinder und Jugendliche (Schmid et al., 2017) und des Projektes HEVE in Institutionen für erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung (Büschi et al., 2018) durchgeführt worden sind. Als Erhebungsmethode wurde dafür eine Befragung von sozialpädagogischen Fachpersonen aus stationären Wohngruppen gewählt, welche mit einem **Online-Fragebogen** durchgeführt wurde.

Für den quantitativen Ansatz mittels Fragebogen muss genügend Vorwissen über den Gegenstand bestehen, um eine ausreichende Anzahl von Fragen eindeutig zu formulieren, und wenn eine grosse Zahl von Untersuchungsteilnehmer*innen einbezogen werden soll (Uwe Flick, 2009, S. 113). Denn mit einem Fragebogen lässt sich nur finden, was bereits vermutet wird. So wird für vorliegende Forschungsarbeit von der Annahme ausgegangen, dass die Resultate aus den Forschungsprojekten der Kinder- und Jugendhilfe und dem HEVE-Projekt als Vorwissen verwendet werden können, um mit quantitativen Methoden zu überprüfen, ob sich diese Aussagen und Zusammenhänge auch in der Arbeit mit Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung mit Traumafolgestörungen feststellen lassen.

5.2.2 Stichprobenauswahl

Gemäss Theo Hug und Gerald Poscheschnik (2015) ist das Ziel einer Umfrage, Aussagen über eine Grundgesamtheit von Personen zu machen, ohne alle diese Personen untersuchen zu müssen. Daher muss dafür eine repräsentative Stichprobenauswahl getroffen werden, damit die Ergebnisse auf eine Grundgesamtheit übertragen werden können. Stichprobe gilt dann als repräsentativ, wenn sie die Grundgesamtheit hinsichtlich der wichtigsten Merkmale abbildet (S. 74–75).

Folgende Merkmale wurden vor Untersuchungsbeginn zur Auswahl der Stichprobe für die geplante Umfrage als relevant definiert:

- Wohngruppe in einer Institution für erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung.
- Wohngruppe beherbergt Personen, welche von Traumafolgestörungen betroffen sind.
- Mehrere Mitarbeitende aus einem Team sind bereit, an der Umfrage teilzunehmen.
- Es sollen Mitarbeitende mit unterschiedlichem Ausbildungshintergrund, Erfahrungsstand, Geschlecht und Alter an der Umfrage teilnehmen.

Um solche Wohngruppen für erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung mit Traumafolgestörungen zu finden, wurden verschiedene Fachpersonen angefragt. Folgende Fachpersonen trugen mit Hinweisen und Informationen über passende Institutionen und Wohngruppen zur Stichprobendefinition bei: Anneliese Fischer-Lüönd (Supervisorin/Fachberaterin/Therapeutin), Alois Grüter (Supervisor/Fachberater/ehemaliger Leiter Heilpädagogisch-Psychiatrische Fachstelle der Luzerner Psychiatrie), Birgit Mayer (Agogische Leitung, Wohnheim Tilia), Martin Schröder (Ausbildungsteam Traumapädagogik, UPK Basel), Matthias Spalinger (vahs).

Weitere passende Institutionen wurden mittels Internetrecherche eruiert. Dabei wurden Institutionen ermittelt, welche spezifische Wohngruppenangebote für eine Intensivbetreuung mit Fokus auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und herausfordernden Verhaltensweisen bieten.

5.2.3 Entwicklung des Fragebogens

Der Online-Fragebogen wurde in EvaSys erstellt, einer webbasierten Umfrage-Software, welche durch die HSLU zur Verfügung gestellt wird.

Bei der Fragebogengestaltung wurden dabei möglichst folgende Anspruchskriterien von Hug und Poscheschnik (2015, S. 128) beachtet:

- Die Fragen sollen klar und unmissverständlich formuliert sein.
- Die Struktur der Fragen soll einer inneren Logik folgen.
- Die Antwortvorgaben sollen sowohl dem Inhalt angemessen als auch der Auswertung dienlich sein.
- Die Handhabung des Online-Fragebogens soll leichtfallen.

Für die Ausrichtung der Fragen und der Antwortmöglichkeiten dienten verschiedene Studien zur Orientierung, unter anderem Calabrese und Georgi-Tscherry, 2018; Büschi et al., 2018; Loch und Schulze, 2012a; Schmid et al., 2017; Steinlin et al., 2015a; Steinlin et al., 2015b. Bei jeder Frage

werden diverse Antwortmöglichkeiten geboten, welche je nach Fragestellung eine Einfach- oder Mehrfachauswahl zulassen. Diese geschlossenen Fragen werden dabei meistens mit der Möglichkeit zu einer persönlichen, ergänzenden Antwort kombiniert (siehe Anhang). Dadurch können die Teilnehmenden ihre Antworten bei Bedarf genauer ausführen, erklären oder ergänzen. Auch wird die Möglichkeit gegeben, gewisse Definitionen und Erklärungen von Fachbegriffen bei Bedarf direkt im Fragebogen nachzuschlagen. Der vollständige Fragebogen ist im Anhang dargestellt.

5.2.4 Durchführung der Umfrage

Die Kontaktaufnahme erfolgte jeweils über die Teamleitung, in zwei Fällen auch über die Institutionsleitung. Die Wohngruppen, welche ausgesucht wurden, erhielten von der Autorin eine Anfrage per E-Mail. Die Kontaktpersonen wurden über Anliegen und Thema sowie Zeitdauer und Zeitraum der Umfrage informiert und gebeten, die Möglichkeit und das Interesse einer Umfrageteilnahme bei den Teammitgliedern abzuklären. Der Zweitkontakt für eine genauere Absprache der Teilnahme und Zustellung der Umfragelogins erfolgte erneut per E-Mail oder telefonisch.

Der Versand des Umfrage-Logins erfolgte, soweit die Mailadressen zur Verfügung gestellt wurden, via EvaSys direkt an die Mitarbeitenden. Die anderen Logins wurden den Team- resp. Institutionsleitungen zur internen Verteilung zugestellt. Den Teilnehmenden wurde zugesichert, dass die Befragung anonym erfolgt und anhand der publizierten Resultate keine Rückschlüsse auf die Institutionen möglich sind und die erhobenen Daten ausschliesslich für vorliegende Bachelorarbeit verwendet werden. Der Umfragezeitraum wurde auf rund vier Wochen festgelegt, eine Woche vor Umfrageende wurde nochmals eine Erinnerungsmail versendet.

5.2.5 Datenauswertung

Die Umfrageresultate liegen in EvaSys einerseits in einer einfachen Standardauswertung in pdf-Form vor, zusätzlich können die Rohdaten im CSV- und SPSS-Format exportiert werden. Für vorliegende Auswertungen wurden die Rohdaten im Excel aufbereitet und die Datenauswertung erfolgte hauptsächlich mittels deskriptiver Statistik. Dabei wurde für die verschiedenen Fragen primär die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Variablen, d.h. Antwortoptionen, berechnet und in einem Diagramm grafisch dargestellt. Die offenen Antworten werden auch in der Resultatbeschreibung präsentiert, es erfolgten aber keine spezifischen Auswertungen für diese Antworttexte, sondern sie werden als zusammenfassendes Protokoll dargestellt (Hug & Poscheschnik, 2015, S. 131).

5.3 Detaillierte Stichprobenbeschreibung

Alle acht angefragten Institutionen mit Wohngruppen für erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zeigten Interesse an der Thematik und beteiligten sich an der Studie. Innerhalb der Institutionen wurden zum Teil mehrere Teamleiter angefragt, ob sie mit ihrem Team an der Umfrage teilnehmen möchten. 11 der angefragten Teamleiter*innen zeigten grosses Interesse an der Umfrage-Beteiligung, von zwei Teamleiter*innen kam keine Rückmeldung.

Bei 6 Institutionen nahmen Mitarbeitende aus jeweils 1-3 Teams teil, bei den anderen 2 Institutionen nahmen Mitarbeitende nicht wohngruppenspezifisch, sondern institutionsübergreifend teil. Pro Institution nahmen zwischen 3 und 13 sozialpädagogische Fachpersonen teil. Insgesamt wurden 78 Fragebogen-Logins versendet, wovon 56 Fragebogen ausgefüllt zurückkamen. Die Rücklaufquote der Online-Umfragebögen beträgt somit 72%.

5.3.1 Umfrage-Teilnehmer*innen

An der Online-Umfrage beteiligten sich 56 Personen, wobei der Anteil an Frauen 57% und jener an Männer 36% beträgt und sich 4 Personen der Aussage über das Geschlecht enthielten. Das Alter der Teilnehmenden reicht von unter 25 Jahren bis über 60 Jahre. Deutlich am meisten der Umfrageteilnehmenden sind zwischen 31-40 Jahre alt (41.1%), gefolgt von der Altersklasse 41-50 und 51-60 (Abbildung 4a).

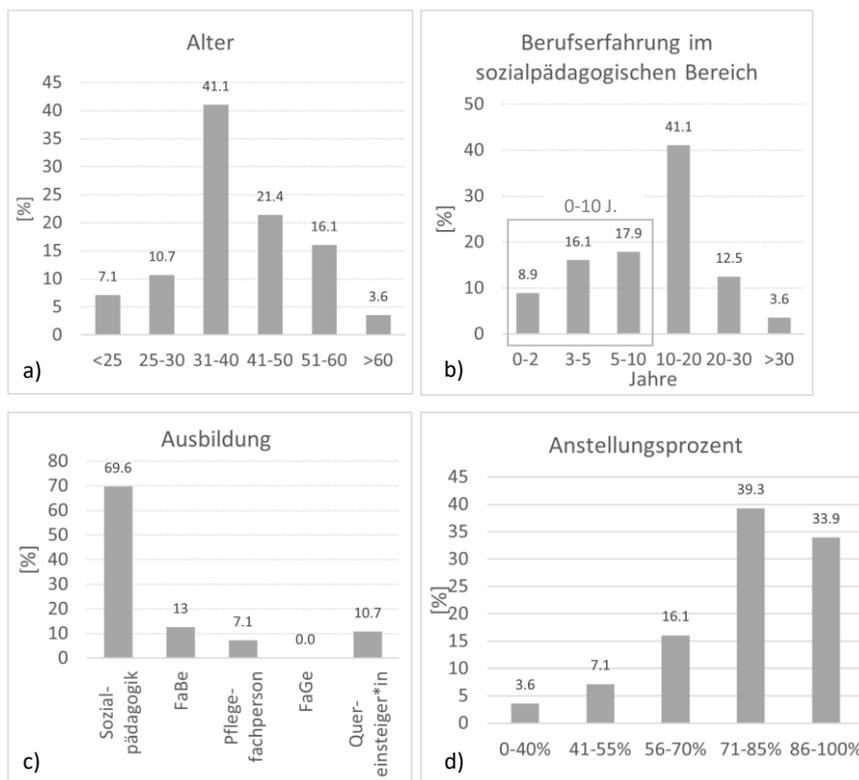


Abbildung 4. Personenspezifische Informationen der Umfrageteilnehmenden

Bei der Berufserfahrung im sozialpädagogischen Bereich ist der Anteil von 0-10 Jahre und 10-20 Jahre Berufserfahrung mit 43%, resp. 41% ähnlich gross. Die Gruppen mit über 20 Jahren Erfahrung sind wieder deutlich kleiner. Mit knapp 9% Anteil gibt es nur wenige Berufseinsteiger mit 0-2 Jahren Erfahrung (Abbildung 4b).

Abbildung 4c zeigt, dass mit 70% der Grossteil der Umfrageteilnehmenden eine Ausbildung in Sozialpädagogik hat, 12.5% eine FaBe-Ausbildung haben, ähnlich viele Quereinsteiger (10.7%) und mit 7% der kleinste Anteil Pflegefachpersonen sind.

Die Angaben zu den Anstellungsprozenten in Abbildung 4d zeigen, dass viele der Umfrageteilnehmenden relativ hochprozentig arbeiten, nämlich 39% zwischen 71 und 85 Anstellungsprozenten und 34% zwischen 86 und 100 Anstellungsprozenten, was zusammen 73% der Umfrageteilnehmenden bedeutet, welche über 71% arbeiten. Die anderen 27% der Teilnehmenden arbeiten 70% oder weniger, wobei nur 3.6% (2 Personen) 40% oder weniger arbeiten.

5.3.2 Arbeitsumfeld

Grösse Institutionen / Wohngruppen

Von den 56 Umfrageteilnehmenden arbeiten 31 Personen in Institutionen, welche insgesamt zwischen 5-10 Wohngruppen haben, 23 in solchen mit über 10 Wohngruppen, und eine Person wählte die kleinste Gesamtinstitutionsgrösse an, bei insgesamt einer Enthaltung (Abbildung 5a).

Die Wohngruppengrössen variieren von 2-3 Bewohner*innen bis über 10 Bewohner*innen (Abbildung 5b). Von den Umfrageteilnehmenden arbeiten dabei gut 5% auf einer Wohngruppe mit 2-3 Bewohnenden, knapp 34% auf einer mit 4-5 Bewohnenden, gut 46% auf einer mit 6-10 Bewohnenden und gut 14% betreuen auf ihrer Wohngruppe mehr als 10 Bewohnende.

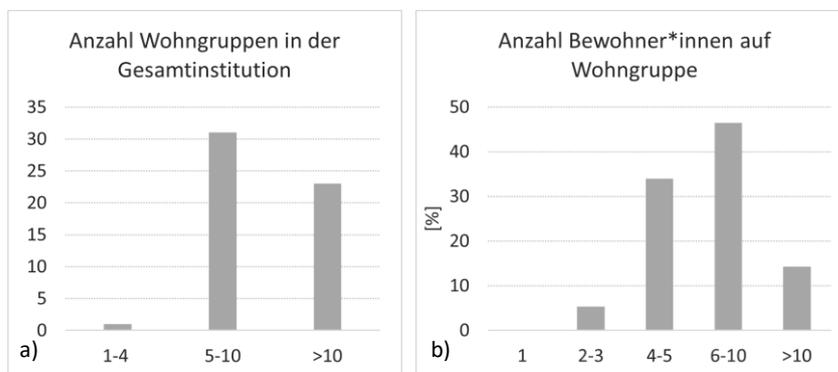


Abbildung 5. Grösse der Gesamtinstitutionen (a) und der Wohngruppen(b)

Teamgrösse und Dienstformen

Die Teamgrössen variieren hauptsächlich zwischen 5 und 16 Mitarbeitenden, je eine Person gab eine Teamgrösse von 1-4, resp. >16 Personen an (Abbildung 6a). Die Umfrageteilnehmenden arbeiten dabei grösstenteils in Teams von 5-12 Mitarbeitenden.

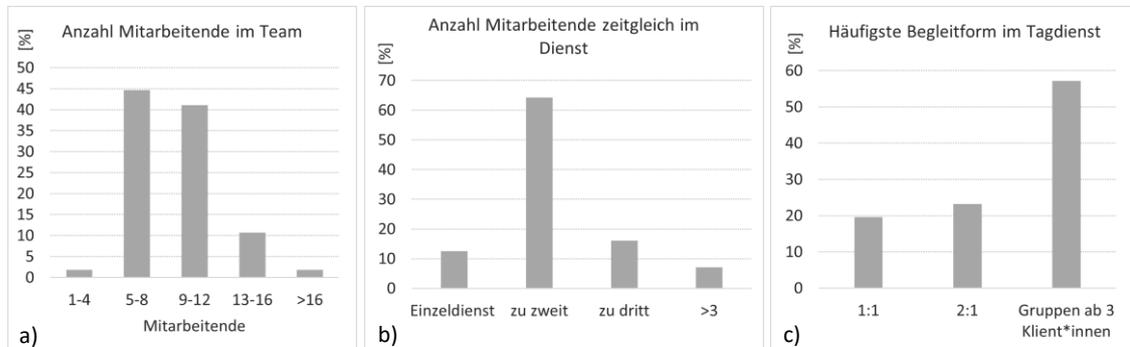


Abbildung 6. Teamgrösse (a), Dienstformen (b) und Betreuungsschlüssel (c)

Bezüglich Dienstform zeigt die Umfrage, dass weitaus am häufigsten mit zwei Mitarbeitenden im Dienst gearbeitet wird (64.3%, Abbildung 6b). Deutlich weniger häufig kommen Einzeldienste und Dienste zu dritt oder mehr als drei Mitarbeitende vor. Die Frage bezüglich Betreuungsschlüssel ergibt, dass die häufigste Begleitform mit gut 57% eine Begleitung von Gruppen ab 3 Klient*innen ist, eine engere Betreuung von 2:1 (2 Bewohner*innen, 1 Begleitperson) oder 1:1 kommt bei rund 20% der Umfrageteilnehmenden vor (Abbildung 6c).

6 Darstellung der Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Resultate aus der Umfrage dargestellt. Dank der hohen Umfragebeteiligung konnten die Auswertungen auf einen umfangreichen Datensatz abgestützt werden. Die Umfrage war thematisch ähnlich strukturiert wie die vorhergehenden Kapitel der Literaturgrundlagen, und genauso werden hier auch die Resultate präsentiert. So werden zuerst Fragen zu Trauma und Symptomatiken von Traumafolgestörungen der Bewohner*innen beantwortet, dann die Belastung von Mitarbeitenden untersucht und zum Schluss ihre Antworten bezüglich Unterstützungsmöglichkeiten präsentiert.

6.1 Trauma und Traumafolgestörungen bei Bewohner*innen

Vorhandensein von Traumata bei Bewohner*innen

In der Umfrage wurde befragt, ob es Bewohner*innen in der Wohngruppe gibt, welche ein Trauma haben und dabei auch eine Einstufung ermöglicht, wie hoch die Gewissheit über das Vorhandensein des Traumas ist.

Bei dieser Frage war eine Mehrfachauswahl möglich, falls mehrere Bewohner*innen der Wohngruppe Trauma-Erfahrungen haben und unterschiedliche Kenntnisstände über das Vorhandensein eines Traumas gegeben sind. So gaben die 56 Umfrageteilnehmenden 87 Nennungen. Dabei gibt es bei 31 Personen eine Einfachnennung, bei 19 eine Doppelnennung und bei 6 eine Dreifachnennung. Die Antworten zeigen, dass ohne Ausnahme alle Umfrageteilnehmenden mit mindestens einer Person in der Wohngruppe arbeiten, bei welcher Traumatisierung ein Thema ist. In verschiedenen Wohngruppen sind es sogar mehrere Personen mit traumatischen Erfahrungen, die genaue Anzahl ist aber aus der Umfrage nicht ableitbar.

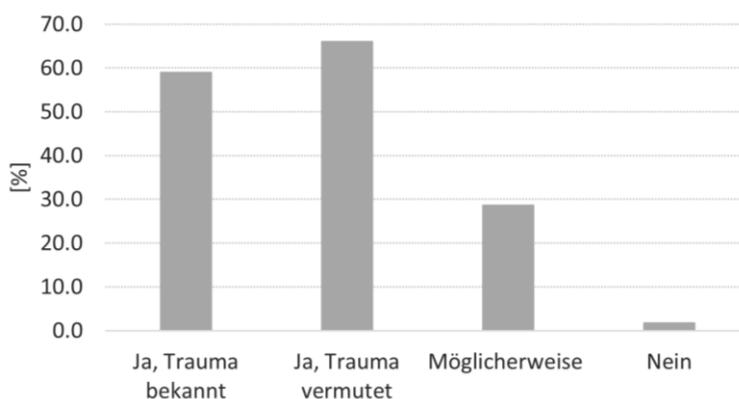


Abbildung 7. Kenntnisstand über das Vorhandensein von Traumata bei Bewohner*innen

Bezüglich des Kenntnisstands befragt, gaben 59% der Umfrageteilnehmenden an, dass sie mit Menschen arbeiten, bei denen ein Trauma bekannt ist, 66% betreuen Personen, bei denen ein Trauma vermutet wird und 29% von ihnen antworten, dass bei Bewohner*innen ist möglicherweise ein Trauma vorhanden ist (Abbildung 7).

Erkennen von Traumafolgestörungen

Die Teilnehmenden wurden befragt, ob sie im Arbeitsalltag erkennen können, ob und wann eine herausfordernde Verhaltensweise oder Situation möglicherweise mit einem Trauma der betreffenden Person zusammenhängt. Die Antworten in Abbildung 8 zeigen, dass 55.4% dies manchmal einschätzen können, 25% der Befragten Traumafolgestörungen oft erkennen können, während es 29% eher schwierig fällt und 4% mit nein antworten. Auch hier war analog zu Abbildung 7 eine Mehrfachnennung möglich, da eine Einschätzung bei verschiedenen betroffenen Bewohner*in ganz unterschiedlich möglich sein kann. Dabei gab es 49 Einfachnennungen und 7 Doppelnennungen.

In den offenen Antworten schildert eine Person ihre Erfahrung, dass wenn man ein Auge dafür entwickelt habe, ganz viele Verhaltensweisen als möglicherweise Trauma-indiziert gesehen werden können. Auch wird von einer anderen Person geschildert, dass es zum Teil klar zu erkennen sei, zum Teil Vermutungen seien und oftmals Verhaltensweisen auch gar nicht mit einem Trauma in Verbindung gebracht würden. Zusätzlich wird eingebracht, dass es oft schwierig zu eruieren sei, ob ein herausforderndes Verhalten aufgrund einer Überforderung, einer Unterforderung oder eines Traumas geschieht.

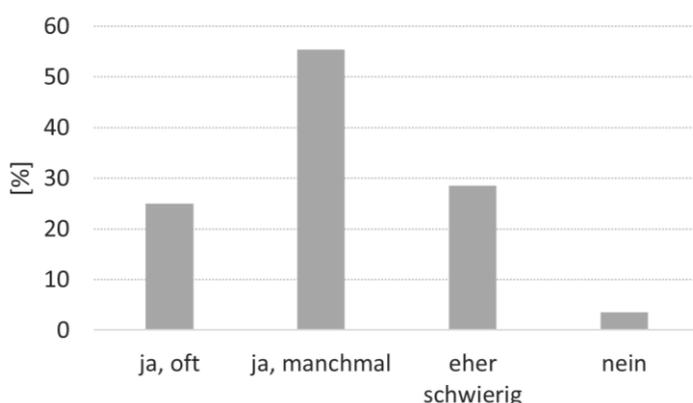


Abbildung 8. Erkennen verschiedener Symptomatiken einer Traumafolgestörung

Formen von Traumafolgestörungen

Als Basis für die weiteren Fragestellungen wird in dieser Studie untersucht, welche Formen von Traumafolgestörungen von den Bewohner*innen im Alltag auf den Wohngruppen gezeigt werden. Die in Abbildung 9 aufgeführten Verhaltensformen stellen die vorgegebene Auswahlmöglichkeit der Umfrage dar, eine Mehrfachauswahl war möglich. Die Umfrageteilnehmenden markierten zwischen 2 und 15 verschiedene Verhaltensformen möglicher Traumafolgestörungen, welche sie in der Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung erleben, wobei ein Grossteil (71%) zwischen 3 und 8 verschiedene Formen auswählten. Dies zeigt die Vielfältigkeit und Breite des Spektrums an Symptomatiken infolge von Traumafolgestörungen der Bewohner*innen auf, auch wurden in den offenen Antworten noch weitere Formen erwähnt.

Abbildung 9 zeigt die von den Bewohner*innen im Alltag gezeigten Verhaltensformen, geordnet nach deren Prävalenz. Die Resultate zeigen, dass verbale Aggressionen und Schreien mit Abstand am häufigsten vorkommen und im Arbeitsalltag von 88% der Umfrageteilnehmenden erlebt werden. Danach folgen mit absteigender Häufigkeit Angst/Depression, Fremdaggression und Vermeidungsverhalten, welche von 60%-70% der Teilnehmenden erlebt werden, Rückzug/Selbstisolation, Übererregungssymptome und Autoaggression von 50%-60%. Am wenigsten oft genannt wurden sexualisierte Verhaltensweisen, Stereotypen und Reinszenierung (je <30%). Bei den Verhaltensformen mit hoher Prävalenz werden externalisierende Verhaltensformen ähnlich oft genannt wie internalisierende. Die Umfrageresultate zeigen auf, dass alle Umfrageteilnehmende externalisierende Verhaltensweisen erleben, und ein grosser Teil – aber nicht alle – auch internalisierende.

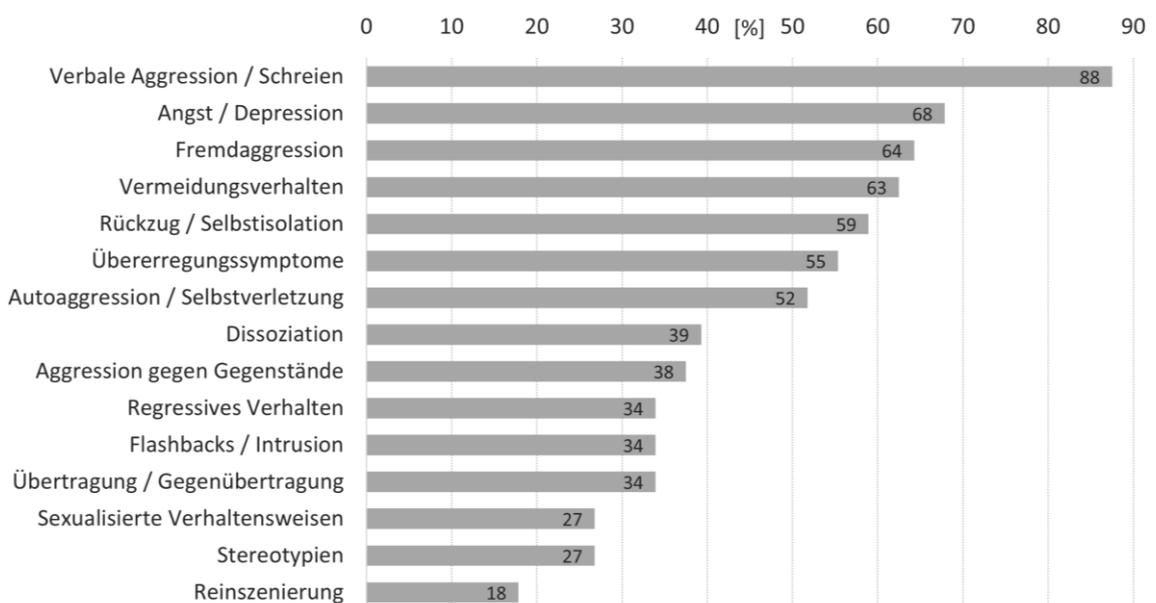


Abbildung 9. Von Mitarbeitenden erlebte Traumafolgestörungen der Bewohner*innen

In den offenen Antworten werden noch weitere Verhaltensformen von möglichen Traumafolgestörungen geschildert wie «Verweigerung», «kaum Körperwahrnehmung», «schaffen es nicht die Augen zu schliessen (Hypervigilanz)», «Schmieren mit Stuhlgang» und «Suizidäusserungen».

6.2 Herausforderungen im Umgang mit Traumafolgestörungen

Herausforderung durch die verschiedenen Verhaltensformen

Für jede persönlich erlebte und angekreuzte Traumafolgestörungen der Bewohner*innen (vorherige Frage und Abbildung) wurde eine Einstufung der jeweiligen Herausforderung befragt. Abbildung 10 zeigt auf, wie herausfordernd die einzelnen Verhaltensweisen für die Mitarbeitenden sind (farbige Säulen), dabei sind die Verhaltensformen geordnet nach der absoluten Prävalenz (grauen Säulen, analog zu Abbildung 9). Die farbigen Säulen stellen die relativen Anteile der vier Herausforderungsstärken pro Verhaltensform dar, welche für jede Verhaltensform basierend auf der Anzahl Nennungen der jeweiligen Verhaltensform berechnet wurde.

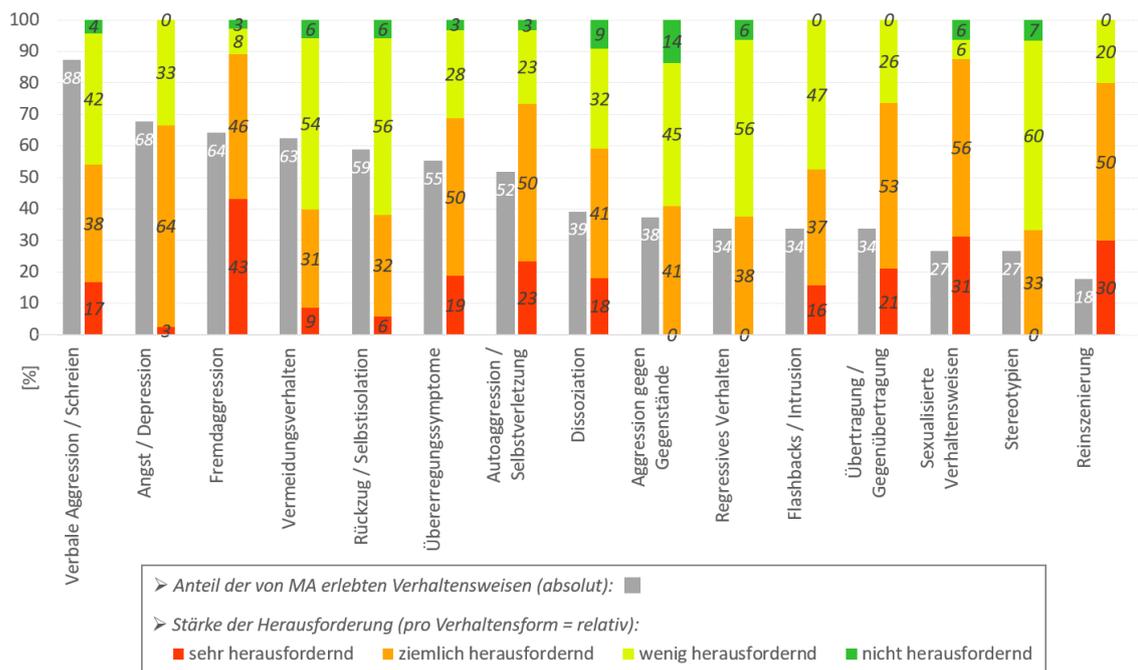


Abbildung 10. Stärke der Herausforderung (farbige Säulen, relativer Anteil pro Verhaltensform), geordnet nach Prävalenz der Verhaltensform (graue Säulen, absoluter Anteil)

Die Resultate aus der Umfrage zeigen, dass die Herausforderung zwar von den verschiedenen Umfrageteilnehmenden unterschiedlich wahrgenommen und eingeschätzt wird, sich aber insgesamt ein deutliches Bild der Herausforderungsstärke der verschiedenen Verhaltensweisen abzeichnet. So wird Fremdaggression mit 43% anteilmässig am meisten als «sehr

herausfordernd» (rote Säulen) genannt, gefolgt von sexualisierten Verhaltensweisen (31%) und Reinszenierung (30%). Gut 20% der Befragten, welche Autoaggression und Übertragungssituationen erlebt haben, empfinden diese als sehr herausfordernd.

Werden die zwei Klassen «ziemlich» und «sehr herausfordernd» zusammen betrachtet (orange und rote Säulen aufsummiert), verdeutlicht sich dieses Bild noch mehr. So liegt der Anteil von Fremdaggression bei knapp 90%, von sexualisierten Verhaltensweisen bei 88%, und Reinszenierung bei 80%. Auch hier folgen Autoaggression und Übertragungssituationen mit je rund 73%. Bei der kombinierten Betrachtung heben sich auch Übererregungssymptome (69%) und Angst/Depression (67%) von den restlichen ab. Angst/Depression nehmen jedoch nur 3% als sehr herausfordernd wahr, und der grösste Teil als ziemlich herausfordernd. In den offenen Antworten wird der Umgang mit Suizidäusserungen als sehr herausfordernd ergänzt.

Abbildung 10 zeigt, dass Übertragungssituationen, sexualisierten Verhaltensweisen und Reinszenierung zwar nur von einem Drittel bis einem Fünftel der Umfrageteilnehmenden erlebt werden, diese dann aber ausgeprägt stark als herausfordernd wahrgenommen werden, also die relative Herausforderungsstärke hoch ist. Demgegenüber wird verbale Aggression zwar weitaus am häufigsten erlebt, wird aber mit 17% sehr herausfordernd und 55% ziemlich + sehr herausfordernd kombiniert deutlich weniger stark herausfordernd empfunden als die obengenannten.

Folgende Verhaltensweisen hingegen wurden von niemandem als sehr herausfordernd eingestuft: Aggression gegen Gegenstände, regressives Verhalten und Stereotypen. Zusammen mit Vermeidungsverhalten und Rückzug erhalten diese drei Verhaltensformen überwiegend eine Einstufung als nicht (dunkelgrüne Säulen) oder wenig herausfordernd (hellgrüne Säulen).

Faktoren der Herausforderung

Eine Verhaltensweise oder Situation kann aus verschiedenen Gründen als herausfordernd empfunden werden. Abbildung 11 zeigt, dass über 80% der Umfrageteilnehmenden die Intensität des Verhaltens als Herausforderung empfinden, an zweiter Stelle wird die Unberechenbarkeit mit über 70% genannt. Auch das unverhoffte Auftreten des Verhaltens ist für über 65% eine Herausforderung. Die weiteren Faktoren werden relativ ähnlich oft genannt, nämlich von rund 40% der Teilnehmenden. Dass ein Verhalten nicht nachvollziehbar ist, wird dabei nur von 27% als herausfordernd empfunden.

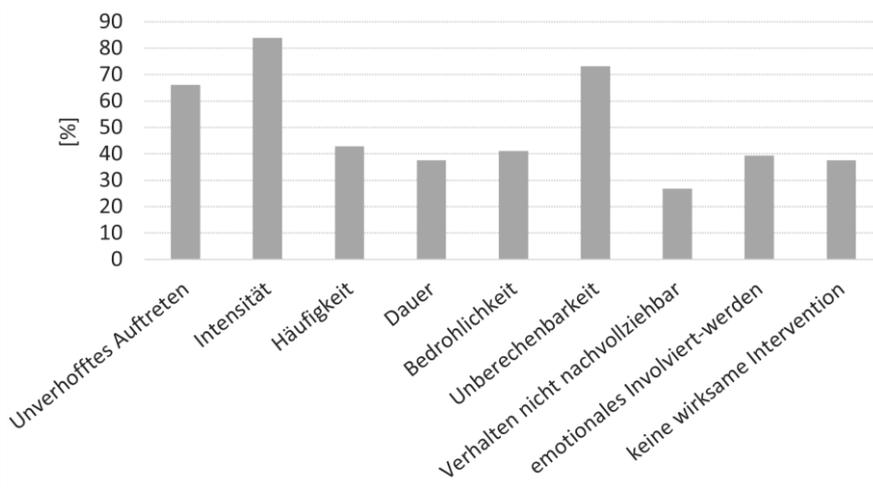


Abbildung 11. Faktoren welche die Herausforderung ausmachen können

Weitere Gründe und Faktoren, weshalb die Situation als herausfordernd empfunden wird, werden in den offenen Antworten aufgeführt. Diese beinhalten das «Aushalten der Situation», «Hilflosigkeit», «neben der Betroffenen Person die Mitbewohnenden begleiten/schützen», «Bedrohlichkeit gegenüber anderen Bewohnenden», «andere anwesende Bewohner*innen, bei welchen durch das Verhalten der traumatisierten Person ebenfalls eine Krise ausgelöst wird (z.B. durch Überforderung, Reizüberflutung)», «involvierte Familienmitglieder im Zusammenhang mit Trauma und auch da die Vermeidungsstrategie, nichts anzusprechen», «zeigt die Person solche Verhaltensauffälligkeiten in der Öffentlichkeit: die Reaktionen der Fremden (gaffen, sich ungefragt einmischen- kontraproduktiv)», «zum Teil Zeitressourcen/personelle Ressourcen».

Stellvertretend für viele Antworten zeigt folgende Aussage, dass die Empfindung der Herausforderung sehr unterschiedlich sein kann und stark von der persönlichen Verfassung abhängen kann: «Alles, je nach Person, Häufigkeit und Intensität. Manchmal steckt man es besser weg, manchmal stresst es ungemein. Hängt auch von meiner eigenen Tagesform ab.»

Belastung durch die ausgelösten Gefühle

Herausfordernde Situationen und Verhalten können bei Mitarbeitenden verschiedene Gefühle auslösen. Fast 95% der Befragten geben an, dass solche herausfordernde Situationen und Verhalten bei ihnen Stress auslösen (Abbildung 12), gefolgt von Erschrecken (85%), Überforderung (82%) und Ohnmachtsgefühl (80%).

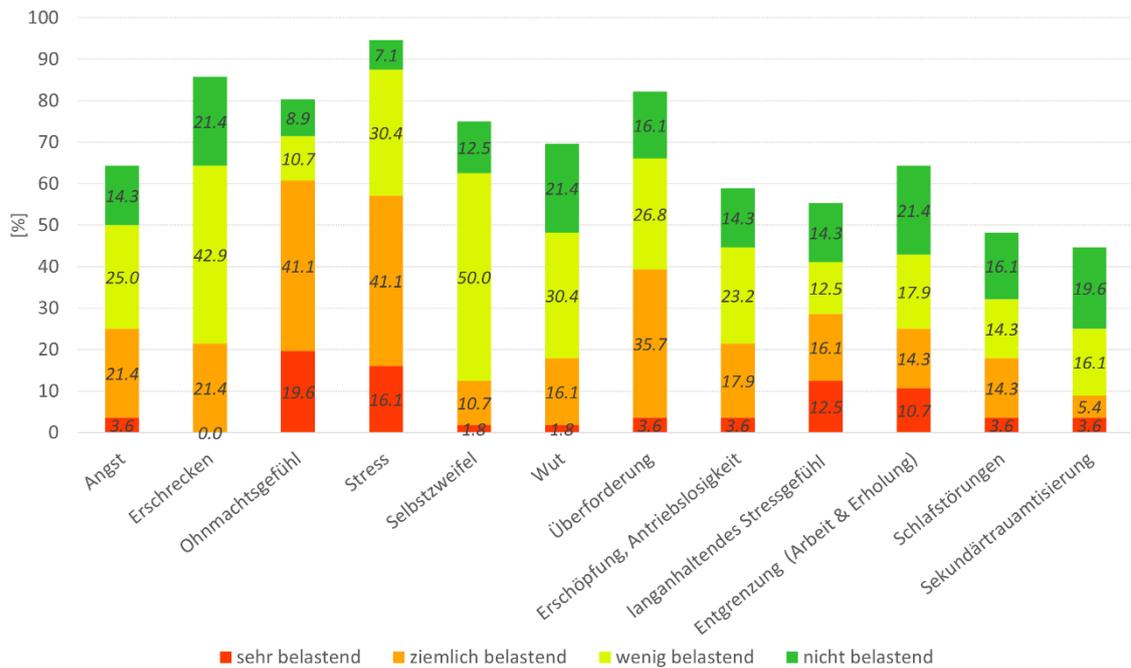


Abbildung 12. Durch herausfordernde Situationen und Verhaltensweisen ausgelöste Gefühle bei den sozialpädagogischen Fachpersonen und die damit zusammenhängende Belastungsstärke

Betrachtet man die Stärke der Belastung durch die ausgelösten Gefühle (Abbildung 12), zeichnet sich das Ohnmachtsgefühl mit 19.6% «sehr belastend» als das belastendste Gefühl ab. Die Deutlichkeit nimmt noch zu, wenn die ziemlich belastenden Anteile dazugenommen werden (41.1%) – somit nehmen fast 60% aller Umfrageteilnehmenden das Ohnmachtsgefühl als ziemlich bis sehr belastend wahr. Bei Stress zeichnet sich ein sehr ähnliches Bild der Stärke der Belastung ab, nur dass es hier noch einen grösseren Anteil gibt, der das Gefühl als wenig belastend wahrnimmt. Danach folgen langanhaltendes Stressgefühl, Entgrenzung, Überforderung und Angst mit einer relativ hohen Belastung.

Ein deutlich anderes Bild zeigt sich bei den Gefühlen wie Erschrecken, Selbstzweifel und Wut. Diese werden in den befragten Situationen zwar relativ oft empfunden, jedoch hauptsächlich als wenig (42.9, 50, 30.4%) oder gar nicht (21.4, 12.5, 21.4%) als belastend wahrgenommen.

Zusätzlich zu den gegebenen Auswahlmöglichkeiten werden folgende Gefühle genannt: «Mitgefühl für die betroffene Person», «Entwicklung einer tiefen Müdigkeit sobald der Adrenalinspiegel herunterfährt» und «persönliches Flash-Back». Auch wird eingebracht, dass es eine grosse Belastung wäre, wenn nicht darüber gesprochen werden könnte.

6.3 Unterstützungsmöglichkeiten / -angebote

Unterstützung IN herausfordernden Situationen

Die in der Umfrage gegebene Auswahl an Unterstützungsmöglichkeiten werden alle als grösstenteils hilfreich betrachtet. Als hilfreichste Unterstützungen **IN** einer herausfordernden Situation werden das Hintergrundwissen zum/zur Bewohner*in (73.2% sehr hilfreich), klare Interventionsmöglichkeiten (69.6%) und Unterstützung durch weitere Mitarbeitende (64.3%) genannt (Abbildung 13).

Die drei Punkte «Fachwissen zu Trauma», «Wissen aus ähnlichen Erfahrungen von anderen MA» und «Erklärungswissen zum Verhalten» werden als etwas weniger hilfreich eingeschätzt, mit je ca. 48% «sehr hilfreich»- und 40-45% «hilfreich»-Nennungen. In der Summe werden von allen Auswahlmöglichkeiten das Auszeit-Zimmer und die Rückzugsmöglichkeit am wenigsten hilfreich eingeschätzt. Einige Umfrageteilnehmende empfinden gewisse Unterstützungsmöglichkeiten als nicht hilfreich, bei diesen Punkten überwiegt jedoch der Anteil der hilfreichen Einschätzungen bei weitem.

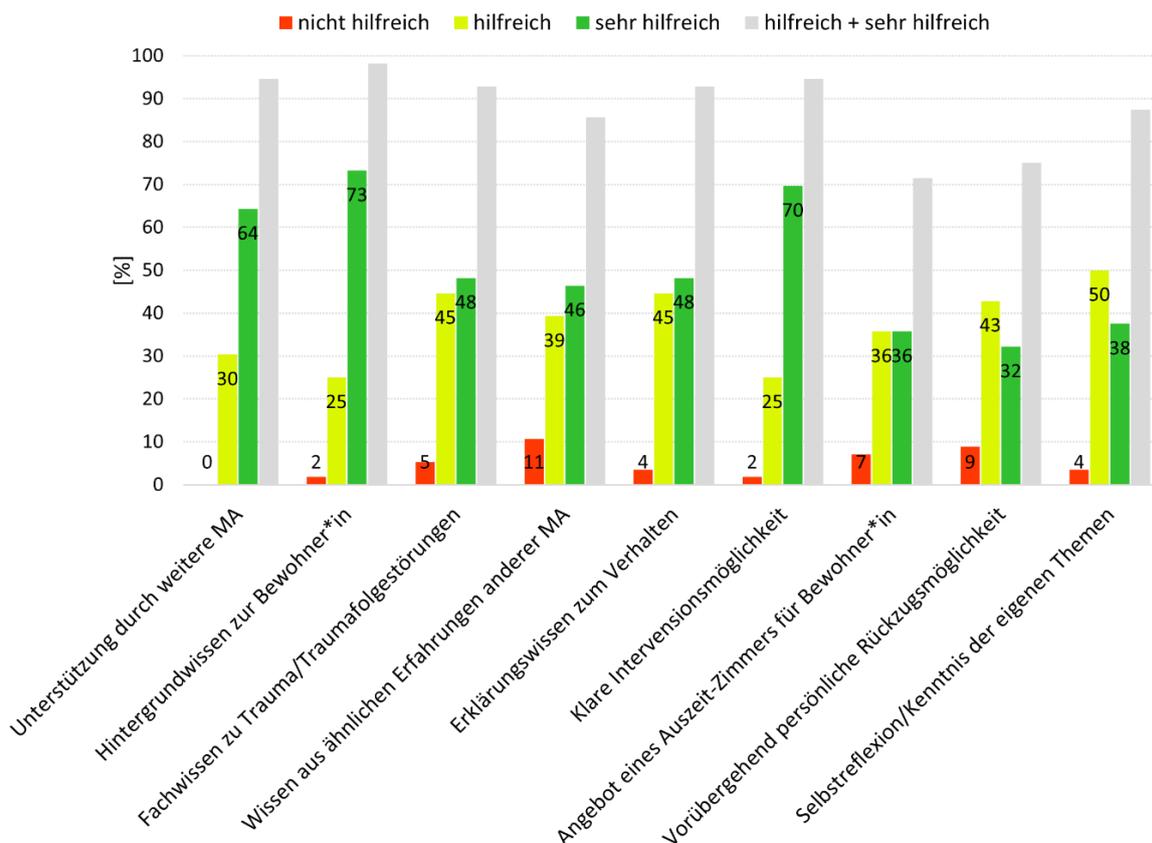


Abbildung 13. Hilfreiche Unterstützungsangebote IN einer herausfordernden Situation/Interaktion

In den offenen Antworten wird auch das Vorhandensein eines Alarmierungssystems als hilfreich aufgeführt, wo die Mitarbeitenden im Notfall die Möglichkeit haben, am Mobiltelefon einen Notfallknopf zu drücken. Auch wird geschildert, dass eine persönliche eigene Traumatherapie sehr dabei hilft, solche Situationen besser verstehen und einordnen zu können, bzw. die eigene Selbstregulation trotz belastendem Arbeitsumfeld besser bewerkstelligen zu können. Auch Erfahrung wird als sehr hilfreich empfunden.

Unterstützung NACH herausfordernden Situationen

NACH einer herausfordernden Situation heben sich zwei der Auswahlmöglichkeiten als sehr hilfreich ab (Abbildung 14). Eine Besprechung und Reflexion mit Mitarbeitenden wird von allen geschätzt (84% sehr hilfreich, 16% hilfreich). Am zweitmeisten als sehr hilfreich genannt wird das Privatleben/Hobbies (71%).

Bei einem grossen Teil der anderen Auswahlmöglichkeiten sieht die Verteilung der Antworten relativ ähnlich aus mit je rund 40-50% bei «hilfreich» und «sehr hilfreich». Deutlich weniger hilfreich eingeschätzt werden Gespräche mit dem Vorgesetzten, Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen, und am deutlichsten die Gespräche im privaten Umfeld, welche 23% als explizit nicht hilfreich nannten.

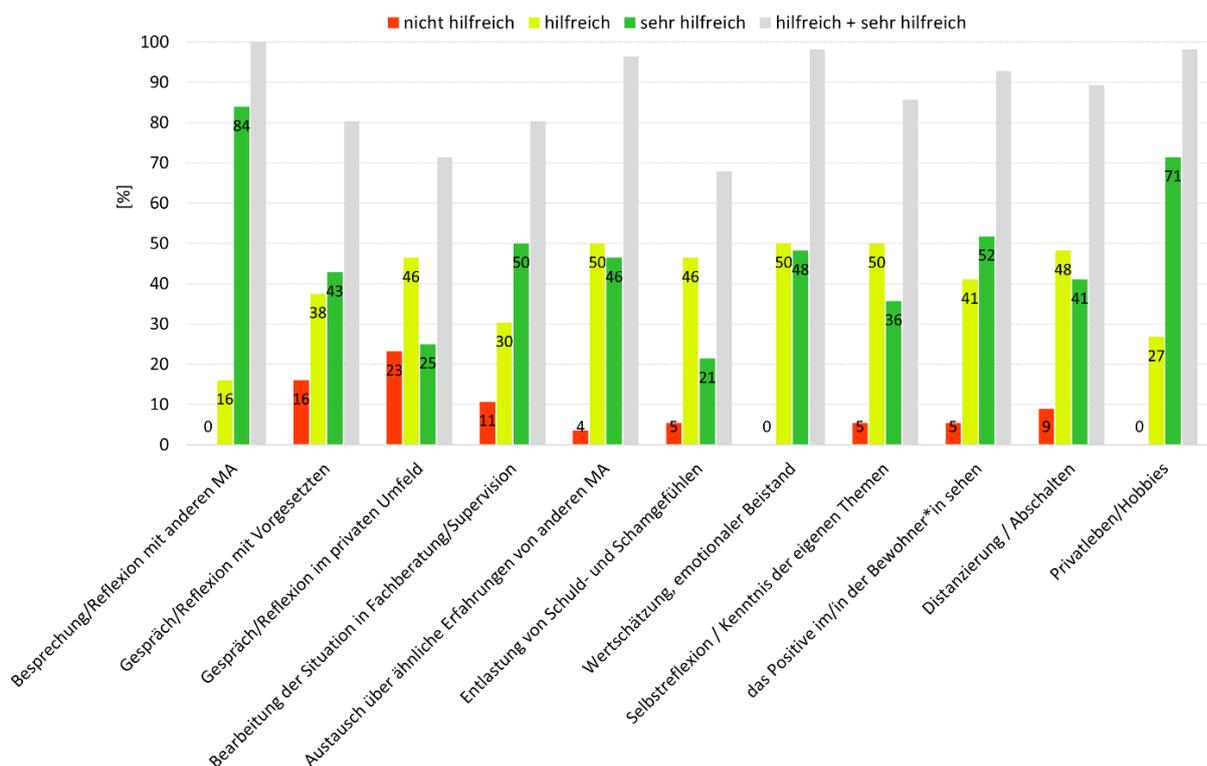


Abbildung 14. Hilfreiche Unterstützungsangebote NACH einer herausfordernden Situation

Detailauswertungen haben gezeigt, dass Gespräche mit anderen Mitarbeitenden bei Umfrageteilnehmenden im Einzeldienst mit 71% sehr hilfreich deutlich tiefer liegen und bei Dienstformen zu dritt oder mehr mit 92% deutlich höher sind als über die Gesamtheit. Diese zwei Dienstformgruppen sind jedoch mit 7, resp. 12 Personen klein und somit weniger repräsentativ. Mitarbeitende im Einzeldienst gewichten auch «das Positive im/in der Bewohner*in sehen» und «Privatleben/Hobbies» mit je 86% deutlich höher ist als der Gesamtdurchschnitt.

In den offenen Antworten werden folgende Punkte als hilfreich ergänzt: 2 Tage am Stück frei; Freizeitbeschäftigung, welche hilft, belastende Inhalte zu verarbeiten; eine Pause machen können zum Distanzieren/Abschalten, indem andere Mitarbeitende die Begleitung des Klienten/der Klientin übernehmen. Im Gegensatz dazu empfindet eine andere Person den Rückzug von der betreuten Person nach einer sehr herausfordernden Situation als eher negativ, denn umso länger sie sich zurückziehe, umso schwerer sei es, sich in der Betreuung wieder sicher zu fühlen.

Unterstützung für das Erkennen von und den Umgang mit herausfordernden Situationen

Bei der gewünschten Unterstützung für das Erkennen von und den Umgang mit herausfordernden Situationen, welche mit Traumafolgestörungen der Bewohner*innen im Zusammenhang stehen können, heben sich deutlich die drei Punkte 'Supervision/Fachberatung', 'Fort-/Weiterbildung zum Thema Trauma' sowie 'Förderung des Verstehens von Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Trauma/Traumafolgestörungen' ab (wenn möglich & unbedingt zusammen: 80, 88, 86%, Abbildung 15).

Bei den Auswahlangeboten 'mehr Unterstützung durch Team', 'mehr Zeit für Selbstreflexion', 'mehr Rückzugsmöglichkeit', 'mehr Wertschätzung/emotionaler Beistand' ist der Anteil an Nein höher als der Anteil an Ja-Antworten oder ähnlich hoch ('mehr Unterstützung durch Vorgesetzte*n'). Bei diesen Antworten bleibt offen, ob diese Unterstützung schon zur Genüge vorhanden ist, oder ob diese Unterstützung gar nicht gewünscht ist. Einige Umfrageteilnehmende geben jedoch in den offenen Antworten an, dass viele der aufgeführten Unterstützungsangebote schon gut umgesetzt sind. Daher antworten sie mit Nein, erachten die Angebote gleichwohl als sehr wichtig.

In den offenen Antworten werden folgende Punkte betont: Spezifische Weiterbildungsmöglichkeiten; diverse Literatur zum Thema; Austausch mit Wohngruppenleitung, welche schon lange mit den Bewohnenden vertraut ist; Fachgespräche mit aussenstehenden Supervisionen. Bei massiven Vorfällen wird auch die Möglichkeit von Einzelsupervision oder therapeutischer Unterstützung gewünscht.

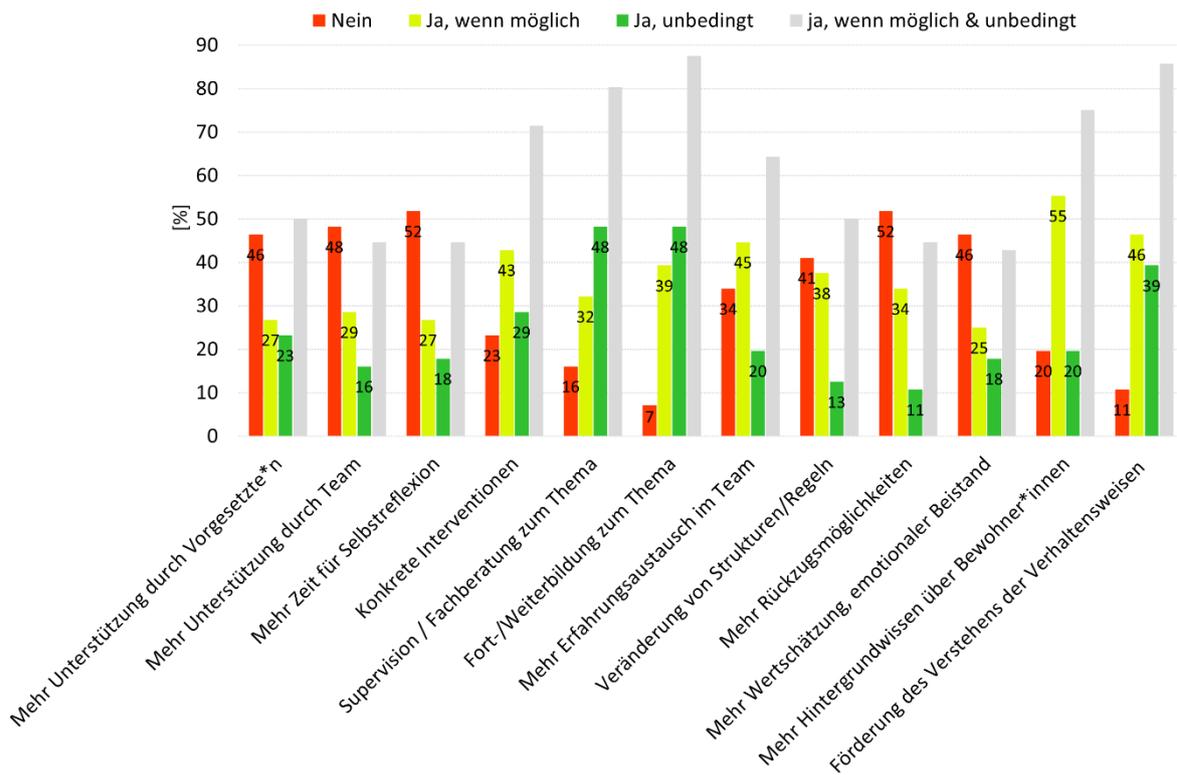


Abbildung 15. Gewünschte Unterstützung für das Erkennen von und Umgang mit herausfordernden Situationen infolge Traumafolgestörungen

6.4 Verankerung des Themas Trauma in Institutionen und bei Mitarbeitenden

In dieser Arbeit wurde untersucht, wie und auf welcher Ebene in den Institutionen der Umgang mit der Thematik Trauma/Traumafolgestörungen gehandhabt wird. Bei der ersten Anfrage der verschiedenen Institutionen hat es sich gezeigt, dass in keiner der Institutionen ein traumapädagogisches Konzept besteht, welches über die Gesamtinstitution praktiziert wird, jedoch gewisse Wohngruppen spezifischere Konzepte zum Thema Trauma haben.

In der Umfrage gaben 16.1% der Befragten an, dass ein traumapädagogisches Konzept vorhanden ist (Abbildung 16a). Trauma-spezifische Fachberatungen oder Supervisionen sind deutlich weiter verbreitet in den involvierten Institutionen. Knapp 45% der Mitarbeitenden geben an, dass bei ihnen Trauma/Traumafolgestörungen in einem solchen Setting thematisiert werden.

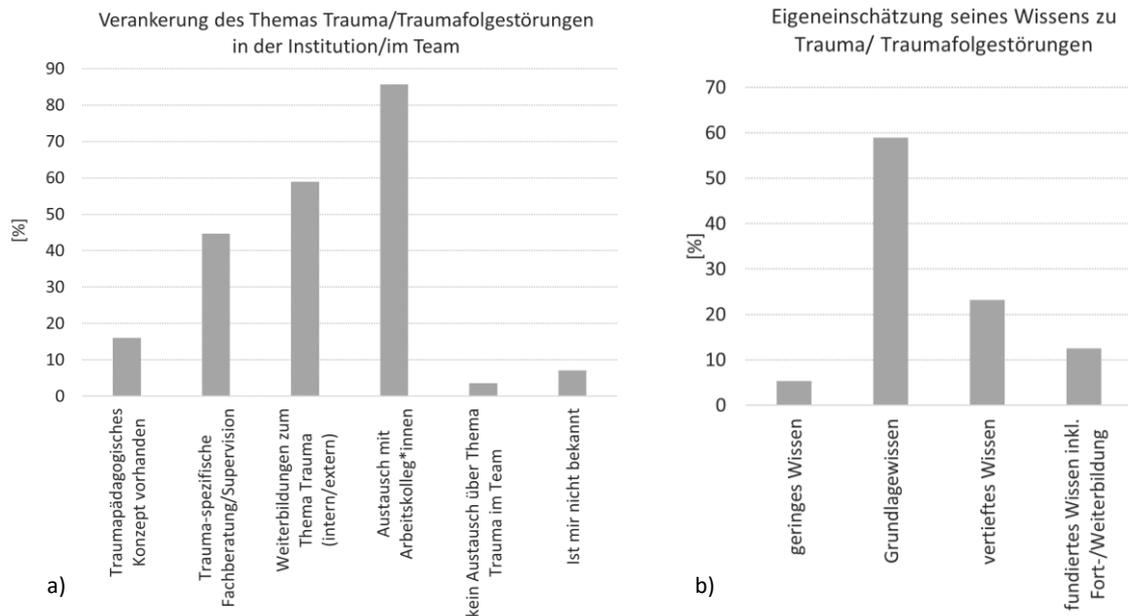


Abbildung 16. Verankerung des Themas Trauma/Traumafolgestörungen in der Institution/Team (a) und bei den Mitarbeitenden (b)

Noch stärker verbreitet ist das Angebot von internen oder externen Weiterbildungen zum Thema Trauma. 59 % der Befragten antworten, dass in ihrer Institution die Möglichkeit zu einer solchen thematischen Weiterbildung gegeben ist – was jedoch nicht bedeutet, dass alle eine solche Weiterbildung besucht haben, denn nur 12.5% der Umfrageteilnehmenden geben an, dass sie eine Fort-/Weiterbildung zum Thema Trauma besucht haben (vgl. Abbildung 16b). Mit Abstand am stärksten verankert ist der Umgang mit dem Thema Trauma im Austausch unter Mitarbeitenden (85.7%). Vier Teilnehmende gaben auch an, dass ihnen die Verankerung des Themas Trauma/Traumafolgestörungen in ihrer Institution nicht bekannt ist.

Auf ihr eigenes Wissen zu Trauma und Traumafolgestörungen befragt, antwortet mit 59% der grösste Teil der Teilnehmenden, dass sie ein Grundlagewissen besitzen, 23% geben an, ein vertieftes Wissen zu haben und 12.5% verfügen nach eigenen Angaben über ein ein fundiertes Wissen inklusive Fort-/Weiterbildungen zum Thema. Nur 5.4% geben an, ein geringes Wissen zum Thema zu haben.

In den offenen Antworten werden weitere Verankerungen des Themas geschildert. So werden in einem Team an Teamtagen herausfordernde Situationen besprochen und es werden zusammen Interventions- und Reaktionsmöglichkeiten ausgearbeitet. Auch wird geschildert, dass ein Austausch mit Arbeitskolleg*innen geschieht, dies jedoch nicht auf fachlicher Ebene, sondern auf persönlichen Erlebnissen für die Entlastung von Vorwürfen. Auch die persönliche

Reflexion und Unterstützung durch Therapie wird aufgeführt, um eigene Traumata zu bearbeiten, welche möglicherweise durch Interaktionen mit Klienten ausgelöst worden sind.

Es werden jedoch auch Probleme angesprochen, welche hauptsächlich auf der Ebene der Institutionsleitung angesiedelt sind, weil herausfordernde Verhaltensweisen nicht differenziert betrachtet, sondern rein mit der kognitiven Beeinträchtigung erklärt werden. Entsprechend wenig traumasensibel agiert diese Institutionsleitung in gewissen Entscheidungen und Anpassungen von Strukturen, was für die Klientel und die Teams schwierig ist.

7 Diskussion der Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse in Verbindung mit den theoretischen Grundlagen diskutiert und interpretiert. Für die Gliederung werden die gleichen Unterkapitel wie im Kapitel Forschungsergebnisse verwendet.

7.1 Trauma und Traumafolgestörungen bei Bewohner*innen

Die Resultate aus der vorliegenden Umfrage zeigen verschiedene Unsicherheitsfaktoren auf, welche im Umgang mit Trauma und Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung auftreten und zum Teil schon aus der Literaturrecherche ersichtlich wurden.

Für die vorliegende Studie wurden spezifisch Wohngruppen angefragt, in denen traumatische Erfahrungen von Bewohner*innen ein Thema sind. Das Ergebnis zeigt, dass auf all diesen Wohngruppen mindestens eine bis mehrere Personen mit einem Trauma wohnen. Dabei geben 33 der Umfrageteilnehmenden an, dass sie Bewohner*innen mit einem bekannten Trauma betreuen. In einem erheblich grösseren Anteil der Fälle (53 Nennungen) ist jedoch ein Trauma nur vermutet oder möglicherweise vorhanden.

Dies zeigt einen ersten grossen Unsicherheitsfaktor auf, nämlich dass aufgrund von fehlender, respektive erschwelter Diagnostik von Traumafolgestörungen bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung, unvollständigen Informationen zur Lebensgeschichte oder eingeschränkten Möglichkeiten zur Verbalisierung von traumatischen Erfahrungen das Vorhandensein eines Traumas oftmals nur aus dem Verhalten der Person vermutet werden kann. Damit erhalten aber das Beobachten, Erkennen und vor allem Einschätzen/Zuordnen dieser Verhaltensweisen eine sehr hohe Bedeutung. Und genau dort sieht Mayer (2020) die Schwierigkeit, dass es aus ihrer Erfahrung im Moment noch wenige Fachpersonen gibt, die sich Gedanken machen bzw. beurteilen können, ob die Ursachen solcher Verhaltensweisen einen anderen Ursprung als die kognitive Beeinträchtigung haben könnte (S. 16-17). So wird auch in der Umfrage genannt, dass man ein Auge dafür entwickeln kann und muss, um Verhaltensweisen als möglicherweise traumaindiziert verstehen zu können.

So zeichnet sich ein zweiter grosser Unsicherheitsfaktor im Erkennen von Traumafolgestörungen im Arbeitsalltag ab. Sozialpädagogische Fachpersonen schildern, dass sie Schwierigkeiten mit dem Erkennen und Einordnen von herausfordernden Verhaltensweisen und Situationen haben,

unter anderem auch, da diese unterschiedliche Hintergründe und Auslöser haben können und in sehr verschiedenen Formen auftreten können. Nur ein kleiner Teil der Umfrageteilnehmenden gibt an, Traumafolgestörungen oft erkennen zu können, sehr vielen Teilnehmenden gelingt es nur manchmal. Die Antworten auf die Frage bezüglich dem Erkennen von Traumafolgestörungen zeigen auch auf, dass es schwierig sein kann, zu wissen, ob eine herausfordernde Situation oder Interaktion aufgrund eines Traumas geschieht, oder seine Wurzeln in einer Über- oder Unterforderung der Klientel hat, oder ob eine andere Ursache vorliegt. So zeigt auch die Arbeit von Stefania Calabrese und Eva Büschi (2019) deutlich, dass es für herausfordernde Verhaltensweisen verschiedene Hintergründe und Erklärungsansätze geben kann (S. 131–147). Um dies aber einordnen zu können, braucht es einerseits gute Beobachtungen/Abklärungen und Hintergrundwissen zur Person, wo sie entwicklungspsychologisch steht und wie ihre Biografie aussieht, was gerade bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nicht immer gegeben ist. So kann ein Grund, weshalb das Erkennen und Einordnen von möglichen Symptomatiken von Traumafolgestörungen schwierig ist, daraus entstehen, dass das Trauma nicht bekannt ist, und Fachpersonen sich daher nicht bewusst sind, dass man in diese Richtung Sensibilität und Aufmerksamkeit bedarf. Andererseits braucht es das entsprechende Fachwissen, um eine Grundlage zur Einschätzung zu haben.

Ein weiterer Grund kann sein, dass die Traumafolgestörungen sich in sehr verschiedenen Formen zeigen können. So zeigt die Umfrage, dass alle 15 zur Auswahl gestellten Formen der Traumafolgestörungen von den Fachpersonen erlebt werden und noch weitere Verhaltensweisen angeführt wurden. Dies ist auch in grosser Übereinstimmung mit den Symptomatiken von Traumafolgestörungen, welche von verschiedenen Autoren bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung beobachtet wurden (Kapitel 2.4.2).

Die Prävalenz der verschiedenen Verhaltensweisen zeigt ein ähnliches Muster wie die Studie von Büschi et al. (2018, S. 2-3). Eine spannende Beobachtung ist dabei, dass in vorliegender Studie externalisierende und internalisierende Verhaltensweisen relativ ähnlich oft aufgeführt werden. Im folgenden Kapitel wird aber deutlich, dass externalisierende und internalisierende Verhaltensweisen von den Fachpersonen unterschiedlich erlebt werden.

7.2 Herausforderungen im Umgang mit Traumafolgestörungen

Wie in Kapitel 3 aus verschiedenen Literaturquellen beschrieben, kann der Umgang mit Traumafolgestörungen für sozialpädagogische Fachpersonen eine Herausforderung darstellen. So zeigen auch die Resultate dieser Umfrage, dass die Herausforderung zwar von den verschiedenen

Umfrageteilnehmenden unterschiedlich stark wahrgenommen und eingeschätzt wird, sich aber insgesamt ein deutliches Bild der am stärksten herausfordernden Verhaltensweisen abzeichnet. Es gibt Verhaltensformen, welche – wenn im Arbeitsalltag erlebt – von einem grossen Teil der Teilnehmenden als stark herausfordernd wahrgenommen werden, und solche, welche zwar erlebt, aber nicht als herausfordernd eingestuft werden.

So stellen nicht die am meisten auftretenden Verhaltensweisen die grösste Herausforderung dar, sondern es werden einerseits externalisierende Verhaltensformen (allen voran Fremd- und Autoaggression und sexualisierte Verhaltensweisen) als herausfordernder empfunden als internalisierende (Depression, Vermeidung, Rückzug, Regression). Andererseits werden auch Beziehungsdynamiken wie Übertragungen und Reinszenierungen, bei denen die Mitarbeitenden stark emotional involviert sind, als stärker herausfordernd wahrgenommen. Allen diesen Verhaltens- und Interaktionsweisen sind ein hoher und rascher Handlungsdruck von Seiten Mitarbeitenden und/oder direkte persönliche Betroffenheit gemein, was als Herausforderung wahrgenommen wird. Diese Resultate sind in grosser Übereinstimmung mit den Forschungsergebnissen von Calabrese und Georgi-Tscherry (2018), welche besagen, dass von Fachpersonen in der Intensivbetreuung diejenigen Verhaltensweisen als besonders herausfordernd bewertet werden, welche von ihnen eine unverzügliche Reaktion erfordern (S. 36).

Die Resultate bezüglich den beobachteten Traumafolgestörungen müssen unter dem Vorbehalt betrachtet werden, dass das Erkennen und Einordnen von Traumafolgestörungen schwierig sein kann – was einerseits aus der Literatur bekannt ist, aber auch in dieser Umfrage deutlich wurde (Abbildung 8). Dies kann dazu führen, dass prominente Verhaltensweisen häufig als Traumafolgestörungen erkannt werden, wohingegen gerade die Beziehungsdynamiken wie Übertragung und Reinszenierung, aber auch Dissoziation, Flashbacks und Dissoziation bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung möglicherweise weniger als Traumafolgestörungen erkannt werden, und somit in vorliegender Umfrage untervertreten sein können. Dies könnte auch eine Folge davon sein, dass sozialpädagogische Fachpersonen ohne traumaspezifische Weiterbildung nicht über ausreichendes Erklärungswissen für solche Verhaltensweisen verfügen.

Zu einer Herausforderung werden die Verhaltensweisen vor allem durch ihre Intensität, das unverhoffte Auftreten und die Unberechenbarkeit. Häufigkeit und Dauer spielen dabei eine untergeordnete Rolle. Neben den interpersonellen Aspekten kommen auch strukturelle Faktoren (z.B. zeitliche/personelle/räumliche Ressourcen) stark zum Ausdruck als Faktoren, welche die herausfordernden Verhaltensweisen der Bewohner*innen zu einer Herausforderung werden lassen. So entsteht bei einer Betreuung von mehreren Personen durch herausforderndes Verhalten einer Person das Problem, dass die Mitbewohnenden betroffen werden, welche begleitet und

geschützt werden müssen. Zusätzlich können durch das Verhalten der traumatisierten Person auch bei anderen anwesenden Bewohner*innen Krisen ausgelöst werden (z.B. durch Überforderung, Reizüberflutung). Hier spielt der Betreuungsschlüssel eine grosse Rolle, ob personelle Ressourcen, aber auch Räumlichkeiten zur Verfügung stehen, um individuell reagieren zu können. So betonen auch Calabrese & Georgi-Tscherry (2018), dass strukturelle Bedingungen einen negativen Einfluss auf Befindlichkeit und Gesundheit der Mitarbeitenden haben können. So nennen sie homogene Klientelgruppen mit vielen herausfordernden Thematiken, oder wenig Kooperations- und Austauschmöglichkeiten im Team aufgrund häufiger Eins-zu-eins-Betreuung, was zu fehlender Thematisierung und Aufarbeitung von Belastungen führen kann (S. 33–34).

Nicht zuletzt soll auch die persönliche Verfassung der Mitarbeitenden als wichtiger Faktor nicht ausser Acht gelassen werden. So antwortet eine Person: «Manchmal steckt man es besser weg, manchmal stresst es ungemein. Hängt auch von meiner eigenen Tagesform ab». Dies zeigt die Wichtigkeit auf, dass es den Mitarbeitenden persönlich möglichst gut geht, um auch in schwierigen Situationen adäquat reagieren zu können. Genau diese Grundhaltung vertritt das traumapädagogische Konzept des «Sicheren Ortes», welches auf der Annahme basiert, dass nur stabile Mitarbeitende die Bewohner*innen in einer Krise stabilisieren können (Schmid et al., 2017, S.38).

Herausfordernde Situationen und Verhaltensweisen lösen bei sozialpädagogischen Fachpersonen Gefühle aus, welche mehr oder weniger belastend sein können. Ohnmachtsgefühl und Stress sind dabei mit Abstand die am stärksten belastenden Gefühle. So ist es sehr spannend zu sehen, dass das Ohnmachtsgefühl von 80% der Teilnehmenden erlebt wird und von gut 60% der Umfrageteilnehmenden als ziemlich bis sehr belastend erlebt wird. Denn ein solches Ohnmachtsgefühl kann auch bei den Trauma-betroffenen Bewohner*innen in der traumatischen Situation vorhanden gewesen sein und die Traumatisierung ausgelöst haben. Es wäre sehr spannend, diesen Punkt genauer zu untersuchen, um herauszufinden, ob dieses Ohnmachtsgefühl wirklich immer ein (eigenes) Gefühl der Fachperson ist, oder aber das Gefühl durch eine Übertragung von den Trauma-betroffenen Bewohner*innen auf sie überschwappt. Auch beim Stressgefühl, welches am häufigsten vorkommt und auch von 55% der Umfrageteilnehmenden als ziemlich bis sehr belastend erlebt wird, wäre es sehr spannend, genauer hinzuschauen, woraus dieses Gefühl genau entsteht. So betonen Bausum und Kessler (2013) genau für solche Überlegungen die Wichtigkeit der persönlichen Reflexionsfähigkeit von Mitarbeitenden (S. 32–34). Aber auch von der institutionellen Seite braucht es Austauschgefässe wie Supervision und Fachberatung, welche solche Reflexionen unterstützen sollen.

Auch die längerfristigen Gefühle und Symptomatiken wie langanhaltendes Stressgefühl, Entgrenzung zwischen Arbeit und Erholung, Überforderung und Schlafstörungen haben einen beträchtlichen Anteil an Nennungen von sehr & ziemlich belastend. Diese Gefühle werden zwar von einem insgesamt kleineren Anteil als belastend wahrgenommen, sind aber aus dem Aspekt der Mitarbeitergesundheit sehr relevant. So beinhaltet die Pädagogik des Sicheren Ortes eine funktionierende Work-Life-Balance als wichtigen Punkt, um den Mitarbeitenden möglichst unterstützende und stabilisierende Bedingungen gewährleisten zu können (Kühn, 2015, S. 41).

7.3 Unterstützungsmöglichkeiten / -angebote

Unterstützung IN herausfordernden Situationen

Als sehr hilfreiche Unterstützung in einer herausfordernden Situation heben sich drei Angebote ab. Das ist einerseits das Hintergrundwissen zur/zum Bewohner*in, was ein Wissens-Element darstellt. Andererseits sind es strukturelle Elemente, welche den Fachpersonen Sicherheit verschaffen, wie klare Interventionen und Unterstützung durch weitere Mitarbeitende, in den offenen Antworten auch ergänzt durch ein Alarmierungssystem. Dies kann so interpretiert werden, dass der Wunsch der Mitarbeitenden nach Sicherheit gross ist. Hintergrundwissen kann dabei auch helfen, eine Situation möglichst gut einschätzen und adäquat reagieren zu können. Es sind spezifische Unterstützungsangebote auf die jeweilige Situation und Person, die eine Reaktion ermöglichen, welche am meisten geschätzt werden. Allgemeinere Angebote wie Fachwissen, Erklärungswissen und Kenntnis der eigenen Themen sind gemäss Umfrage IN der Situation zwar als hilfreich genannt, aber deutlich weniger als die obengenannten. Zeit zur fachlichen und persönlichen Reflexion bleibt direkt in der Situation kaum.

Als ambivalentes Thema erscheinen in dieser Umfrage das Auszeitzimmer für Bewohner*innen und die Rückzugsmöglichkeit für Fachpersonen. Beide Angebote werden insgesamt am wenigsten oft als sehr hilfreich eingeschätzt und auch total am wenigsten oft genannt. Auch gibt es offene Antworten, welche vehement gegen diese Möglichkeiten argumentieren, da ein Rückzug es erschweren kann, sich später in der Betreuung wieder sicher zu fühlen. Andere wiederum schätzen eine persönliche Rückzugs- oder Auszeitmöglichkeit sehr. Dies zeigt deutlich auf, dass gewisse Unterstützungsangebote nicht für alle Mitarbeitenden gleich gut passen, sondern individuell für die Mitarbeitenden gestaltet werden müssen. So ist es wichtig im Team und als Vorgesetzte zu beachten, dass es oft nicht einfach richtige oder falsche Unterstützungsmöglichkeiten gibt, sondern dass Unterstützungsmöglichkeiten eine ganze Bandbreite darstellen können und sollten und individuell gestaltet werden dürfen.

Insgesamt erscheint es gerade bei so ambivalenten Themen mit völlig unterschiedlichen Standpunkten der Mitarbeitenden wichtig, das Vorgehen vorgängig im Team abzusprechen und herausfordernde Situationen in geeigneten Besprechungsgefässen zu reflektieren. Denn ein Rückzug aus einer Betreuungssituation kann auch mit dem negativen Gefühl von «die betreute Person im Stich lassen» oder «versagt zu haben» konnotiert werden, sei dies nun von der involvierten Fachperson selbst, oder aber vom Team. Allen Punkten gemeinsam ist es, dass sie im Voraus geplant, organisiert und abgesprochen sein müssen, sei dies mit strukturellen Anpassungen oder Wissensvermittlung.

Unterstützung NACH herausfordernden Situationen

Aus der Umfrage zeichnen sich zwei Unterstützungsangebote als äusserst hilfreich ab. Dies ist einerseits das Gespräch zur Reflexion der Situation mit anderen Mitarbeitenden, andererseits das Privatleben und Hobbies. Spannend ist, dass die beide Angebote völlig unterschiedliche Aspekte abdecken. Im Gespräch mit Teamkolleg*innen werden die Herausforderungen besprochen und reflektiert, man widmet sich dem Thema. Demgegenüber dient das Privatleben und Hobbies zum Abschalten und auf andere Gedanken kommen, denn Gespräche im privaten Umfeld bezüglich herausfordernden Arbeitssituationen werden viel weniger bis gar nicht hilfreich empfunden. Dies deutet auf den Wunsch hin, das Privatleben und die Arbeit klar abgrenzen zu können.

Die Detailauswertung nach Dienstform deutet darauf hin, dass je mehr Möglichkeiten zum Gespräch gegeben sind, diese als umso hilfreicher empfunden werden. Spannend ist auch zu beobachten, dass bei Mitarbeitenden im Einzeldienst die Faktoren «das Positive im/in der Bewohner*in sehen» und «Privatleben/Hobbies» deutlich mehr als sehr hilfreich gewichtet werden als im Gesamtdurchschnitt. Dies kann dadurch bedingt sein, dass die Mitarbeitenden im Einzeldienst auf sich selber gestellt sind, und so andere Faktoren und Unterstützungsmöglichkeiten wichtiger werden, als wenn ein direkter Austausch mit Arbeitskolleg*innen möglich ist.

Insgesamt zeigen die Antworten, dass diese Unterstützungsangebote strukturell durch die Institution und Teamleitung gefördert werden können, indem in der Dienstplanung bewusst auf eine ausgewogene Frei-Planung geachtet wird und auch regelmässige Zeitfenster (z.B. Dienstübergabe) und Gefässe (z.B. Teamsitzungen und Supervision) zum Austausch zwischen Mitarbeitenden und im gesamten Team gewährleistet sind. Mit den relativ hohen Pensen der Umfrageteilnehmenden kann eine solche ausgewogene Frei-Planung herausfordernd sein, und auch eingeschränkte finanzielle Mittel können eine umfassende Planung von Zeiten und Gefässen für den Austausch erschweren.

Allgemein wurden auch der Austausch über ähnliche Erfahrungen von anderen Mitarbeitenden und Wertschätzung/emotionaler Beistand von sehr vielen als hilfreich bis sehr hilfreich genannt. Dies deutet darauf hin, dass fast alles Hilfreiche über das Gespräch geht – ausser das, was ausserhalb der Arbeit gemacht wird. So ist es sehr wichtig, dass der Raum und die Möglichkeiten für solche Gespräche gegeben sind. Dazu betonen Schmid et al. (2017) die Wichtigkeit, in Teambesprechungen eine Atmosphäre zu schaffen, welche es erlaubt, die eigene Verunsicherung und emotionale Belastungen anzuschauen sowie schwierige Interaktionen zu analysieren (S. 33). So soll kontinuierlich nach Möglichkeiten gesucht werden, die die Fachpersonen versorgen und handlungsfähig halten können.

Auffallend ist, dass ein Gespräch mit dem/der Vorgesetzte*n als deutlich weniger hilfreich empfunden wird als mit Teamkolleg*innen. Dies könnte einerseits daher kommen, dass die Teamkolleg*innen im Arbeitsalltag eher vor Ort sind und bei ihnen mehr Zutrauen vorhanden ist, die Leitungsperson hingegen eher weniger nahe am Alltagsgeschehen ist. Andererseits könnte es sein, dass man bei Vorgesetzten eher zurückhaltend ist mit dem Anbringen von schwierigen Themen, da das Thema Qualifikation hineinspielen kann. Betrachtet man diese Hypothesen aus der Sicht des traumapädagogischen Konzeptes des «Sicheren Ortes», zeigt dies die Wichtigkeit auf, dass bei Vorgesetzten ein traumasensibles Verständnis und viel Transparenz vorhanden ist und dadurch eine entsprechende Versorgung und Begleitung der Mitarbeitenden nach schwierigen Situationen möglich wird.

Unterstützung für das Erkennen von und den Umgang mit herausfordernden Situationen

Aspekte, welche in den vorhergehenden Fragen als wichtig und hilfreich eingeschätzt worden sind, erscheinen hier mit einem grossen Anteil bei nicht mehr gewünscht – so mehr Unterstützung durch Vorgesetzte und Team, mehr Wertschätzung und emotionaler Beistand. Da mehrere Umfrageteilnehmende in den offenen Antworten deutlich beschreiben, dass viele der aufgeführten Unterstützungsangebote schon gut umgesetzt sind, können diese gehäuften Nein-Antworten so interpretiert werden, dass diese Unterstützungsangebote schon gegeben sind und gut funktionieren.

Insgesamt ist Veränderung und Unterstützung weniger im strukturellen Bereich direkt in der Arbeit gewünscht, sondern mehr als fachliche Unterstützung zum Thema. So sind Supervision/Fachberatung und Fort-/Weiterbildung zum Thema unbedingt gewünscht. Auch Hintergrundwissen über Bewohner*innen und Förderung des Verstehens von Verhaltensweisen wünschen sich viele.

Silke Birgitta Gahleitner (2011) sieht als wichtige Grundlage für eine qualitativ hochwertige psychosoziale Arbeit in stationären Einrichtungen, dass die Fachkräfte die Klientel traumasensibel verstehen und ihnen gegenüber traumasensibel handeln können. Dies geschieht häufig aufgrund von langjähriger Erfahrung implizit, für eine gezielte, selbstbewusste Fachlichkeit benötigt es jedoch eine klare Verortung im fachlichen Hintergrund (S. 45). Dies scheinen auch viele der Umfragebeteiligten mit dem Wunsch nach mehr Fachwissen so zu sehen.

Daher scheint es sehr wichtig, genau an diesem Punkt anzusetzen und diese Unterstützungsmöglichkeiten von Seite Institution her noch vermehrt zu geben, aber auch die Nutzung dieser Angebote einzufordern. Denn etwas unerklärlich sind die Resultate, dass gegen 60% der Umfrageteilnehmenden angeben, dass es die Möglichkeit zu Weiterbildungen zum Thema Trauma gibt, jedoch nur 10% angeben, dass sie Weiterbildungen zum Thema Trauma besucht haben, sich aber 88% Weiterbildungen wünschen. Dies könnte als Hinweis gedeutet werden, dass entweder zu wenig traumaspezifische Weiterbildungen für die Betreuung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung bestehen oder dieses Thema in der individuellen Weiterbildungsplanung und der Planung durch die Vorgesetzten zu wenig gefördert wird.

Fachberatung/Supervision ist bei 45% der Umfrageteilnehmenden schon installiert, und wird insgesamt von 80% gewünscht – diese Gefässe sollten beibehalten werden und wo nicht vorhanden, veranlasst werden. So versteht es auch Kessler (2016c) als institutionellen Auftrag, Strukturen und Konzepte zu schaffen, welche die Vermittlung von Fachwissen und Stabilisierung der pädagogischen Fachkräfte sicherstellen. Dabei nimmt sie Bezug auf traumapädagogische Haltungspunkte und Förderansätze (S. 284).

Selbstreflexion und Kenntnis der eigenen Themen werden sowohl in der Situation als auch danach als weniger hilfreich oder gewünscht beurteilt als Hilfe von aussen. Dies kann dadurch bedingt sein, dass Selbsterfahrung im sozialpädagogischen Bereich – im Vergleich zu therapeutischen Berufen – marginal gefördert wird. Dies steht jedoch im starken Gegensatz dazu, dass Fachpersonen in stationären Einrichtungen als ganze Person involviert sind und sich daher auch immer wieder mit sich selbst, den eigenen Emotionen und Selbstregulationsmöglichkeiten auseinandersetzen müssen und die eigene Lebensgeschichte die Handlungsstrategien prägen kann. Wie in Kapitel 3.2.2 beschrieben, ist gerade bei traumatisch geprägten Beziehungsdynamiken die Selbstreflexion von grosser Wichtigkeit. Dies um eine Übertragungsdynamik erkennen zu können und so auch sich selbst schützen zu können. Der Aspekt der persönlichen Reflexion und auch Reflexion im Team ist zwar keines der Hauptbedürfnis der Umfragebeteiligten, jedoch vor dem psychotraumatologischen Hintergrund unerlässlich.

7.4 Verankerung des Themas Trauma in Institutionen und bei Mitarbeitenden

Der Umgang mit Trauma und Traumafolgestörungen ist in den befragten Wohngruppen schon auf verschiedenen Ebenen verankert. Dies erfolgt am stärksten auf der Ebene der Mitarbeitenden und im Team, das heisst im Austausch untereinander, allenfalls mit Weiterbildungen. Auf institutioneller Ebene ist das Thema aber noch weniger verankert.

Diese Resultate können so interpretiert werden, dass der Umgang mit dem Thema Trauma in den involvierten Teams tendentiell «bottom-up» erfolgt, d.h. das Thema Trauma wird in diesen Wohngruppen schon verbreitet thematisiert und bearbeitet. Somit spielen vermutlich einzelne Mitarbeitende und auch die Gruppenleitung bei der Frage, wie stark Traumapädagogik „gelebt“ wird, eine grosse Rolle. Es scheint aber, dass es weniger «top-down», d.h. institutionsübergreifend mit Konzepten und mit spezifischen Angeboten von Supervision/ Fachberatung oder Weiterbildungsangeboten gestaltet wird. Ohne eine institutionelle Verankerung sind strukturelle Forderungen für die Arbeit mit Traumafolgestörungen - wie im traumapädagogischen Konzept des Sicheren Ortes vorgesehen – jedoch erschwert umsetzbar. Dies zeigt auch die Aussage, wie problematisch und erschwerend es für ein Team ist, wenn die Leitungsebene in ihren Entscheidungen nicht traumasensibel agiert.

16.1% der Teilnehmenden gaben an, dass ein traumapädagogisches Konzept vorhanden ist. Diese 9 Personen arbeiten jedoch in vier verschiedenen Institutionen und die Antworten der anderen Mitarbeitenden aus demselben Team ergaben unterschiedliche Einschätzungen. Zumeist gaben nur 1-2 Mitarbeitende pro Team an, ein traumapädagogisches Konzept zu haben. Die uneinheitliche Nennung von traumapädagogischen Konzept kann auf eine schwache Verankerung, respektive Bekanntheitsgrad hindeuten. Dies stützt auch die Aussagen von Experten, dass traumapädagogische Konzepte noch wenig umgesetzt werden in der Arbeit mit erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung. Auch konnte für die Umfrage keine Institution eruiert werden, welche angab, über die gesamte Institution nach einem traumapädagogischen Konzept zu arbeiten.

Die Heterogenität der Antworten kann aber auch dadurch bedingt sein, dass gewisse Teams zwar mit Konzepten arbeiten, welche auch für die Arbeit mit Traumafolgestörungen – zumindest für gewisse Formen – gut geeignet sind, diese aber nicht spezifisch als traumapädagogische Konzepte ausgewiesen sind. So werden in mehreren Institutionen Gewaltpräventions- oder Deeskalations-Konzepte angewendet, welche für die externalisierenden Verhaltensweisen hilfreich sind, jedoch nicht spezifisch auf internalisierende Verhaltensweise oder traumatisch geprägte Interaktionsdynamik fokussieren.

8 Schlussfolgerungen

Die Forschungsarbeit hat deutliche Ergebnisse geliefert, wo die Herausforderungen der Fachpersonen im Umgang mit Traumafolgestörungen liegen und welche Hilfestellungen sie bevorzugen. In diesem Kapitel wird ein Fazit aus diesen Forschungsergebnissen gezogen und dabei die Forschungsfrage beantwortet. Daraus werden Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit abgeleitet und abschliessend wird ein kurzer Ausblick gegeben.

8.1 Fazit Forschungsergebnisse

Aus den Ergebnissen der Diskussion kann die Forschungsfrage zusammenfassend beantwortet werden:

Welches sind die Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten für sozialpädagogische Fachpersonen im Umgang mit Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung?

Herausforderungen für die sozialpädagogischen Fachpersonen:

- Erster Unsicherheitsfaktor: Traumata sind oft nicht bekannt, sondern nur vermutet – so sind Traumafolgestörungen oft nur über das Verhalten der Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung indiziert, da eine Diagnostik bei ihnen erschwert ist.
- Zweiter Unsicherheitsfaktor: Das Erkennen, Einordnen und Abgrenzen von herausfordernden Verhaltensweisen und Beziehungsdynamiken infolge von Traumafolgestörungen ist schwierig, vor allem dann, wenn das Trauma nicht bekannt ist.
- Auch die Tatsache, dass die Formen von Traumafolgestörungen sehr unterschiedlich und breit sein können, und meist bei einer Person mehrere Verhaltensweisen auftreten, kann das Einordnen eines Verhaltens erschweren.
- Im Bereich Psychotraumatologie ist bei vielen Fachpersonen Grundlagewissen vorhanden. Mehr Fachwissen kann praktisch nur durch Weiterbildung sowie Fachberatungen erworben werden.
- Verhaltensweisen und Beziehungsdynamiken, welche unverhofft auftreten, unberechenbar sind und daher von den sozialpädagogischen Fachpersonen rasche Handlung erfordern oder sie stark emotional verwickeln, werden am herausforderndsten empfunden.

- Die Belastung ist für viele der Umfrageteilnehmenden gross, einerseits wegen den interpersonellen Herausforderungen, andererseits auch wegen strukturellen Faktoren.
- Strukturelle Herausforderungen hängen stark mit eingeschränkten zeitlichen und personellen Ressourcen zusammen, vor allem wenn andere Mitbewohnende in der Situation dabei sind.
- Die typischerweise in einer traumatisierenden Situation vorkommenden Gefühle Ohnmacht und Stress sind auch bei den Fachpersonen die mit Abstand am stärksten belastenden Gefühle.
- Die persönliche Verfassung der Mitarbeitenden wird als wichtiger Faktor in Bezug auf die Stärke der Belastung genannt.
- Traumapädagogik ist in den involvierten Institutionen noch nicht verbreitet institutionell verankert, Institutionsleitungen agieren nicht überall traumasensibel.

Unterstützungsmöglichkeiten für die sozialpädagogischen Fachpersonen:

- IN einer herausfordernden Situation werden am meisten solche Unterstützungsangebote geschätzt, welche eine schnelle Reaktion ermöglichen und Sicherheit geben.
- Nicht alle schätzen dabei die gleiche Unterstützung, eine individuelle Gestaltung der Unterstützungsmöglichkeiten erscheint wichtig.
- Viele wichtige Unterstützungsmöglichkeiten NACH einer herausfordernden Situation laufen über das Gespräch, je mehr Möglichkeiten für den Austausch gegeben sind, umso hilfreicher werden sie empfunden.
- Nach einer herausfordernden Situation werden auch das Privatleben und die Freizeit als sehr wichtig und unterstützend empfunden.
- Diese zwei Punkte können stark mit der Dienstplanung gesteuert werden – genügend Zeit und passende Gefässe für den Austausch sowie eine ausgeglichene und verlässliche Dienstplanung sind wichtig.
- Die Umfrage zeigt ein grosses Interesse der Fachpersonen an einem erweiterten Fach- und Erklärungswissen im Bereich Psychotraumatologie.
- Entsprechende Aus- und Weiterbildung sowie Fach- und Personenwissen bildet die Grundlage dazu, dass die Fachperson Verhaltensweisen als mögliche Traumafolgestörungen verstehen und somit traumasensibel agieren können – dies zum Eigenschutz und zum Schutz der Bewohnenden.

- Eine vertiefte Verankerung des Themas Trauma in der Aus-/Weiterbildung gibt den Fachpersonen das notwendige Rüstzeug für der Praxis und fördert einen Wissens-Transfer in die Arbeitsteams.
- Die Teamkultur soll offen und transparent sein und viel Raum für Austausch bieten, was einen vertrauensvollen Umgang ermöglicht und Sicherheit gibt.
- Dafür braucht die Teamarbeit klare Strukturen und Gefässe für diesen fachlichen Austausch.
- Traumaspezifische Weiterbildung kann auch zur Selbstfürsorge der Sozialpädagog*innen beitragen, dazu gehört auch die Förderung der persönlichen Reflexionsfähigkeit von Mitarbeitenden.
- Insgesamt zeigt sich, dass sehr viele Punkte aus der Umfrage als wichtig/hilfreich erscheinen, welche das Konzept der Pädagogik des Sicheren Ortes beinhaltet – dies zeigt, dass dieses Konzept sehr hilfreich sein kann für die Unterstützung von Mitarbeitenden.

8.2 Bedeutung für die Sozialpädagogik

Diese Erkenntnisse zeigen auf, dass für die Unterstützung von Fachpersonen für einen gelingenden professionellen Umgang mit Traumafolgestörungen auf verschiedenen Ebenen angesetzt werden muss und kann.

Für eine professionelle Entwicklung der Sozialen Arbeit mit traumatisierten Erwachsenen mit kognitiver Beeinträchtigung reicht es nicht, nur auf Ebene Fachperson oder Institution anzusetzen, sondern es braucht verstärkte Forschung und eine praxisorientierte Entwicklung der Lehre. So soll folgende Frage unter Einbezug dieser verschiedenen Ebenen beantwortet werden:

Welche Handlungsempfehlungen können für die Sozialpädagogik mit Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung abgeleitet werden?

Es ergeben sich Handlungsempfehlungen auf folgenden Ebenen:

- Wissenschaft und Lehre
- Institutionelle Ebene
- Individuelle Ebene

Wissenschaft und Lehre

- Zum Thema Psychotraumatologie bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung existiert relativ wenig spezifische Forschung.
 - Intensivierung der Forschung, um Erklärungswissen zu schaffen.
- In vielen Fällen werden Traumata vermutet, sind aber nicht diagnostiziert. Auch das Erkennen von Traumafolgestörungen erweist sich als grosse Herausforderung.
 - Entwicklung von Möglichkeiten im diagnostischen Bereich bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung.
- Untersuchungen zu Trauma-Prävalenz bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung liegen bislang hauptsächlich in den Bereichen sexuelle Gewalt und Gewalt vor.
 - Breitere Untersuchungen zur Trauma-Prävalenz.
 - Vertieft Erforschung von Trauma-fördernde Lebensbedingungen und -erfahrungen, auch um Retraumatisierung im Alltag verhindern zu können.

Alle diese Punkte bedingen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen und Berufsfeldern wie der Psychiatrie und Psychologie.

- Die vertiefte Auseinandersetzung mit Trauma und Traumafolgestörungen ist für sozialpädagogische Fachpersonen im Moment nur als Weiterbildungsangebote möglich.
 - In der Ausbildung der Sozialen Arbeit sollen vermehrt Grundlagen zur Psychotraumatologie und Traumapädagogik eingeführt werden.
 - Weiterbildungsangebote sollen mit Fokus auf Menschen mit Beeinträchtigung ausgebaut werden.
 - In Aus- und Weiterbildungen für angehende Führungskräfte sollen vertiefte traumasensible Handlungs- und Führungskompetenzen vermittelt werden.

Institutionelle Ebene

Auf institutioneller Ebene geht es einerseits um fachlich-inhaltliche, andererseits um strukturelle Fragen. Dabei hängen diese beiden Faktoren oft eng miteinander zusammen. Praktisch immer ist die Führungsebene involviert bzw. gefordert.

- Erarbeitung von Trauma-spezifischen Konzepten.
- Sensibilisierung und Weiterbildung auf Leitungs- und Institutionsebene.
- Schaffung von Austauschgefässen auf verschiedenen Ebenen, mit externen Fachpersonen (Supervision, Fachberatung) wie auch intern (Austausch, Intervision, Sitzungen).

- Rahmenbedingungen schaffen für die Förderung von Kompetenzen wie Selbstreflexion, Sachkompetenz und Selbstfürsorge, zur Erweiterung von Selbstregulationsmöglichkeiten und persönlichen Stabilisierungsmöglichkeiten der Fachpersonen.
- Systemische Arbeit (interdisziplinäre Zusammenarbeit; Zusammenarbeit mit Herkunftssystem; Wissen über besondere Situation des/der Klient*in; Zusammenarbeit mit Psychiatrie, Therapeut*innen).
- Gemeinsames Entwickeln von und Austausch über unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten; Rahmen/Bandbreite festlegen.
- Durch koordinierte Weiterbildungsplanung gezielt Kompetenzen im Team aufbauen.
- In der Dienstplanung Augenmerk auf gute Work-Life-Balance-Möglichkeiten der Mitarbeitenden legen, um sie vor Überlast zu schützen; Dienstform/Betreuungsschlüssel so gestalten, dass Zeit für Austausch gegeben ist und rasche Ablösungen möglich sind.

Viele dieser Themen können sowohl bottom-up wie top-down (weiter-)entwickelt und implementiert werden. Für eine strukturelle Verankerung des Themas ist es zentral, dass bottom-up-Ansätze auch durch die Institutionen aufgenommen und formalisiert werden.

Individuelle Ebene

Als Führungsperson/-team:

- eine traumasensible Haltung entwickeln und vorleben.
- Weiterbildungen planen.
- Inputs der Mitarbeitenden aufnehmen und in die Institution tragen.
- Im Leitungsteam eine traumasensible Haltung entwickeln.

Als Mitarbeiter*in:

- Möglichkeiten zur Weiterbildung anregen, einfordern, nutzen.
- durch ein vertieftes Wissen über Traumafolgestörungen ein anderes Verständnis für das Verhalten von Betroffenen und ihre pädagogischen Bedürfnisse im Alltag schaffen.
- Gefässe für Austausch nutzen, dabei Themen ansprechen, besprechen; Fragen stellen, Beobachtungen einbringen.
- Unterstützung annehmen und anbieten.
- Selbstreflexion entwickeln und betreiben, sich mit sich selbst, seinen Gefühlen und seiner Geschichte auseinanderzusetzen – die dafür nötige Offenheit entwickeln.
- Für die Work-Life-Balance und die eigene Befindlichkeit Eigenverantwortung übernehmen.

8.3 Ausblick

Die vorliegende Bachelorarbeit konnte einen kleinen Ausschnitt des grossen Themas Trauma und Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung darstellen und erforschen. Der Fokus wurde auf die Auswirkungen auf sozialpädagogische Fachpersonen gelegt. Die Arbeit hat verschiedene Bereiche aufgezeigt, in denen es mehr Wissen aus der Forschung und konzeptuelle Weiterentwicklung braucht, damit ein gelingender Umgang mit Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung für alle Beteiligten optimiert wird.

So sind gute und im Jugendbereich erprobte Konzepte für den Umgang mit Traumafolgestörungen vorhanden. Diese sollen verstärkt an die Besonderheiten von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und Trauma angepasst werden. Die Pädagogik des Sicheren Ortes beinhaltet viele Punkte, welche in der Umfrage als wichtig und hilfreich genannt wurden. Doch dieses Konzept ist auf einer sehr hohen Flughöhe gestaltet – für eine Anwendung im stationären Wohnbereich für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung müssen konkrete Umsetzungspläne des Konzeptes erarbeitet werden.

Die Umfrage wurde in Wohngruppen durchgeführt, in denen das Thema Trauma bei Bewohnenden bekannt ist. Spannend wäre auch eine breiter angelegte Studie, welche auch Institutionen miteinbezieht, in denen das Thema Trauma noch weniger thematisiert wird. Auch wäre für zukünftige Forschungsarbeiten die Sicht der Team- und Institutionsleitungen spannend, da auf dieser Ebene verstärkt die wirtschaftlichen Umsetzungsmöglichkeiten von Konzepten untersucht werden sollten.

Die Komplexität von Trauma und Traumafolgestörungen zeigt auch die Wichtigkeit auf, dass in zukünftiger Forschung und auf konzeptueller und institutioneller Ebene die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den relevanten Professionen und wissenschaftlichen Disziplinen verstärkt wird, um das bereits vorhandene Wissen und erprobte Konzepte in der Sozialpädagogik nutzbar zu machen und um die sozialpädagogischen Mitarbeitenden gezielt zu unterstützen und stabilisieren. So kann eine professionelle und adäquate Begleitung von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und Traumafolgestörungen gewährleistet werden.

9 Quellen

- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial.
- 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 & Kessler, Tanja (2013, 14. Oktober). *Grundsätze der Traumapädagogik. Traumapädagogik im sozialpädagogischen Alltag*. Vortrag gehalten auf der Herbsttagung im Südtiroler Kinderdorf, Brixen.
- Bossart, Daria & Werner, Mira (2020). *Traumapädagogik – eine Chance für Kinder und Jugendliche: Die Notwendigkeit der Traumapädagogik für einen professionellen Umgang mit Kindern und Jugendlichen in stationären sozialpädagogischen Settings*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Breitenbach, Gaby & Requardt, Harald (2013). *Komplex-systemische Traumatherapie und Traumapädagogik*. Kröning: Asanger.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (2011). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe*. Gefunden unter <https://chtp.ch/de/download>.
- Büschi, Eva, Calabrese, Stefania, Hassler, Benedikt, Lustenberger, Natalie & Schicka, Manuela (2018). *Zwischenergebnisse aus der SNF-Studie HEVE*. Gefunden unter http://www.heve.ch/ergebnisse/HEVE_ErsteErgebnisse_2018_11_02.pdf
- Calabrese, Stefania (2017). *Herausfordernde Verhaltensweisen—Herausfordernde Situationen: Ein Perspektivenwechsel: Eine qualitativ-videoanalytische Studie über die Gestaltung von Arbeitssituationen von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen und herausfordernden Verhaltensweisen*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Calabrese, Stefania & Georgi-Tscherry, Pia (2018). Herausfordernde Verhaltensweisen in der Intensivbetreuung. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 24(5), 33–39.
- Calabrese, Stefania & Büschi, Eva (2019). Herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. In Eva Büschi & Stefania Calabrese (Hrsg.), *Herausfordernde Verhaltensweisen in der Sozialen Arbeit* (S. 128–150). Stuttgart: Kohlhammer.
- DIMDI (2005). *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Gefunden unter <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/icf/icfbp2005.zip>.
- DIMDI (2020). *ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2020—Kapitel V Psychische und*

Verhaltensstörungen (F00-F99) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48).
Gefunden unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f40-f48.htm>.

- Eichenberg, Christiane & Zimmermann, Peter (2017). *Einführung Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Elbing, Ulrich & Mayer, Birgit (2019, 8. August). *Trauma und sexualisierte Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung—Symptomatik, Diagnostik, Therapie, Vorgehen bei Ermittlungen*. Vortrag gehalten auf der hpa Berlin.
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt.
- Flick, Uwe (2009). *Sozialforschung: Methoden und Anwendungen: Ein Überblick für die BA-Studiengänge. In Sozialforschung Methoden und Anwendungen: Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta (2011). *Das therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen: Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta, Loch, Ulrike & Schulze, Heidrun (2012). Psychosoziale Traumatologie—Eine Annäherung. In Heidrun Schulze, Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen: Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 6-53). Hohengehren: Schneider.
- Habermann-Horstmeier, Lotte (2016, 21. November). *Arbeitssituation und Gesundheit bei Betreuungskräften in Behinderten-Wohneinrichtungen*. Vortrag gehalten auf der BeB-Fachtagung Dienstleistungsmanagement, Mosbach/Baden.
- Hecker, Tobias & Maercker, Andreas (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut*, 60(6), 547–562.
- Hennicke, Klaus (2008, 5. Dezember). *Trauma und geistige Behinderung—Eine Einführung*. Vortrag gehalten auf der Fachtagung Geistige Behinderung und Trauma, Bremen.
- Hennicke, Klaus (2015). Zur Einführung: Stress und Trauma. In Klaus Hennicke (Hrsg.) *Seelische Verletzungen (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14. November 2014 in Kassel* (S. 4–12). Berlin: Materialien der DGSGB.
- Holderegger, Hans (2017). *Der Umgang mit dem Trauma: Die „traumatisierende“ Übertragung als Schlüssel in der Traumatherapie* (4., durch zwei Aufsätze und eine aktualisierte Literaturliste erweiterte Auflage). Kröning: Asanger Verlag.
- Huber, Michaela (2003). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung (Teil 1)* Paderborn: Junfermann.

- Hug, Theo & Poscheschnik, Gerald (2015). *Empirisch forschen: Die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium*. In *Empirisch forschen die Planung und Umsetzung von Projekten im Studium* (2., überarbeitete Auflage). Wien: Huter & Roth.
- Kessler, Tanja (2016a). Äußere Eindrücke und innere Erwartungen. Theoretische Aspekte zu den Dynamiken von Übertragung und Gegenreaktion in der traumapädagogischen Arbeit. In Wilma Weiss, Tanja Kessler & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 123–130). Weinheim: Beltz.
- Kessler, Tanja (2016b). Behindert uns nicht! In Wilma Weiss, Tanja Kessler & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 232–242). Weinheim: Beltz.
- Kessler, Tanja (2016c). Diese Wut, die mich immer wieder einholt. Methodisches zur Arbeit mit traumatischer Übertragung und der Gegenreaktion. In Wilma Weiss, Tanja Kessler & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 282–289). Weinheim: Beltz.
- Koten, Hans-Jörg (2018). Traumapädagogischer Umgang mit Regeln und Grenzen. *Jugendhilfe*, 56(1), 88–96.
- Kozak, Agnessa (2011, 5. September). *Psychosoziale Belastungen bei Mitarbeitern der Behindertenhilfe*. Vortrag gehalten am BGW Forum 2011 - Gesundheitsschutz in der Behindertenhilfe, Hamburg.
- Kühn, Martin (2013). „Macht Eure Welt endlich wieder 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* (3., erg. und korr. Aufl., S. 24–37). Weinheim: Juventa.
- Kühn, Martin (2014). Traumapädagogik—Von einer Graswurzelbewegung zur Fachdisziplin. 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. 19–26). Göttingen: Vandenhoeck + Ruprecht.
- Kühn, Martin (2015). Praxis der Traumapädagogik—Was muss im Alltag der Betreuung beachtet werden? In Klaus Henricke (Hrsg.) *Seelische Verletzungen (Trauma) bei Menschen mit geistiger Behinderung Wahrnehmen, Betreuen, Behandeln. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14. November 2014 in Kassel* (S. 39–45). Berlin: Materialien der DGSGB.
- Kühn, Martin & Bialek, Julia (2017). Ein Sicherer Ort in einer behindernden Welt? In David Zimmermann, Hans Rosenbrock & Lars Dabbert (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik, Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (S. 20–34). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lang, Birgit (2013). Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In Jacob Bausum, Lutz-Ulrich Besser, Martin Kühn, & Wilma Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (3., erg. und korr. Aufl., S. 220–228). Weinheim: Juventa.
- Levine, Peter A. (2016). *Trauma und Gedächtnis: Die Spuren unserer Erinnerung in Körper und Gehirn: Wie wir traumatische Erfahrungen verstehen und verarbeiten*. München: Kösel.

- Loch, Ulrike & Schulze, Heidrun (2012a). Zum Forschungsdesign. In Heidrun Schulze, Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen: Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 54-58). Hohengehren: Schneider.
- Loch, Ulrike & Schulze, Heidrun (2012b). Aufmerksamkeitslinie in der traumaintegrierenden Sozialen Arbeit. In Heidrun Schulze, Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen: Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 59-114). Hohengehren: Schneider.
- Maercker, Andreas (2017). *Trauma und Traumafolgestörungen*. München: C.H. Beck.
- Mayer, Birgit (2020). *Trauma und geistige Beeinträchtigung- eine Studie zur Anwendung der NET (Narrativen Expositionstherapie) bei Menschen mit geistiger oder psychischer Beeinträchtigung*. Universität Konstanz, Konstanz.
- Riessbeck, Helmut (2013). Patienten mit Behinderungen. In Martin Sack, Ulrich Sachsse & Julia Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen—Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 356–365). Stuttgart: Schattauer Verlag (Klett).
- Riessbeck, Helmut & Riessbeck, Kerstin (2018). Trauma und Behinderung. In Julia Schellong, Franziska Epple, & Kerstin Weidner (Hrsg.), *Praxisbuch Psychotraumatologie* (S. 224–229). Stuttgart: Schattauer Verlag (Klett).
- Riessinger, Simone (2015, 12. Februar). *Sekundäre Traumatisierung und der Umgang mit Überlastungsphänomenen*. Vortrag gehalten auf der Fachtagung der Hans-Wendt-Stiftung.
- Robertz, Ursula & Heidenreich, Stephanie (2012). Spezifische Therapieangebote für traumatisierte intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen. In Klaus Henricke (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung* (S. 80–113). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Sack, Martin, Sachsse, Ulrich & Schellong, Julia (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen—Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer Verlag (Klett).
- Schellong, Julia (2013). Definition psychisches Trauma. In Martin Sack, Ulrich Sachsse & Julia Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen—Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 28–32). Stuttgart: Schattauer Verlag (Klett).
- Scherwath, Corinna & Friedrich, Sibylle (2020). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung* (4. Auflage). München: Ernst Reinhardt.
- Schmid, Marc (2019). Traumasensibilität und traumapädagogische Konzepte in der Jugendhilfe. In Günter H. Seidler, Harald J. Freyberger, Heide Glaesmer, & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Psychotraumatologie* (3. vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 778–806). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmid, Marc, Erb, Jennifer, Fischer, Sophia, Kind, Nina & Fegert, Jörg M. (2017). *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesmat für Justiz. Zusammenfassung der*

- wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs «Implementierung, Evaluation und Verstetigung von traumapädagogischen Konzepten in sozialpädagogischen Institutionen des stationären Massnahmenvollzuges» (S. 249). Gefunden unter <https://www.traumapaedagogik.ch/files/blog/mix/abschlussbericht-modellversuch-traumapaedagogik.pdf>.
- Schrötle, 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: Kohlhammer.
- Senkel, Barbara (2008). Wunden, die die Zeit nicht heilt – Trauma und geistige Behinderung. *Geistige Behinderung*, 47(3), 246–256.
- 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. 54-58). Hohengehren: Schneider.
- Schulze, Heidrun & Kühn, Martin (2012). Traumaarbeit als institutionelles Konzept: Potenziale und Spannungsfelder. In Heidrun Schulze, Ulrike Loch & Silke Birgitta Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen: Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 166-185). Hohengehren: Schneider.
- Steinlin, Célia, Dölitzsch, Claudia, Fischer, Sophia, Lüdtke, Janine, Fegert, Jörg M. & Schmid, Marc (2015a). Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung—Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz. *Trauma & Gewalt*, 9(1), 6–21.
- Steinlin, Célia, Fischer, Sophia, Dölitzsch, Claudia, Fegert, Jörg M. & Schmid, Marc (2015b). Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit: Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit. *Trauma & Gewalt*, 9(1), 22–33.
- Theunissen, Georg (2011). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten: Ein Lehrbuch für die Schule, Heilpädagogik und ausserschulische Behindertenhilfe* (5., vollst. überarb. Aufl.). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Weiss, Wilma, Kessler, Tanja & Gahleitner, Silke Birgitta (2016). *Handbuch Traumapädagogik*. Weinheim: Beltz.
- WHO (ohne Datum). *Definition des Begriffs „geistige Behinderung“*. Gefunden unter <https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>.
- Wolkorte, Ria, van Houwelingen, Ingrid & Kroezen, Marieke (2019). Challenging behaviours: Views and preferences of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(6), 1421–1427.

Zemp, Aiha & Pircher, Erika (1996). Weil das alles weh tut mit Gewalt Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung [Digitale Bibliothek]. Gefunden unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/zemp-ausbeutung.html#idm2303>.

Zemp, Aiha, Pircher, Erika & Schoibl, Heinz (1997). Sexualisierte Gewalt im behinderten Alltag Jungen und Männer mit Behinderung als Opfer und Täter [Digitale Bibliothek]. Gefunden unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/zemp-gewalt.html>.

Zimmermann, David (2017). Können wir uns aushalten? Beziehungstraumatisierungen und der Sichere Ort im pädagogischen Setting. In David Zimmermann, Hans Rosenbrock & Lars Dabbert (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik, Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (S. 35–46). Weinheim: Beltz Juventa.

Bachelorarbeit HSLU

Luzia Fischer, Studentin Sozialpädagogik

Traumafolgestörungen bei erwachsenen Menschen mit kognitiver
Beeinträchtigung -
Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten für Fachpersonen der
Sozialpädagogik

1 2 3 4 5 6

Kurze Einführung

Ganz herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen für meine Umfrage!

Hinweise zur Erhebung:

- die Umfrage dauert ca. 20 Minuten
- die Datenerfassung ist anonym
- durch das Zwischenspeichern wird die Umfrage geschlossen und kann zu einem späteren Zeitpunkt mit Ihren Zugangsdaten wieder aufgenommen werden (auch an einem anderen Computer)
- die Textfelder können Sie optional verwenden, falls Ihre gewünschte Antwort nicht in der Auswahl gegeben ist oder Sie ausführlichere Informationen geben möchten
- Sie können mit den Weiter-Zurück-Buttons am Seitenende oder mittels Navigationsleiste oben links von Seite 1 bis 6 navigieren
- es freut mich, wenn Sie alle Fragen beantworten, dies ist aber nicht zwingend, um den Fragebogen auf Seite 6 absenden zu können

<< Zurück

Weiter >>

1 2 3 4 5 6

1 Arbeitsumfeld

1.1 Grösse der gesamten Institution: Anzahl Wohngruppen 1-4 Wohngruppen 5-10 Wohngruppen >10 Wohngruppen

1.2 Grösse der Wohngruppe: Anzahl Bewohner*innen 1 2-3 4-5 6-10 >10

1.3 Grösse des Teams: Anzahl Mitarbeitende 1-4 5-8 9-12 13-16 >16

1.4 Anzahl Mitarbeitende zeitgleich im Dienst auf der Wohngruppe (häufigste Dienstform) Alleine/Einzeldienst zu zweit
 zu dritt mehr als drei

1.5 Häufigste Begleitform/Betreuungsschlüssel (im Tagdienst) 1:1
 2:1 (2 Bewohner*innen, 1 Begleitperson)
 Begleitung von Gruppen (ab 3 Klient*innen pro Begleitperson)

1.6 Allfällige weitere Bemerkungen zum Arbeitsumfeld

<< Zurück Weiter >>

1 2 3 4 5 6

2 Klient*innen mit Trauma

TRAUMA - kurze Definition/Erklärung: zum lesen hier anklicken
 schliessen

2.1 Gibt es Bewohner*innen in der Wohngruppe, welche ein Trauma haben?
*(Mehrfachauswahl möglich, falls bei versch. Bewohner*innen unterschiedliche Ausgangslagen)*

Ja, Trauma bekannt
 Ja, Trauma vermutet (klare Hinweise, aber nicht von Fachperson diagnostiziert)
 Möglicherweise (Hinweise gegeben, aber nicht eindeutig)
 Nein, kein*e Bewohner*in

Allfällige weitere Bemerkungen oder Informationen

TRAUMAFOLGESTÖRUNG - Kurze Definition/Erklärung: zum lesen hier anklicken
 schliessen

2.2 Wie zeigen sich (mögliche) Traumafolgestörungen der Bewohner*in(nen) im Alltag auf der Wohngruppe?
(Mehrfachauswahl möglich)

Fremdaggression Autoaggression / Selbstverletzung
 Verbale Aggression / Schreien Aggression gegen Gegenstände
 Vermeidungsverhalten Übererregungssymptome
 Rückzug / Selbstisolation Regressives Verhalten
 Dissoziation Flashbacks / Intrusion
 Übertragung / Gegenübertragung Angst / Depression
 Sexualisierte Verhaltensweisen Stereotypen
 Reinszenierung

ERKLÄRUNG zu Begrifflichkeiten der Frage 2.2 zum lesen hier anklicken
 schliessen

Allfällige weitere beobachtete/erlebte Verhaltensweisen, oder Beschreibung von Situationen möglich

2.3 Können Sie im Arbeitsalltag erkennen, ob und wann eine herausfordernde Verhaltensweise / herausfordernde Situation möglicherweise mit einem Trauma der/des Bewohner*in zusammenhängt? ja, oft ja, manchmal eher schwierig nein

Allfällige Bemerkungen

<< Zurück Weiter >>

3 Herausforderungen im Umgang mit Traumafolgestörungen

3.1 Wie herausfordernd sind diese Verhaltensweisen für Sie?
 (Hier werden die in 2.2 ausgewählten Verhaltensweisen aufgeführt)

| | nicht herausfordernd | wenig herausfordernd | ziemlich herausfordernd | sehr herausfordernd |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| • Verbale Aggression / Schreien | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Weitere Verhaltensweisen, die für Sie herausfordernd sind? Beschreibung von Situationen möglich, auch für obengenannte Verhaltensweisen.

3.2 Was macht die Herausforderung aus?
 (Mehrfachauswahl möglich)

- Unverhofftes Auftreten des Verhaltens
- Intensität
- Häufigkeit
- Dauer
- Bedrohlichkeit
- Unberechenbarkeit
- Verhalten nicht nachvollziehbar
- emotionales Involviert-werden
- keine wirksame Intervention für Umgang

Weiteres

3.3 Welche Gefühle oder Reaktionen lösen solche herausfordernden Situationen bei Ihnen aus? Wie belastend empfinden Sie diese Gefühle?

(Falls Sie ein Gefühl zwar wahrgenommen haben, dieses jedoch nicht als belastend empfinden, können Sie "nicht belastend" auswählen)

| | nicht belastend | wenig belastend | ziemlich belastend | sehr belastend | nicht empfunden |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Angst | <input type="radio"/> |
| Erschrecken | <input type="radio"/> |
| Ohnmachtsgefühl | <input type="radio"/> |
| Stress | <input type="radio"/> |
| Selbstzweifel | <input type="radio"/> |
| Wut | <input type="radio"/> |
| Überforderung | <input type="radio"/> |
| Erschöpfung, Antriebslosigkeit | <input type="radio"/> |
| langanhaltendes Stressgefühl (über mehrere Wochen) | <input type="radio"/> |
| Entgrenzung (erschwerte Balance zw. Arbeit und Erholung) | <input type="radio"/> |
| Schlafstörungen | <input type="radio"/> |
| Sekundärtraumatisierung (Das Anhören/Lesen von traumatischen Erlebnissen oder das Mitfühlen mit Opfern traumatischer Erfahrungen kann zu ähnlichen Reaktionen/Gefühlen wie beim direkt betroffenen Opfer selbst führen) | <input type="radio"/> |

Allfällige weitere Gefühle und Belastungen

<< Zurück

Weiter >>

4 Unterstützungsmöglichkeiten & -angebote

4.1 Was hilft Ihnen IN herausfordernden Situationen/Interaktionen mit Bewohner*innen aufgrund möglicher Traumafolgestörungen (direkt in der Situation)?

| | nicht hilfreich | hilfreich | sehr hilfreich | nicht bekannt |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Unterstützung durch weitere MA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hintergrundwissen zur Bewohner*in | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fachwissen zu Trauma/Traumafolgestörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wissen aus ähnlichen Erfahrungen anderer MA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Erklärungswissen zum Verhalten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Klare Interventionsmöglichkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Angebot eines Auszeit-Zimmers für Bewohner*in | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Vorübergehend persönliche Rückzugsmöglichkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Selbstreflexion / Kenntnis der eigenen Biographie/Themen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Allfällige weitere Unterstützungsmöglichkeiten

4.2 Was hilft Ihnen NACH schwierigen Situationen/Interaktionen aufgrund möglicher Traumafolgestörungen - bewährte Bewältigungsstrategien/Nachsorge?

| | nicht hilfreich | hilfreich | sehr hilfreich | nicht bekannt |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Besprechung/Reflexion der Situation mit anderen MA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gespräch/Reflexion mit Vorgesetzten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gespräch/Reflexion im privaten Umfeld | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bearbeitung der Situation in Fachberatung/Supervision | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Austausch über ähnliche Erfahrungen von anderen MA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wertschätzung, emotionaler Beistand | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Selbstreflexion / Kenntnis der eigenen Biographie/Themen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| das Positive im/in der Bewohner*in sehen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Distanzierung / Abschalten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Privatleben/Hobbies | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Allfällige weitere Unterstützungsmöglichkeiten

4.3 Wie ist in der Institution/im Team der Umgang mit Trauma/Traumafolgestörungen verankert?

- Traumapädagogisches Konzept vorhanden
- Trauma-spezifische Fachberatung/Supervision
- Weiterbildungen zum Thema Trauma (intern/extern)
- Austausch mit Arbeitskolleg*innen
- kein Austausch über Thema Trauma im Team
- Ist mir nicht bekannt

Allfällige weitere Bemerkungen

4.4 Was wünschen Sie sich für das Erkennen von und den Umgang mit herausfordernden Situationen, welche mit Traumafolgestörungen der Bewohner*innen im Zusammenhang stehen können?

| | Nein | Ja, wenn möglich | Ja, unbedingt | kein Kommentar |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Mehr Unterstützung durch Vorgesetzte*n | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mehr Unterstützung durch Team | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mehr Zeit für Selbstreflexion | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Konkrete Interventionen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Supervision / Fachberatung zum Thema | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Fort-/Weiterbildung zum Thema | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mehr Erfahrungsaustausch im Team | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Veränderung von Strukturen/Regeln | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mehr Rückzugsmöglichkeiten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mehr Wertschätzung, emotionaler Beistand | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mehr Wissen über Hintergrund von Bewohner*innen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Förderung des Verstehens von Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Trauma/Traumafolgestörungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Allfällige weitere gewünschte Unterstützungsmöglichkeiten

5 Personenbezogene Informationen

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|---------------------------|
| 5.2 Geschlecht | <input type="radio"/> weiblich | <input type="radio"/> männlich | | | | |
| 5.1 Alter | <input type="radio"/> <25 | <input type="radio"/> 25-30 | <input type="radio"/> 31-40 | <input type="radio"/> 41-50 | <input type="radio"/> 51-60 | <input type="radio"/> >60 |
| 5.3 Ausbildung | <input type="radio"/> Sozialpädagogik oder vergleichbar | <input type="radio"/> Pflegefachperson oder vergleichbar | <input type="radio"/> Quereinsteiger*in | <input type="radio"/> FaBe oder vergleichbar | <input type="radio"/> FaGe oder vergleichbar | |
| 5.4 Berufserfahrung im sozialpädagogischen/agogischen Bereich (Jahre total) | <input type="radio"/> 0-2 | <input type="radio"/> 3-5 | <input type="radio"/> 5-10 | <input type="radio"/> 10-20 | <input type="radio"/> 20-30 | <input type="radio"/> >30 |
| 5.5 Aktuelles Arbeitspensum | <input type="radio"/> 0% - 40 % | <input type="radio"/> 41% - 55% | <input type="radio"/> 56% - 70% | <input type="radio"/> 71% - 85% | <input type="radio"/> 86% - 100% | |
| 5.6 Eigenes Wissen zum Thema Trauma und Traumafolgestörungen | <input type="radio"/> geringes Wissen <input type="radio"/> Grundlagenwissen <input type="radio"/> vertieftes Wissen <input type="radio"/> fundiertes Wissen inkl. Fort-/Weiterbildung | | | | | |

<< Zurück

Absenden