

## **Bachelor-Arbeit**

Ausbildungsgang: Sozialpädagogik

Kurs: VZ 21-2

**Anna Maria Imfeld**

**Linda Gander**

## **Autismus-Spektrum und Trauma**

**Anwendung der Traumapädagogik in der Begleitung von Menschen im Autismus-Spektrum im stationären Setting der Behindertenhilfe**

Diese Arbeit wurde am **12.08.2024** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

---

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

---

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

---

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



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

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.

**Keine weiteren Einschränkungen** — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

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 Studiengangleitung Bachelor**

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 mehreren 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 und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand\_innen 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 Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2024

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

## Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit hat zum Ziel, die Verbindung zwischen Menschen im Autismus-Spektrum (AS) und Traumata aufzuzeigen. Menschen im AS haben aufgrund ihrer besonderen Wahrnehmungsweise und verschiedener neuropsychologischer Erklärungsansätze ein höheres Risiko, traumatisiert zu werden. Bis heute wird in der Arbeit mit Menschen im AS der Thematik der Traumatisierung wenig Bedeutung beigemessen. Daher wird die Traumapädagogik in der stationären Behindertenhilfe kaum umgesetzt und es existieren keine traumapädagogischen Handlungskonzepte für dieses Setting. Aufgrund des erhöhten Risikos ist es jedoch zentral, dass entsprechendes Fachwissen in der Behindertenhilfe vorhanden ist.

Im Kontext der stationären Kinder- und Jugendhilfe werden bereits verschiedene traumapädagogische Konzepte im Alltag angewendet. Ein weiteres Ziel dieser Arbeit ist, aufzuzeigen, wie das Fachpersonal, einschließlich der Professionellen der Sozialpädagogik sowie der Institutionen selbst, traumapädagogische Konzepte in der Behindertenhilfe umsetzen können. Dazu erläutert die Autorenschaft drei Konzepte und verfolgt die Frage, wie traumapädagogische Ansätze spezifisch an die Bedürfnisse und Herausforderungen von Menschen im AS, die im stationären Setting der Behindertenhilfe leben, angepasst werden können.

Weitere Schwerpunkte dieser Bachelorarbeit liegen auf dem AS, der Psychotraumatologie, den Traumafolgestörungen sowie den Grundlagen der Traumapädagogik.

## Danksagung

Bei der vorliegenden Bachelorarbeit hat die Autorenschaft von unterschiedlichen Seiten Unterstützung erhalten. Dafür möchte sich die Autorenschaft gerne bedanken. Ein besonderer Dank geht an die Begleitperson Stefania Calabrese, welche bei Fragen stets zur Verfügung stand. Des Weiteren bedankt sich die Autorenschaft bei den Mitarbeitenden der Hochschulbibliothek der Sozialen Arbeit für die Unterstützung beim Zitieren. Zudem geht ein grosser Dank an alle Personen, welche diese Arbeit gegenlesen und die Autorenschaft mit verschiedenen Inputs unterstützt haben. Als letztes dankt die Autorenschaft dem persönlichen Umfeld, welche sie motiviert und unterstützt haben.

# Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	IV
Danksagung .....	V
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	IX
Abkürzungsverzeichnis .....	X
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit .....	2
1.3 Ziel und Fragestellung der Arbeit .....	3
1.4 Adressat*innen und Abgrenzung .....	4
1.5 Begriffsdefinition .....	4
1.6 Aufbau der Arbeit.....	6
2 Autismus-Spektrum .....	7
2.1 Prävalenz und Komorbidität .....	7
2.2 Klassifikation.....	8
2.2.1 ICD-11 .....	8
2.2.2 DSM-5.....	10
2.3 Merkmale vom AS .....	11
2.3.1 Soziale Kommunikation und Sprache .....	11
2.3.2 Soziale Interaktion .....	12
2.3.3 Stereotypische Verhaltensmuster .....	12
2.4 Neuropsychologische Erklärungsansätze .....	13
2.4.1 Theory of Mind .....	13
2.4.2 Exekutive Funktionen .....	14
2.4.3 Zentrale Kohärenz.....	14
2.4.4 Intense World Theory.....	14
2.5 Ursachen für die Entstehung von AS .....	15
2.5.1 Biologisch-genetische Faktoren.....	15

2.5.2 Umweltfaktoren.....	16
2.6 Begleitung von Erwachsenen im AS im stationären Setting der Behindertenhilfe.....	17
2.6.1 Herausfordernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen im AS.....	17
2.6.2 Unterstützungsmöglichkeiten im pädagogischen Alltag .....	19
3 Psychotraumatologie .....	21
3.1 Trauma-Typen .....	21
3.2 Psychobiologische Reaktionen auf ein Trauma .....	23
3.3 Risiko- und Schutzfaktoren .....	24
3.4 Traumafolgestörung.....	25
3.4.1 Posttraumatische Belastungsstörungen .....	26
3.4.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen .....	27
3.4.3 Bindungsstörung.....	27
4 Traumata bei Erwachsenen im AS .....	29
4.1 Neurologische Gemeinsamkeiten vom AS und Trauma .....	29
4.2 Differenzialdiagnostik .....	30
4.3 Risiko- und Schutzfaktoren .....	31
5 Traumapädagogik .....	35
5.1 Traumapädagogische Standards.....	35
5.2 Grundhaltung .....	36
5.2.1 Annahme des guten Grundes .....	36
5.2.2 Wertschätzung.....	37
5.2.3 Partizipation.....	38
5.2.4 Transparenz .....	39
5.2.5 Spass und Freude.....	40
5.3 Traumapädagogische Konzepte .....	41
5.3.1 Pädagogik des sicheren Ortes.....	41
5.3.2 Bindungsorientierung.....	45
5.3.3 Konzept der Selbstbemächtigung.....	48

5.4 Relevanz der Traumapädagogik im stationären Setting der Behindertenhilfe .....	52
6 Traumapädagogik in der Arbeit mit Erwachsenen im AS .....	54
6.1 Allgemeine Anforderungen .....	54
6.2 Pädagogik des sicheren Ortes.....	56
6.2.1 Anforderungen an das Fachpersonal.....	56
6.2.2 Institutionelle Voraussetzungen .....	57
6.3 Bindungsorientierung .....	59
6.3.1 Anforderungen an das Fachpersonal.....	59
6.3.2 Institutionelle Voraussetzungen .....	61
6.4 Konzept der Selbstermächtigung.....	61
6.4.1 Anforderungen an das Fachpersonal.....	62
6.4.2 Institutionelle Voraussetzungen .....	63
7 Schlussfolgerung.....	65
7.1 Beantwortung der Fragestellungen .....	65
7.2 Fazit für die berufliche Praxis .....	70
7.3 Ausblick.....	71
Literaturverzeichnis .....	72

Anmerkung: Alle Kapitel wurden von der Autorenschaft gemeinsam verfasst.

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Pädagogik des Sicheren Ortes.....	42
Abbildung 2: Stufen der Partizipation .....	51
Tabelle 1: Schweregrade bei Autismus-Spektrum-Störungen .....	11
Tabelle 2: Grundhaltung Annahme des guten Grundes .....	37
Tabelle 3: Grundhaltung Wertschätzung.....	38
Tabelle 4: Grundhaltung Partizipation.....	39
Tabelle 5: Grundhaltung Transparenz.....	40
Tabelle 6: Grundhaltung Spass und Freude.....	41
Tabelle 7: Bindungstypen .....	46

## Abkürzungsverzeichnis

AS	Autismus-Spektrum
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
BAG-TP	Bundesarbeitsgesellschaft Traumapädagogik
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HEVE	Herausfordernde Verhaltensweisen
ICD	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
PECS	Picture Exchange Communication System
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children
ToM	Theory of Mind
vgl.	Vergleich
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# 1 Einleitung

Menschen im Autismus-Spektrum (AS) zeigen Schwierigkeiten in der sozialen Kommunikation und Interaktion. Zudem haben sie eine andere Wahrnehmung als neurotypische Menschen (Teufel & Soll, 2021, S. 18-19). Deswegen zeigen Menschen im AS erhöhte Risikofaktoren für eine Traumatisierung auf (Lorenz, 2022). Weiss (2016c) sagt, dass die Traumapädagogik zur Sozialpädagogik gehört (S. 21). Jedoch wurden die Konzepte der Traumapädagogik für die Kinder- und Jugendhilfe konzipiert (Schirmer, 2016, S. 238). Für stationäre Institutionen von Menschen mit einer Behinderung oder Menschen im AS sind bislang noch keine Standards entwickelt worden (Kessler, 2016, S. 236). Aus diesem Grund zeigt die Autorenschaft auf, inwiefern eine Verbindung zwischen dem AS und Traumata besteht und welche Möglichkeiten sich daraus für die Umsetzung der Traumapädagogik im stationären Setting der Behindertenhilfe ergeben.

Das vorliegende Kapitel der Einleitung erläutert die Ausgangslage und erklärt somit die Grundlagen dieser Arbeit. Darauf folgend erklärt die Autorenschaft die Relevanz des Themas aus Sicht der Sozialen Arbeit. Auf dieser Grundlage lassen sich das Ziel sowie die Fragestellungen ableiten. Im Anschluss wird klar abgegrenzt, welche Aspekte nicht erläutert werden. Darauf folgen die Begriffsdefinitionen und zuletzt wird der Aufbau der Arbeit beschrieben.

## 1.1 Ausgangslage

Studien zeigen, dass mindestens 1% der Menschen vom AS betroffen sind (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 71). Menschen im AS haben eine andere Wahrnehmung und Schwierigkeiten bei der sozialen Kommunikation sowie der sozialen Interaktion. In ihrem Verhalten sind stereotypische Verhaltensweisen zu erkennen (Teufel & Soll, 2021, S. 18-19). Menschen im AS verarbeiten die Sinnesindrücke anders als neurotypische Menschen. Dadurch können Erlebnisse schneller zu einer Traumatisierung führen (Lorenz, 2022). Gemäss Haberstock (2021) sind Menschen im AS mehr von sozialen Ausgrenzungen, Mobbing, körperlicher Gewalt oder sexuellen Übergriffen betroffen als neurotypische Menschen. Jedoch können sie aufgrund ihrer Einschränkungen solche Vorfälle nur selten von sich aus ansprechen. Zusätzlich ist für das soziale Umfeld oftmals nicht nachvollziehbar, wie traumatisch eine solche Situation für Menschen im AS sein kann (S. 103).

Ungefähr 30% der Menschen, die ein Trauma erleben, erkranken an einer Traumafolgestörung (Pausch & Matten, 2018, S. 10). Bei Menschen im AS ist das Risiko für eine Traumafolgestörung deutlich höher als bei neurotypischen Menschen (Attwood & Garnett, 2024, S. 7). Gemäss Scherwath und Friedrich (2016) sind die Risiko- und Schutzfaktoren ausschlaggebend dafür, ob ein Trauma überwunden werden kann. Besonders Menschen in sozialpädagogischen Settings weisen oft höhere Risikofaktoren auf.

Deswegen ist davon auszugehen, dass die Anzahl von Traumatisierungen von Menschen in sozialpädagogischen Settings höher ist (S. 14).

Die Traumapädagogik entstand aus dem Wissen der Psychotraumatologie (Staub & Seidl, 2024, S. 11) und wird als Verbindung zwischen der Psychotraumatologie und der Pädagogik gesehen (Kühn, 2023, S. 27). Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Traumapädagogik (BAG-TP) entwickelte konzeptionelle und strukturelle Standards für die Umsetzung der Traumapädagogik in der Kinder- und Jugendhilfe. Zudem erarbeiteten diverse Fachpersonen verschiedene Konzepte, wie beispielsweise das Konzept des sicheren Ortes oder der Selbstermächtigung (Schirmer, 2016, S. 238). Für stationäre Institutionen von Menschen mit einer Behinderung sind bislang noch keine Standards entwickelt worden (Kessler, 2016, S. 236). Im Rahmen dieser Bachelorarbeit erarbeitet die Autorenschaft, wie die traumapädagogischen Konzepte in der Begleitung von Menschen im AS im stationären Bereich der Behindertenhilfe angewendet werden können.

## 1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit

Weiss (2016c) zeigt auf, dass die Traumapädagogik Bestandteil der Pädagogik und der Sozialen Arbeit ist. Fachkräfte der Sozialen Arbeit leisten mit Abstand den grössten Beitrag zur Traumaversorgung. Sie bereichern fachliche Diskussionen, da sie eng mit der betroffenen Klientel zusammenarbeiten und unterschiedliche Erfahrungen, Wissensstände und Methoden aufweisen können (S. 21). In stationären Institutionen, in welchen Menschen mit einer Behinderung leben, ist das Bewusstsein für eine Traumatisierung der Klientel immer noch gering (Kühn & Bialek, 2017, S. 32). Aus dieser Tatsache schliesst die Autorenschaft, dass deshalb vielleicht noch keine Standards für dieses Setting entwickelt wurden. Laut Baierl (2016) zeigen sich Traumafolgestörungen im Alltag. Jedoch fehlt der Sozialen Arbeit oft die Sensibilisierung dazu. Dies hat zur Folge, dass in sozialpädagogischen Alltagshandlungen ein Verhalten fehlinterpretiert werden kann und dieses Verhalten der Behinderung der Klientel zugeschrieben wird. Nur mit Fachwissen können Retraumatisierungen verhindert werden (S. 73-77). Da Traumapädagogik oftmals als Haltung im Arbeitsalltag angesehen wird, braucht es auch nicht zwingend eine Diagnose für eine Traumafolgestörung (Tiefenthaler & Gahleitner, 2016, S. 181).

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit zeigt ebenfalls die Praxisrelevanz auf. In Art. 5 Abs. 6 im Berufskodex der Sozialen Arbeit ist klar aufgezeigt, dass Professionelle der Sozialen Arbeit Menschen in ihrem Alltag begleiten, betreuen und schützen. Ebenfalls ist es ihre Aufgabe, die Entwicklung zu fördern, zu sichern und zu stabilisieren. Zudem zeigt Art. 5 Abs. 7, dass Menschen zu unterstützen sind, damit sie sich verändern können und somit unabhängiger werden (AvenirSocial, 2010, S. 7). Bei traumatischen Erlebnissen erlebt der Mensch keine Sicherheit oder Stabilität, was mit einem Gefühl von Hilflosigkeit und Ohnmacht einhergeht (Fischer & Riedesser, 2020, S. 21). Der Handlungsbedarf für die Soziale

Arbeit zeigt sich der Autorenschaft deutlich. Die Soziale Arbeit hat die Aufgabe, negative Auswirkungen zu verringern und die Menschen zu stabilisieren und zu fördern, damit wieder ein selbstbestimmtes Leben möglich ist. Da Menschen im AS ein erhöhtes Risiko für eine Traumatisierung aufweisen (Vergleich (vgl.) Kapitel 4), besteht ein erheblicher Interventionsbedarf.

## 1.3 Ziel und Fragestellung der Arbeit

Mit dieser Literaturarbeit verfolgt die Autorenschaft das Ziel, auf das fehlende Fachwissen über Traumata und Menschen im AS aufmerksam zu machen. Das Fachpersonal muss ein Bewusstsein für dieses Thema entwickeln, damit Menschen im AS adäquat begleitet werden können. Zudem soll diese Bachelorarbeit verdeutlichen, inwiefern eine Verbindung zwischen dem AS und Traumata besteht. Durch den Einblick in die Traumapädagogik erhofft sich die Autorenschaft, den Institutionen und dem Fachpersonal aufzuzeigen, wie sich die traumapädagogischen Konzepte für Menschen im AS realisieren lassen. Die Autorenschaft hat das Ziel, klare Handlungsmöglichkeiten zu formulieren.

Folgende Fragestellungen tragen dazu bei, dass das Ziel der Arbeit erreicht wird:

### **Übergeordnete Frage**

Welche Relevanz kann der Traumapädagogik in der Begleitung von Menschen im Autismus-Spektrum im stationären Setting der Behindertenhilfe beigemessen werden?

### **Hauptfrage 1**

Was ist das Autismus-Spektrum und wie zeigt sich das klinische Bild?

### **Hauptfrage 2**

Was ist unter Trauma und Traumafolgestörungen zu verstehen?

### **Hauptfrage 3**

Welche Verbindung besteht zwischen dem Autismus-Spektrum und Traumata?

### **Hauptfrage 4**

Was ist unter Traumapädagogik zu verstehen und welche Konzepte gibt es?

### **Praxisfrage**

Wie können traumapädagogische Ansätze spezifisch an die Bedürfnisse und Herausforderungen von Menschen im Autismus-Spektrum, die im stationären Setting der Behindertenhilfe leben, angepasst werden?

## 1.4 Adressat\*innen und Abgrenzung

Diese Bachelorarbeit richtet sich an das Fachpersonal und Institutionen des stationären Settings der Behindertenhilfe, welche Erwachsene im AS begleiten. Die Autorenschaft geht davon aus, dass eine AS-Diagnose vorliegt. In dieser Bachelorarbeit wird nicht erwartet, dass eine Diagnose einer Traumafolgestörung vorhanden ist. Zu Beginn wird das AS allgemein betrachtet. Im weiteren Verlauf der Bachelorarbeit grenzt sich die Autorenschaft jedoch auf spezifische Störungsbilder ein und verknüpft diese gezielt mit der Traumapädagogik.

Weiter grenzt sich die Autorenschaft in der vorliegenden Bachelorarbeit von der Traumatherapie ab. Die Traumatherapie ist in einem fixen psychotherapeutischen Setting und meist im Einzelsetting eingebettet, während der Ansatz der Traumapädagogik im Alltag der Klientel umgesetzt werden kann (Wübker, 2020, S. 50).

## 1.5 Begriffsdefinition

Einige Begriffe werden in der Fachliteratur unterschiedlich verwendet. Zudem gibt es Begriffe, die häufig genutzt werden und von Beginn an Klarheit erfordern. Daher erläutert die Autorenschaft im Folgenden diese Begriffe.

### **Autismus-Spektrum**

Der Begriff lässt unterschiedliche Möglichkeiten offen, um ihn zu definieren. Laut Theunissen (2022) ist der Begriff Autismus oft negativ behaftet, da Autismus als psychische Krankheit oder tiefgreifende Entwicklungsstörung anerkannt ist. Diese einseitige Betrachtung verhindert, dass die positiven Seiten wie Stärken oder Spezialbegabungen, in der Gesellschaft gesehen werden. Betroffene sowie Selbstvertretungsorganisationen lehnen den Begriff Autismus-Spektrum-Störung (ASS) ab, da Autismus für sie nicht grundlegend eine psychische Krankheit oder eine Störung ist. Deshalb bevorzugen sie den Begriff Autismus-Spektrum, um so auch der Stigmatisierung entgegenzuwirken (S. 48-49). Auch Girsberger (2022) stellt fest: «Autismus ist keine Krankheit oder Behinderung, sondern eine Besonderheit bzw. ein Anderssein» (S. 31). Seine These basiert darauf, dass Menschen im AS durch die Gesellschaft stetigem Stress ausgesetzt sind, da sie sich anpassen müssen. Dies führt zwangsweise zu unpassendem Verhalten oder längerfristig zu Zuständen mit Krankheitswerten. Deshalb erscheint beim Begriff Autismus auch immer die Begrifflichkeit «Störung». Mit «Autistischer-Störung» ist also der Folgezustand gemeint (Girsberger, 2022, S. 31). Kamp-Becker und Bölte (2021) verwenden jedoch den Begriff «Autismus-Spektrum-Störung» und definieren ihn als eine genetisch bedingte neurobiologische Entwicklungsstörung mit einer grossen Heterogenität im Erscheinungsbild, weshalb der Begriff «Spektrum» verwendet wird. Begrifflichkeiten wie «Menschen mit Autismus» lehnen Betroffene ebenfalls ab, da Autismus zum menschlichen Sein dieser Person gehöre und nicht einfach abgelegt werden kann. Aus diesen

Erklärungsansätzen treffen die Bezeichnungen «Autist\*in» oder «Menschen im Autismus-Spektrum» am besten auf das Empfinden der Betroffenen zu (S. 28). Folglich benutzt die Autorenschaft in der vorliegenden Bachelorarbeit den Begriff «Menschen im AS» und vermeidet den Begriff «Störung», ausser die Fachliteratur erwähnt diesen Begriff explizit.

### **Behinderung/Behindertenhilfe**

Girsberger (2022) sieht das AS als eine Besonderheit oder Anderssein und nicht als eine Krankheit oder Beeinträchtigung (S. 31). Theunissen (2022) zeigt jedoch auf, dass das AS als Behinderung klassifiziert ist, obwohl dies nicht von allen autistischen Menschen so gesehen wird, da sie dies als stigmatisierend empfinden (S. 50). Die international Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zeigt auf, dass eine Behinderung dann vorliegt, wenn die Funktionsfähigkeit beeinträchtigt ist. Als funktionsfähig gilt der Mensch, wenn er keine Beeinträchtigung durch Gesundheitsprobleme oder personenbezogenen Faktoren sowie Umweltfaktoren aufweist und deshalb ohne Probleme an Aktivitäten teilhaben kann (Rehadat, 2023). Durch die Besonderheiten des AS sind die Menschen in ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt, weshalb die Autorenschaft den Begriff Behinderung in der vorliegenden Bachelorarbeit verwenden wird. Zusätzlich grenzt sich die Autorenschaft auf das Setting der Behindertenhilfe ein. Darüber hinaus konzentriert sich die Autorenschaft auf die Anwendung der Traumapädagogik im stationären Setting der Behindertenhilfe.

### **Trauma**

Der Begriff Trauma ist griechisch und bedeutet Wunde. In der Psychologie wird unter Trauma eine Verletzung der menschlichen Psyche verstanden. Dies wird teilweise auch Psychotrauma genannt (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 20). Gemäss Fischer und Riedesser (2020) ist ein psychisches Trauma ein «vitaler Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt» (S. 88). In der vorliegenden Bachelorarbeit wird der Begriff Trauma verwendet, wobei immer von einem psychischen Trauma ausgegangen wird.

### **Traumapädagogik**

Traumapädagogik ist ein (heil-)pädagogischer Ansatz und verbindet die Erkenntnisse der Psychotraumatologie mit der Grundhaltung der Pädagogik. Die Grundhaltung beinhaltet einen wertschätzenden, anerkennenden und stabilisierenden Umgang seitens des Fachpersonals mit der Klientel. Die Traumapädagogik ist aus dem Kontext der Kinder- und Jugendhilfe entstanden und wird sowohl in stationären sowie ambulanten Settings angeboten. Mit Hilfe der Traumapädagogik soll eine alltagsnahe und ressourcenorientierte Begleitung und Förderung der Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien

gewährleistet werden. Ziel des Ansatzes ist die Stabilisierung und das Korrigieren der Beziehungserfahrungen (Wübker, 2020, S. 49).

### **Fachpersonal**

Laut Duden (2024) bedeutet Fachpersonal «fachlich geschultes Personal». Die Autorenschaft verwendet diesen Begriff konsequent während der gesamten Bachelorarbeit. Der Begriff Fachpersonal umfasst in dieser Bachelorarbeit sowohl die Fachkräfte der Sozialpädagogik sowie jegliches Personal innerhalb des stationären Settings der Behindertenhilfe, welches eine medizinische oder pädagogische Ausbildung hat. Die Autorenschaft hat sich bewusst für diesen Begriff entschieden, da im stationären Setting der Behindertenhilfe nicht nur Fachkräfte der Sozialpädagogik arbeiten, sondern auch anderes Fachpersonal, wie Fachfrau/Fachmann Betreuung oder Berufe aus der Gesundheitsbranche. Darüber hinaus ist der Begriff Fachpersonal genderneutral.

## **1.6 Aufbau der Arbeit**

Im nächsten Kapitel dieser Literaturarbeit wird das Thema AS genauer erläutert. Dabei werden zuerst die Prävalenz und die Komorbidität aufgezeigt. Folgend werden die Klassifikationen und die Merkmale vom AS erläutert. Um diese Merkmale zu verstehen, werden danach neuropsychologische Erklärungsansätze aufgezeigt. Danach widmet sich die Autorenschaft den Ursachen für die Entstehung vom AS, wobei biologisch-genetische Faktoren und Umweltfaktoren herbeigezogen werden. Zuletzt wird auf die Begleitung von Erwachsenen im AS im stationären Bereich eingegangen.

Im dritten Kapitel greift die Autorenschaft das Thema Psychotraumatologie auf und erklärt die verschiedenen Trauma-Typen. Weiter wird aufgezeigt, welche psychobiologischen Reaktionen ein Trauma hervorrufen. Zudem werden Risiko- und Schutzfaktoren aufgezeigt und ausgewählte Traumafolgestörungen erläutert.

Auf der Grundlage der ersten beiden Themen folgt eine Zusammenstellung. Dabei versucht die Autorenschaft herauszufinden, welche Zusammenhänge sich zwischen dem AS und Traumata ergeben.

Im darauffolgenden Kapitel wird auf die Traumapädagogik eingegangen. Dabei werden die traumapädagogischen Standards und die Grundhaltungen aufgegriffen. Zudem vertieft sich die Autorenschaft in drei Konzepte. Zuletzt wird noch die Relevanz der Traumapädagogik im stationären Setting der Behindertenhilfe erläutert.

Im Kapitel sechs wird aufgezeigt, wie die Traumapädagogik in der Arbeit mit Erwachsenen im AS angewendet werden kann. Dabei wird zuerst auf die allgemeinen Anforderungen eingegangen. Danach greift die Autorenschaft die oben erwähnten drei Konzepte nochmals auf und erklärt die Anforderungen an das Fachpersonal sowie die institutionellen Voraussetzungen für jedes Konzept.

Zuallerletzt werden bei der Schlussfolgerung die Fragestellungen konkret beantwortet und ein Fazit für die berufliche Praxis gezogen sowie ein Ausblick aufgezeigt.

## 2 Autismus-Spektrum

Der Begriff Autismus-Spektrum (AS) verdeutlicht, dass die Diagnose eine Vielzahl an Symptomen und Ausprägungen umfasst, die sich im Laufe der Entwicklung verändern können. Es gibt keine spezifischen Verhaltensweisen, die zwangsläufig auftreten müssen oder deren Fehlen eine Diagnose ausschliessen. Dennoch lassen sich bestimmte Gemeinsamkeiten beobachten, insbesondere im Sozialverhalten (Bernard-Opitz, 2020, S. 19). Menschen im AS zeigen Besonderheiten innerhalb der sozialen Interaktion oder der Kommunikation. Zudem sind repetitive und stereotype Verhaltensmuster erkennbar (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S.12). Die Intensität der Autismus-spezifischen Symptomen kann stark variieren, von stark beeinträchtigt bis hin zu kaum wahrnehmbaren Auffälligkeiten (Bernard-Opitz, 2020, S. 19).

Um die Frage zu beantworten, was das AS ist und wie sich das klinische Bild zeigt, wird im folgenden Kapitel die Diagnose des AS genauer beleuchtet. Die Autorenschaft befasst sich mit der Prävalenz und der Komorbidität, der Klassifikation, den besonderen Merkmalen, den neuropsychologischen Erklärungsansätzen und den Ursachen. Des Weiteren wird die Begleitung von Menschen im AS durch das Fachpersonal im stationären Setting beleuchtet.

### 2.1 Prävalenz und Komorbidität

Gemäss Eckert (2022) haben AS-Diagnosen in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen. Die Gründe für den Anstieg liegen darin, dass es mehr Fachwissen gibt und die Anwendung von spezifischeren Diagnostikangeboten gewährleistet ist. Heutzutage können die Diagnosen zudem früher und präziser gestellt werden (S. 25). Stichproben der letzten Jahren zeigen, dass in den USA aber auch in anderen Ländern, die Prävalenzrate bei mindestens 1% liegt (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 71). In der deutschsprachigen Fachwelt geht man von einer Auftretenshäufigkeit zwischen 0.9 bis 1.1% aus (Eckert, 2022, S. 26). Teufel und Soll (2021) hingegen legen dar, dass eines von 160 Kindern die Diagnose des AS erhält (S. 22). Eckert (2015) zeigt auf, dass ein Unterschied innerhalb der biologischen Geschlechter festzustellen ist. Männliche Personen sind 3- bis 4-mal häufiger als weibliche Personen vom AS betroffen. Beim AS mit einer Intelligenzmilderung verringert sich der Unterschied, da Mädchen öfter eine intellektuelle Behinderung aufweisen. Liegt jedoch eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Intelligenz vor, vergrössert sich das Auftreten bei Jungen beziehungsweise Männer auf 6-9:1 im Verhältnis zu weiblichen Personen (S. 24).

Komorbidität bezeichnet das Auftreten von unterschiedlichen, voneinander trennbaren somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen. Aus neuen Untersuchungen lässt sich schliessen, dass ungefähr zwei Drittel der Menschen im AS Symptome einer Komorbidität aufweisen (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S. 22). Diverse Studien zeigen zudem, dass Menschen im AS eine grosse Bandbreite von

verschiedenen psychischen oder körperlichen Komorbiditäten zeigen (Eckert, 2022, S. 26). Aus verschiedenen Metaanalysen gehen folgende Prozentzahlen zu verschiedenen Komorbiditäten heraus:

- Depressive Episoden 12-70%
- Angststörungen 42-66%
- Intellektuelle Beeinträchtigung ca. 45%
- Aufmerksamkeitsstörungen mit oder ohne Hyperaktivität 28- 44%
- Somatische Komorbiditäten wie Epilepsie 8-30%
- Zwangsstörungen 7-24% (Lai et al., 2014; zit. in Eckert, 2022, S. 26).

In den Metaanalysen ist zu erkennen, dass 45% von einer intellektuellen Behinderung betroffen sind (Lai et al., 2014; zit. in Eckert, 2022, S. 26). Kamp-Becker und Bölte (2021) zeigen jedoch auf, dass mindestens 60% der Menschen im AS eine unterdurchschnittliche Intelligenz haben und nur etwa 3% eine überdurchschnittliche Intelligenz besitzen. Jedoch gehen auch sie davon aus, dass von diesen 60% mit einer unterdurchschnittlichen Intelligenz nur 40% eine intellektuelle Behinderung haben (S. 26). Festzuhalten ist, dass Komorbiditäten sich stark auf das Funktionsniveau und den Entwicklungsverlauf vom AS auswirken. Dies beeinträchtigt auch die therapeutischen Massnahmen. Zudem erschweren sie die klare Abgrenzung zu anderen Störungen. Deshalb ist es wichtig, auch diesen Symptomen Beachtung zu schenken (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S. 24).

## 2.2 Klassifikation

Die International Classification of Diseases (ICD) und das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) sind international anerkannte Klassifikationen für Krankheiten und psychische Störungen. Bei beiden Klassifikationsinstrumenten gehört das AS zu den «Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung» (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S. 16-17). Gemäss Bergmann und Sappok (2023) ist eine diagnostische Abklärung wichtig, um das Erleben und Verhalten verstehen zu können und somit auch eine autismusfreundliche Umwelt zu gestalten (S. 350). Habermann und Kissler (2022) halten fest, dass die Autismusdiagnostik zwingend von spezialisiertem Fachpersonal wie beispielsweise Psychiater\*innen oder Psycholog\*innen durchgeführt werden muss (S. 30-31). Der ICD sowie auch das DSM zeigen auf, dass die Merkmale erst dann richtig in Erscheinung treten, wenn die sozialen Anforderungen die begrenzten Fähigkeiten der Betroffenen überschreiten (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S. 20).

### 2.2.1 ICD-11

Der ICD wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt. Im Januar 2022 trat die neuste überarbeitete Ausgabe (ICD-11) in Kraft (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024a).

Laut dem ICD-11 zeichnet sich die ASS dadurch aus, dass betroffene Menschen Defizite in wechselseitigen sozialen Interaktionen und in sozialen Kommunikationen aufweisen. Die Defizite sind langanhaltend und zeigen sich besonders beim Initiieren und Aufrechterhalten der Interaktion beziehungsweise der Kommunikation. Des Weiteren zeigen Betroffene starre und immer wiederkehrende Verhaltensmuster. Zudem haben sie ein für ihr Alter oder den soziokulturellen Kontext unpassendes Interesse oder führen untypische Aktivitäten aus. Die ersten Anzeichen der Störung zeigen sich typischerweise in der frühen Kindheit. Somit liegt der Anfang der ASS in der Entwicklungsphase. Jedoch ist es auch möglich, dass sich die Anzeichen erst in den späteren Jahren festigen. Die ASS kann zu einer Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen führen. Die ersichtlichen Funktionsweisen sind in der Regel in allen Bereichen erkennbar. Jedoch können sie sich kontextbedingt anders äussern. Die intellektuellen Funktionen sowie die Sprachfähigkeiten unterscheiden sich je nach Ausprägungsform der ASS (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024b).

Im ICD-10 wird noch zwischen frühkindlichem Autismus, atypischem Autismus und dem Asperger-Syndrom unterschieden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentationen und Informationen, o. J.). Die heutige Definition im ICD-11 macht keine Unterteilung der bisher bekannten Autismus-Formen. Neu wird der Fokus auf die Intelligenzentwicklung sowie der funktionalen Sprache gelegt. Die funktionale Sprache beinhaltet sowohl die gesprochene als auch die gebärdende Sprache.

Der ICD-11 unterscheidet wie folgt:

- ASS ohne Störung der Intelligenzentwicklung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache (6A02.0)
- ASS mit Störung der Intelligenzentwicklung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache (6A02.1)
- ASS ohne Störung der Intelligenzentwicklung, mit Beeinträchtigung der funktionellen Sprache (6A02.2)
- ASS mit Störung der Intelligenzentwicklung, mit Beeinträchtigung der funktionellen Sprache (6A02.3)
- ASS mit Störung der Intelligenzentwicklung, Fehlen der funktionellen Sprache (6A02.5) (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024b)

Laut dem ICD-11 liegt eine Störung der Intelligenzentwicklung (6A00) dann vor, wenn innerhalb einer Entwicklungsperiode eine deutlich unterdurchschnittliche intellektuelle Leistung sowie adaptives Verhalten zu erkennen sind (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024b).

Im Unterschied zum DSM-5 (vgl. Kapitel 2.2.2) wird im ICD-11 Hyper- oder Hypoaktivität auf sensorische Reize sowie abnormales Interesse an Umweltreizen nicht als Kriterium gesehen (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S.20).

### 2.2.2 DSM-5

Das DSM ist eine Klassifikation für psychische Störungen mit den dazugehörigen diagnostischen Kriterien, welche von der American Psychiatric Association entwickelt wurde. Die Klassifikation soll zuverlässigere Diagnosestellungen psychischer Störungen ermöglichen. Im Jahr 2013 veröffentlichte die amerikanische psychiatrische Gesellschaft die 5. Auflage (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. LIX).

Bei einer ASS lassen sich die diagnostischen Kriterien (F84.0) in A, B, C, D, E aufteilen. Anhand dieser Kriterien können beispielweise Psychiater\*innen die Diagnose ASS stellen. Das Kriterium A bezieht sich auf die anhaltenden Defizite in der sozialen Kommunikation und der sozialen Interaktion, welche sich in unterschiedlichen Kontexten zeigen. Das Kriterium B legt den Fokus auf eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten. Die Anzeichen von einer ASS müssen bereits in der frühen Entwicklungsphase erkennbar sein (Kriterium C). Des Weiteren sollte eine Einschränkung oder Belastung in den sozialen, beruflichen oder anderen Lebensbereichen der betroffenen Person festgestellt werden können (Kriterium D). Es ist wichtig zu beachten, dass die beobachteten Symptome von Fachleuten nicht durch andere Störungen oder Entwicklungsverzögerungen erklärt werden können (Kriterium E) (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 64-65).

Um die Heterogenität des Störungsbildes zu beachten, unterscheidet das DSM-5 verschiedene Schweregrade (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S. 19). Um den Unterstützungsbedarf genauer zu beschreiben, können bei den Kriterien A und B die Schweregradindikatoren (vgl. Tabelle 1) beigezogen werden. Insgesamt unterscheidet der DSM-5 drei Schweregrade.

Schweregrad	Soziale Kommunikation	Restriktive, repetitive Verhaltensweisen
<b>Schweregrad 3</b> Braucht sehr ausführliche Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sehr wenig verbale und non-verbale Kommunikation</li> <li>• Kommunikation ist nur auf die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse ausgerichtet</li> <li>• fast keine Reaktion auf soziale Angebote</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Starre Verhaltensmuster</li> <li>• starke Schwierigkeiten mit Veränderungen</li> <li>• grosse Mühe den Schwerpunkt zu verändern</li> </ul>

<p><b>Schweregrad 2</b> Braucht ausführliche Unterstützung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale und nonverbale Kommunikation ist eingeschränkt</li> <li>• Soziale Interaktion fällt auch mit Unterstützung schwer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidität beim Verhalten</li> <li>• Schwierigkeiten bei Veränderungen</li> <li>• Wiederholende Verhaltensmuster, welche für unerfahrene Beobachter erkennbar sind</li> <li>• Mühe den Schwerpunkt zu verändern</li> </ul>
<p><b>Schweregrad 1</b> Braucht Unterstützung</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soziale Kommunikation mit Hilfe möglich, ohne Hilfe ist Beeinträchtigung zu beobachten</li> <li>• Kann in ganzen Sätzen sprechen</li> <li>• Erfolgreiche Interaktion sind meist trotzdem nicht möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidität im Verhalten führt zu Beeinträchtigung in diversen Lebensbereichen</li> <li>• Mühe bei der Organisation, was die Selbständigkeit stört</li> </ul>

*Tabelle 1: Schweregrade bei Autismus-Spektrum-Störungen (leicht modifiziert nach American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 67)*

## 2.3 Merkmale vom AS

Die Merkmale vom AS sind vielseitig. Da die Diagnosestellung auf biologischer und kognitiver Ebene noch zu wenig erforscht ist, können beispielweise Psychiater\*innen die Diagnose nur aufgrund der Merkmale beziehungsweise dem beobachtbaren Verhalten stellen (Spek, 2022, S. 17). Folgend geht die Autorenschaft spezifischer auf die beobachtbaren Merkmale vom AS ein.

### 2.3.1 Soziale Kommunikation und Sprache

Innerhalb des Spektrums ist eine grosse Bandbreite der Fähigkeit für gesprochene Sprache anzutreffen. Diese reicht von keiner oder nur wenig gesprochener Sprache bis hin zu einem guten sprachlichen Niveau, welche dem jeweiligen Entwicklungsstand entspricht. Trotz einer gut entwickelten verbalen Sprache haben Menschen im AS Mühe in wechselseitigen Kommunikationen (Teufel & Soll, 2021, S. 17). Laut Schmid (2015) verstehen Menschen im AS innerhalb einer Kommunikation nur das gesprochene Wort (S. 78). Kommunikation hat für sie den Zweck Informationen zu vermitteln (Spek, 2022, S. 19). Diese Sachebene macht aber nur einen kleinen Teil der Kommunikation aus. Die restlichen Informationen, welche auf den anderen Ebenen mitgeteilt werden, kann ein Mensch im AS nur teilweise oder gar nicht erkennen. Die Beziehungsebene umfasst 80% der zwischenmenschlichen Kommunikation. Dieser

Teil ist für Menschen im AS nur schwer wahrzunehmen. Deshalb kommt es automatisch zu einer Störung in der Beziehung zu anderen Menschen (Schmid, 2015, S. 78-79). Menschen im AS sprechen oft zu viel oder zu wenig. Jedoch haben sie einen sehr genauen Sprachgebrauch (Spek, 2022, S. 19).

Zudem fehlt ihnen das Verständnis für die nonverbale Kommunikation. Dadurch können sie diese bei anderen schwerer deuten oder einschätzen (Schmid, 2015, S. 78-79). Laut Teufel und Soll (2021) nutzen Menschen im AS allgemein wenig Gesten. Zudem ist es für sie herausfordernd, Blickkontakt aufzubauen. Die Mimik der Betroffenen wird oftmals als gleich empfunden, wodurch das Erkennen ihrer Gefühlslage für Aussenstehende herausfordernder ist (S. 18). Zusätzlich führen nicht aufeinander abgestimmte verbale und nonverbale Kommunikationen zu weiteren Missverständnissen in der sozialen Interaktion mit neurotypischen Menschen (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S. 13).

Alle diese Punkte erschweren es den Betroffenen sich mitzuteilen und anderen zu sagen, was sie brauchen oder wo sie Hilfe benötigen. Zudem beeinflussen sie die soziale Interaktion, wofür auch Kommunikation notwendig ist (Teufel & Soll, 2021, S. 18).

### 2.3.2 Soziale Interaktion

Teufel und Soll (2021) legen dar, dass Menschen im AS eine niedrige sozio-emotionale Gegenseitigkeit zeigen (S. 16). Sie haben Mühe, sich in andere Menschen einzufühlen (Spek, 2022, S. 18). Zudem fällt es ihnen schwer, sozio-kommunikative Signale des Gegenübers zu erkennen und richtig zu deuten. Normalerweise sind genau solche Signale in einer sozialen Interaktion hilfreich, da sie dem Menschen helfen, das eigene Verhalten anzupassen sowie zu gestalten (Teufel & Soll, 2021, S. 16-17). Spek (2022) zeigt auf, dass Freundschaften zu schliessen und diese zu erhalten für Menschen im AS, meist nicht möglich sind. Wenn es ihnen doch gelingt, Freundschaften zu schliessen, dann kostet es sie viel Zeit und Energie diese zu erhalten. Betroffene haben oftmals nicht den Bedarf nach sozialen Kontakten. In sozialen Interaktionen kann davon ausgegangen werden, dass Menschen im AS stets ehrlich sind, da ihnen das Lügen oder Betrügen schwerfällt (S. 18). Eine weitere Besonderheit ist, dass Menschen im AS ihre Aufmerksamkeit nicht koordinieren können. Dies bedeutet, dass sie ihre Aufmerksamkeit nicht gezielt auf Mitmenschen oder Gegenstände richten können (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S. 12).

### 2.3.3 Stereotypische Verhaltensmuster

Laut Teufel und Soll (2021) handelt es sich bei repetitiven Verhaltensmustern um sich wiederholende, nicht funktionale Handlungen, welche sich in Qualität und Intensität zu üblichen Handlungen unterscheiden. Beispielsweise wird ein Lichtschalter immer wieder an und aus gemacht. Das immer wiederkehrende Verhalten kann sich auch in Bewegungen oder motorischen Handlungen äussern. Menschen im AS zeigen zudem Spezialinteressen. Sie beschäftigen sich intensiv mit einem Themenbereich, was über den üblichen zeitlichen Umfang eines Hobbies hinausgeht (S. 18-19). Spek (2022) beschreibt, dass

Menschen im AS detailliert arbeiten und denken. Sie beschäftigen sich intensiv mit der ausgeführten Aktivität. Jedoch tendieren sie dazu, Tätigkeiten immer gleich auszuführen und entwickeln so starre Verhaltensroutinen. Starr sind sie deshalb, da Menschen im AS Schwierigkeiten mit Unterbrechungen beziehungsweise Veränderungen haben (S. 19).

Teufel und Soll (2021) zeigen auf, dass Menschen im AS stärker auf sensorische Reize reagieren. Die sensorischen Interessen können dadurch zu einem Suchen nach sensorischen Reizen, wie beispielsweise wiederholtes Befühlen einer Oberfläche, führen. Jedoch können sensorische Reize auch überfordernd sein, was dann zu einem Rückzug führt (S. 19-20).

Eine weitere Eigenschaft vom AS kann ein zwanghaftes Beharren auf Handlungen ohne Funktion oder ein Festhalten an diversen Objekten sein. Zum Beispiel können Menschen im AS nur bestimmte Wege gehen oder nur aus stets demselben Glas trinken. Diese Eigenschaft kann auch bei neurotypischen Menschen phasenweise der Fall sein, jedoch bleibt das Verhalten bei Menschen im AS über die Entwicklungsphase hinaus bestehen. Solche Verhaltensweisen stellen für das Umfeld eine grosse Herausforderung dar (Teufel & Soll, 2021, S. 19-20).

## 2.4 Neuropsychologische Erklärungsansätze

Neuropsychologische Erklärungsansätze beschreiben die Besonderheiten in der Wahrnehmung und des Denkens von Menschen im AS. Diese Erklärungsansätze sind nicht direkt beobachtbar wie die Merkmale. Jedoch erklären diese Ansätze das Verhalten von Menschen im AS im Alltag oder in spezifischen Situationen.

### 2.4.1 Theory of Mind

Die Theory of Mind (ToM) ist ein Konzept, welches in der Entwicklungspsychologie den Ursprung findet (Eckert, 2022, S. 28). Eine erfolgreiche Kommunikation zwischen Menschen setzt voraus, dass die Anwesenden in der Lage sind, sich in die andere Person hineinzusetzen. In diesem Zusammenhang bezeichnet der Begriff der ToM «die meta-kognitive Fähigkeit, anderen Personen in einer gegebenen Situation einen adäquaten mentalen Zustand (Wahrnehmung, Gedanke, Gefühl ect.) zuzuschreiben, um deren Verhalten entweder vorhersagen oder erklären zu können» (Vogele, 2015, S. 367). Es geht also um das Vermögen, sich in andere Personen hineinzusetzen und dadurch das Verhalten des Gegenübers zu verstehen, zu erklären und vorherzusagen (Spek, 2022, S. 20). Die ToM beschreibt somit einen bewussten Perspektivenwechsel. Treten Schwierigkeiten innerhalb der ToM auf, bildet dies einen guten Erklärungsansatz für ein begrenztes soziales Verständnis (Eckert, 2022, S. 29).

Bei Menschen im AS ist die ToM weniger entwickelt, wodurch ihnen die angemessene Einschätzung einer Situation schwerfällt. Dadurch haben sie Mühe, ihr Umfeld zu verstehen, was jedoch meist auf

Gegenseitigkeit beruht (Spek, 2022, S. 20). Dies kann zu Schwierigkeiten innerhalb sozialer Interaktionen führen (vgl. Kapitel 2.3.2). Eckert (2022) warnt jedoch vor einer Pauschalisierung. Obwohl diverse Studien zeigen, dass Menschen im AS Besonderheiten bei den Fähigkeiten, welche der ToM zugeschrieben werden, zeigen, müssen auch die sprachlichen und kognitiven Kompetenzen beachtet werden. Diese Kompetenzen beeinflussen mentale Prozesse positiv (S. 29).

## 2.4.2 Exekutive Funktionen

Drechsler (2007) sagt: «Unter dem Begriff exekutive Funktionen werden Regulations- und Kontrollmechanismen zusammengefasst, die ein zielorientiertes und situationsangepasstes Handeln ermöglichen» (S. 233). Die exekutiven Funktionen umfassen also das Vermögen, auf eine ständige Veränderung der Umgebung angemessen zu reagieren. Zudem sind die exekutiven Funktionen zentral für die Selbstregulation des menschlichen Verhaltens (Spek, 2022, S. 21). Gemäss Rajendran & Mitchell (2007) gehören die Prozesse der exekutiven Funktionen zum präfrontalen Kortex und dem Frontallappen. Menschen im AS zeigen teilweise ähnliche Symptome, wie Patient\*innen, welche Verletzungen im Frontallappen erlitten haben. Deswegen können die exekutiven Dysfunktionen ein möglicher Erklärungsansatz für das AS sein (S. 231-232/eigene Übersetzung). Menschen im AS zeigen besonders auf der Ebene der Reaktionshemmung und der kognitiven Flexibilität Besonderheiten. Reize können vielfach nicht ausgeblendet werden und so wird verhindert, sich auf eine Handlung zu konzentrieren (Eckert, 2022, S. 29). Grundsätzlich ist zu beobachten, dass Menschen im AS Mühe mit Veränderungen haben und wenig bis gar keine Flexibilität in verschiedenen Situationen zeigen (Spek, 2022, S. 21).

## 2.4.3 Zentrale Kohärenz

Die Zentrale Kohärenz beschreibt die Fähigkeit, Informationen zu einem sinnvollen und zusammenhängenden Ganzen zu konstruieren. Neurotypische Menschen konzentrieren sich bei Informationen zuerst darauf, eine grobe Richtung zu erkennen. Menschen im AS hingegen fokussieren sich bereits zu Beginn auf Einzelheiten. Sie verwenden das Bottom-up Verfahren und wollen erst sämtliche Details wissen, bevor sie das Grosse und Ganze sehen (Happé & Frith, 2006, S. 5-6/eigene Übersetzung). Sie zeigen eine detaillierte Wahrnehmung auf eine Einzelheit insbesondere bei visuellen Reizen (Eckert, 2022, S. 30). Die Informationsverarbeitung kostet also viel Zeit und oftmals gelingt es Menschen im AS nicht, ein Gesamtbild zu erstellen, da sie bei Einzelheiten steckenbleiben (Spek, 2022, S. 20). Jedoch ist ihre detailfokussierte Wahrnehmung auch eine Stärke (Eckert, 2022, S. 30).

## 2.4.4 Intense World Theory

Die Intense World Theory, entwickelt vom Neurowissenschaftler Henry Markram, postuliert eine ständige neuronale Überreizung des Gehirns von Menschen im AS. Diese Überreizung wird durch eine

Überfunktion lokaler neuronaler Mikromechanismen verursacht, die zu einer intensiven Sinneswahrnehmung führt. Dies kann sich in erhöhter Aufmerksamkeit, einem besonderen Gedächtnis und ausgeprägter Emotionalität äussern. Die intensiven und manchmal überwältigenden sensorischen Eindrücke aus der Umwelt können als Erklärung für viele autismspezifische Denkprozesse und Verhaltensweisen, von sozialem Rückzug bis hin zu selbstverletzendem Verhalten, dienen (Markram & Makram, 2010; zit. in Eckert, 2022, S. 30-31).

Laut Eckert (2022) hat diese Theorie vor allem unter Betroffenen und Interessenverbänden viel Aufmerksamkeit und Zustimmung gefunden. Allerdings wird sie in Fachkreisen auch kritisch diskutiert. Dies, da bislang wissenschaftliche Nachweise der beschriebenen neuronalen Prozesse fehlen. Andererseits gelingt es dieser Theorie, das Phänomen des AS fast vollständig zu erklären. Dennoch herrscht in Fachkreisen Einigkeit, dass der besonderen Sinneswahrnehmung eine hohe Bedeutung beigemessen werden muss. Im DSM-5 wird eine Unter- oder Überempfindlichkeit auf sensorische Reize als diagnostisches Kriterium akzeptiert (vgl. Kapitel 2.2.2) (S. 30-31).

## 2.5 Ursachen für die Entstehung von AS

Die heutige Forschung beschäftigt sich mit den möglichen Ursachen für das AS (Teufel & Soll, 2021, S. 23). Im folgenden Kapitel setzt sich die Autorenschaft mit den Faktoren auseinander, welche die Entstehung vom AS begünstigen. Biologisch-genetische Veränderungen des zentralen Nervensystems und Umweltrisikofaktoren werden bislang als zentrale Ursache für das AS gesehen. Beide Faktoren wirken auf das ungeborene Kind und verändern so die Gehirnentwicklung (Teufel & Soll, 2021, S. 27).

### 2.5.1 Biologisch-genetische Faktoren

In zahlreichen Studien wird davon ausgegangen, dass ein Gen für das AS verantwortlich ist. Welches das ist, konnte bis heute noch nicht genau festgestellt werden. Laut dem DSM-5 zeigt die Wissenschaft, dass 15% der Fälle vom AS mit einer bereits bekannten genetischen Mutation in Verbindung gebracht werden kann (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 73).

Die Wissenschaft entdeckte zudem eine Besonderheit im Spiegelneuronensystem. Die Einschränkung der Funktion der Spiegelneuronen im Frontallappen könnte die fehlende Empathie von Menschen im AS (vgl. Kapitel 2.3.2) erklären (Kokemoor, 2016, S. 41).

Zudem hat die Wissenschaft einzelne oder eine Kombination von mehreren Genen (polygene Erkrankung) gefunden, welche einen Risikofaktor darstellen. Monogene Erkrankungen (einzelne Gene) können die Eltern vererben oder in einer «Keimbahnmutation» während der Entwicklung des Fötus entstehen. Bei dieser Erkrankung verändert sich das Erbgut einer Zelle spontan und gibt dies der nächsten Zellgeneration weiter (Teufel & Soll, 2021, S. 24). Die polygenetisch vererbte Form vom AS tritt häufiger

auf als die monogene Form. Durch das komplexe Zusammenspiel von mehreren hundert Genen, kann das breite Spektrum an Ausprägungsformen erklärt werden. In der Wissenschaft gibt es aber auch noch andere Hypothesen wie beispielsweise eine erhöhte Synapsendichte, eine reduzierte Zahl der langen Nervenverbindungen im Gehirn oder ein gestörtes Bindegewebe im Gehirn, welche als Ursachen für das AS gesehen werden können (Riedel & Clausen, 2016, S. 19).

Die Amygdala ist ein Teil des Grosshirns und des limbischen Systems. Sie hat eine wichtige Bedeutung bei der Entstehung und der Steuerung von Emotionen. Zudem koordiniert die Amygdala wichtige Prozesse bei Angst und ermöglicht eine schnelle Emotionserkennung bei Gesichtsausdrücken (Schupp et al., 2004, S. 197-198/eigene Übersetzung). Da die Amygdala ein Teil unseres sozialen Gehirns ist, könnte sie die Symptome vom AS herbeiführen. Viele Studien zeigen ebenfalls eine dysfunktionale Entwicklung der Amygdala. Schlussendlich ist bei allen Menschen im AS ein abweichendes Aktivitätsmuster besonders beim Auftreten von emotionalen Reizen zu erkennen (Schaller, 2015, S. 27).

## 2.5.2 Umweltfaktoren

Umweltfaktoren können das Risiko für ein AS beeinflussen und erhöhen (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 73). Laut Riedl und Clausen (2016) können vorgeburtliche Infektionen ein grösseres Risiko für ein AS darstellen. Jedoch erhöhen auch gewisse Medikamente, welche die Mutter während der Schwangerschaft einnimmt, das Risiko. Das Alter der Eltern spielt ebenfalls eine Rolle. Statistiken zeigen, dass bei älteren Eltern mehr Kinder im AS sind. Dies ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen, wie beispielsweise die erhöhte Mutationswahrscheinlichkeit oder das Eltern mit autistischen Zügen erst später eine Familie gründen und das AS somit vererbt werden kann. Klar festzuhalten gilt, dass das Milieu sowie das soziale Klima, indem das Kind aufwächst, eine Auswirkung auf den Umgang mit sich selbst und den Merkmalen vom AS haben. Bei günstigen Voraussetzungen können beispielsweise die sozialen Kompetenzen und Fähigkeiten für den Umgang mit sich selbst und der Umwelt gefördert werden (S. 20-21).

Gemäss Freitag et al. (2017) können mittlerweile psychosoziale Faktoren als Ursachen für das AS ausgeschlossen werden. Traumata, Erziehungsstile oder negative Erfahrungen lösen kein AS aus. Jedoch beeinflussen sie den Schweregrad sowie den Verlauf der Störung. Ebenso begünstigen psychosoziale Faktoren Komorbiditäten wie Depressionen, Angststörungen oder herausfordernde Verhaltensweisen (S. 26).

## 2.6 Begleitung von Erwachsenen im AS im stationären Setting der Behindertenhilfe

Menschen im AS mit einer Intelligenzminderung wohnen meist in einer spezifischen Einrichtung und arbeiten in einer Werkstatt, welche auf Menschen mit einer Behinderung ausgelegt ist (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S. 96). Dies betrifft unter anderem Menschen im AS mit einer Störung der Intelligenzentwicklung und Beeinträchtigung oder Fehlen der funktionellen Sprache, was im ICD-11 die Diagnose 6A02.3 und 6A02.5 (vgl. Kapitel 2.2.1) und im DSM-5 dem zweiten und dritten Schweregrad (vgl. Kapitel 2.2.2) entspricht. Aus diesem Grund orientiert sich die Autorenschaft für die weitere Bachelorarbeit an diesen spezifischen Diagnosen.

Das stationäre Setting der Behindertenhilfe bringt Risiken mit sich. Beispielsweise ist im stationären Setting das Risiko des Machtmissbrauchs durch das Fachpersonal präsent. Ebenfalls ist die strukturelle Gewalt ein Thema. Die institutionellen Vorgaben und Abläufe sind meist klar formuliert und bieten wenig Handlungsspielraum (Kremsner, 2020, S. 14). Senckel (2011) zeigt zudem auf, dass das Leben im stationärem Setting durch Fremdbestimmung und Anpassungsdruck geprägt ist, was sich negativ auf die Persönlichkeitsentfaltung auswirkt. Ebenfalls sind sie von einer sozialen Distanz betroffen, da die soziale Einbettung beispielsweise in der Nachbarschaft fehlt. Hier kommt es immer darauf an, wie stark die Institution die Integration fördert (S. 33).

Folgend wird die Autorenschaft auf herausfordernde Verhaltensweisen (HEVE) eingehen und erläutern, wie Menschen im AS im pädagogischen Alltag vom Fachpersonal unterstützt werden können.

### 2.6.1 Herausfordernde Verhaltensweisen bei Erwachsenen im AS

Laut Theunissen (2022) zeigen sich HEVE im sozialen Kontext. Es gibt eine Vielzahl solcher Verhaltensweisen. In der Gesellschaft werden HEVE oftmals der Behinderung eines Menschen zugeschrieben. Um HEVE zu verstehen, bedarf es eine ganzheitliche Sicht. Der Blick darf nicht nur auf das Individuum gerichtet sein, sondern auch das Umfeld muss beleuchtet werden. Denn ein Individuum steht in einer ständigen Wechselbeziehung mit der Umwelt. Erlebt das Individuum beispielsweise das Verhältnis zu einer Person als gestört, versucht es das Problem zu lösen. Entspricht das Verhalten, welches die Person zur Problemlösung anwendet, nicht den Normen, Erwartungen oder Vorstellungen der Gesellschaft, gilt dies oft als herausfordernd. Für die betroffene Person hat dies negative Folgen. Es kommt zur Isolation oder Ausgrenzung. HEVE sind somit geprägt durch gesellschaftliche Zuschreibungen. Verhaltensprobleme müssen deswegen stets aus einer doppelten Perspektive angeschaut werden. Einerseits geht es um das Problem der betroffenen Person, was sie durch die Verhaltensweise versucht zu beheben.

Andererseits sieht das Fachpersonal genau dieses Verhalten als ein Problem, das gelöst werden soll (S. 87-91).

Bei Menschen im AS zeigen sich HEVE in Situationen, welche die Betroffenen beispielsweise als unangenehm oder belastend empfinden (Theunissen, 2022, S. 91). Zudem sind Menschen im AS anfälliger für Stress. Ihr Funktionsniveau ist stressabhängig. Bei starkem Stress treten meist HEVE wie beispielsweise Ausrasten, Erstarren oder Davonlaufen auf, da die Menschen im AS im Moment keinen anderen Ausweg kennen (Girsberger, 2022, S. 36). Gemäss Theunissen (2022) können sich HEVE von Menschen im AS auf eine aktuelle Situation beziehen oder sich über einen längeren Zeitraum mit einer gewissen Häufigkeit und Intensität zeigen. Um die Ursache für HEVE herauszufinden, bedarf es einer genauen Analyse der Lebensgeschichte der Menschen im AS. Dabei gibt es viele Faktoren, welche die Lebensgeschichte von Menschen im AS negativ beeinflussen können:

- Unzureichende Dialoge, welche den Aufbau von Urvertrauen erschweren
- Überbehütung, übermässige Bevormundung, was eine Abhängigkeit erzeugt, und die Entwicklung der Identität hemmt
- Das Erleben von struktureller, physischer oder psychischer Gewalt durch die Bedingungen einer Institution
- Diskriminierung, Ablehnung und Hass von der Gesellschaft
- Unterschätzung der Kompetenzen und der Potentiale sowie der Lernfähigkeit, was zu mangelndem Vertrauen führt.
- Eine mangelnde Unterstützung der Bezugsperson
- Traumatische Erfahrungen, welche durch HEVE versucht werden zu bewältigen (S. 92-95).

Um HEVE bei Menschen im AS zu verstehen, muss dem Fachpersonal die funktionale Bedeutung des Verhaltens bewusst sein sowie dies anerkannt werden. Für Menschen im AS ist das Verhalten, welches sie zeigen, immer sinnstiftend und trägt zur Lösung ihres Problems bei. Beispielsweise ist ein autistisches Merkmal die Wahrnehmungsbesonderheit. Deshalb halten sich Menschen im AS bei Geräuschen teilweise die Ohren zu (Theunissen, 2022, S. 97).

Laut Eckert (2022) bedeutet AS zu "verstehen", dass das Fachpersonal mit den Besonderheiten der Wahrnehmung, Denkprozesse und Verhaltensweisen (vgl. Kapitel 2.3) vertraut und bemüht ist, diese zu durchschauen. Zudem sollten bei fachlichen Angeboten diese Besonderheiten berücksichtigt werden, ebenso wie die Sichtweisen und Bedürfnisse von Menschen im AS. Es ist auch hilfreich, wenn das Fachpersonal regelmässig ihre eigene Haltung und ihre Ziele hinterfragt und reflektiert (S. 35).

## 2.6.2 Unterstützungsmöglichkeiten im pädagogischen Alltag

Das Fachpersonal im stationären Setting der Behindertenhilfe therapiert nicht. Jedoch gibt es Unterstützungsmöglichkeiten, um den Alltag für Menschen im AS zu gestalten. Drei der Möglichkeiten werden nun genauer thematisiert.

### **TEACCH**

TEACCH steht für «Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children», was auf Deutsch «Behandlung und pädagogische Förderung autistischer und in ähnlicher Weise kommunikationsbehinderter Kinder» bedeutet. Der TEACCH-Ansatz ist ein pädagogisches Rahmenkonzept für die ganzheitliche Entwicklungsbegleitung von Menschen im AS. Das Ziel des Konzeptes ist es, Menschen im AS weitestgehend bei der Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und der sozialen Integration zu unterstützen (Häussler, 2016, S. 13).

Der TEACCH-Ansatz beinhaltet verschiedene Leitlinien und Prinzipien, an dem sich die Praxis orientieren sollte. Ein Prinzip ist, dass das Fachpersonal, welches mit Menschen im AS arbeitet, das AS erkennen und verstehen kann. So kann eine individuell und auf die betroffene Person zugeschnittene Begleitung sichergestellt werden (Häussler, 2016, S. 18-21). Auch Conty (2023) sagt, dass die Arbeit mit dem TEACCH-Ansatz vom Fachpersonal eine hohe Perspektivübernahme erfordert. Für eine gute Unterstützungsplanung braucht es eine sorgfältige Erhebung der individuellen Stärken und Schwierigkeiten. Beim TEACCH-Ansatz sollen die Bedürfnisse, Wünsche und Möglichkeiten einer Person berücksichtigt werden. Nur so kann eine autismusfreundliche und ganzheitliche Begleitung sichergestellt werden (S. 445).

Neben dem TEACCH-Ansatz gilt es die TEACCH-Methode zu unterscheiden. Als TEACCH-Methode werden Methoden und Strategien bezeichnet, die für die pädagogische Förderung von Menschen im AS entwickelt wurden. Diese Strategien zielen oft auf die Visualisierung und Strukturierung ab (Häussler, 2016, S. 13). Gemäss Häussler (2016) ermöglicht Struktur das zielgerichtete Handeln und dient somit auch der Weiterentwicklung. Zudem vermittelt Struktur das Gefühl von Sicherheit und Orientierung. Dies kann HEVE vorbeugen, da die Situation absehbar und transparent ist (S. 51-53). Menschen im AS können visuelle Reize besser verarbeiten und abrufen. Deswegen ist es hilfreich, Informationen visuell zu verdeutlichen. Die visuelle Information bietet Sicherheit und wirkt sich positiv auf die Handlungsfähigkeit aus. Da die verbale Sprache in unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle einnimmt, soll nicht darauf verzichtet werden. Die visuellen Informationen können mit der verbalen Sprache kombiniert werden. Jedoch kann es besonders in Erregungssituationen hilfreich sein, nur mit visuellen Hinweisen zu kommunizieren, da dies die Menschen erreicht, auch wenn die verbale Sprache nicht vorhanden ist (Häussler, 2016, S. 53-54).

### **Unterstützte Kommunikation (UK)**

Wilken (2014) sagt: «mit unterstützter Kommunikation werden alle pädagogischen und therapeutischen Hilfen bezeichnet, die Personen ohne oder mit erheblich eingeschränkter Lautsprache zur Verständigung angeboten werden» (S. 9). Menschen mit einer Behinderung mit beeinträchtigter oder fehlender Sprache können als alternative Kommunikationsform andere Kommunikationssysteme angeboten werden. Dafür eignen sich Gebärden, Symbole oder technische Hilfen wie ein Sprachtablet (Wilken, 2014, S.9).

Picture exchange Communication System (PECS) ist ein ergänzendes Training für Menschen im AS, welche keine sprachlichen Fertigkeiten besitzen. Durch Bildkarten können sie ihre Wünsche mitteilen. Zeigen sie eine Bildkarte beispielsweise von einem Spielauto wird ihnen das Spielauto sofort gebracht. Dadurch lernen Menschen im AS, sich auszudrücken und können so Kontakt zu anderen herstellen. Die Bildkarten können zudem mit sprachlichen Lauten unterstützt werden. Dazu eignen sich computerbasierte Sprachgeräte. Wichtig ist, dies häufig und mit direkter Anleitung umzusetzen. Falls die Person beginnt, mit eigenen Lauten zu kommunizieren, müssen die Bildkarten rasch reduziert werden, um die eigene verbale Sprache zu fördern (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S. 87).

## 3 Psychotraumatologie

Die Psychotraumatologie erforscht die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung von seelischen Verletzungen, welche durch extrem bedrohliche Erlebnisse ausgelöst werden (Landolt, 2021, S. 17). Dabei wird oft vom Begriff Trauma gesprochen, welcher im Kapitel 1.5 bereits erläutert wurde. Scherwath und Friedrich (2016) fügen hinzu, dass bei einem psychischen Trauma eine traumatische Situation nicht mehr mit den üblichen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien gelöst werden kann. Ein Mensch kann in einer solchen Situation nicht mehr auf das Selbstwirksamkeits- und Verarbeitungsvermögen zurückgreifen, sondern nur auf die genetischen determinierten Notprogramme (vgl. Kapitel 3.2), welche dem Überleben dienen. Dies kann zu Störungen in der neuronalen Hirnstruktur führen (S. 21).

Um die Frage aufzugreifen, was unter Trauma und Traumafolgestörungen zu verstehen ist, wird zuerst auf die Trauma-Typen eingegangen. Danach werden die psychobiologischen Reaktionen auf ein Trauma sowie die Risiko- und Schutzfaktoren erläutert. Am Schluss dieses Kapitels wird noch auf drei Traumafolgestörungen eingegangen.

### 3.1 Trauma-Typen

Viele belastende Erfahrungen können zu einer Traumatisierung führen. Deswegen ist es sinnvoll, die verschiedenen traumatischen Erfahrungen in die folgenden Kategorien zu unterscheiden.

#### **Bindungstrauma**

Gemäss Wöller (2006) können Bindungstraumatisierungen in makrotraumatische und mikrotraumatische Ereignisse unterteilt werden. Zu den makrotraumatischen Ereignissen gehören körperliche Misshandlungen oder sexuelle Übergriffe. Mikrotraumatische Ereignisse sind beispielsweise emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung, vermehrte Trennungen sowie Verluste oder andauernde Entwertungen und Überforderungen (S. 157-171).

Kinder, welche Bindungstraumatisierungen erlebt haben, können Störungen der Emotionsregulation und der Mentalisierungsfähigkeit erleiden. Dies wiederum kann zu Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter führen (Wöller, 2006, S. 157-171).

#### **Trauma durch körperliche Erkrankungen und medizinische Eingriffe**

Körperliche Erkrankungen oder medizinische Eingriffe können traumatisierend sein. Dabei kommt die Gefahr aus dem eigenen Körper und ist meist andauernd. Risikosituationen für eine Traumatisierung sind lebensbedrohliche Erkrankungen, welche intensivmedizinische Massnahmen benötigen. Darunter zählen beispielsweise Herz- und Lungentransplantationen. Auch eine Frühgeburt kann

traumatisierende Folgen haben und sich auf die Entwicklung der Neugeborenen auswirken (Köllner, 2019, S. 417-421).

### **Typ 1 (Monotrauma)**

Unter dem Trauma-Typ 1 versteht man traumatische Ereignisse, welche oft plötzlich und einmalig auftreten. Dabei wird zwischen akzidentiellen und interpersonellen Traumatisierungen unterschieden. Zu den akzidentiellen Traumatisierungen gehören zum Beispiel Unfälle, Naturkatastrophen oder berufsbedingte Traumatisierungen. Die interpersonellen Traumatisierungen beinhalten beispielsweise sexualisierte oder körperliche Gewalt, Überfälle sowie Terrorangriffe (Gysi, 2021, S. 28-29).

### **Typ 2 (Mehrfachtrauma)**

Zum Trauma-Typ 2 gehören traumatische Ereignisse, welche mehrmalig oder regelmässig vorkommen. Wie beim Trauma-Typ 1 kann man den Trauma-Typ 2 auch in akzidentielle und interpersonelle Traumatisierungen einteilen. Dabei gehören zu den akzidentiellen Traumatisierungen technische Katastrophen, wie zum Beispiel Nuklearunfälle oder Naturkatastrophen, welche lang andauern. Zu den interpersonellen Traumatisierungen zählen beispielsweise wiederholte sexualisierte Gewalt, Kriegserleben oder Folter (Gysi, 2021, S. 29). Gemäss Scherwath und Friedrich (2016) haben Menschen, die eine wiederholende oder langandauernde bedrohliche Situationen erleben, ein höheres Risiko für Traumatisierungen, als bei einmaligen Erlebnissen (S. 48).

### **Typ 3 (Traumatisierungen bei organisierten und ritualisierten Gewaltstrukturen)**

Beim Trauma-Typ 3 geht es um besonders schwerwiegende Gewalt, welche bei organisierten und ritualisierten Gewaltstrukturen vorkommen. Darunter zählt beispielsweise Zwangsprostitution oder Kinderhandel. Dabei wird die Gewalt systematisch von organisierten Täterschaften angewendet, die häufig mit sexueller Ausbeutung verbunden ist (Gysi, 2021, S. 30-32).

### **Sekundäre Traumatisierung**

Nebst den bereits genannten Trauma-Typen gibt es unter anderem noch die sekundäre Traumatisierung. Bei der sekundären Traumatisierung geht es darum, dass das Fachpersonal die Auswirkungen der Traumatisierungen der Klientel miterlebt. Dies kann für das Fachpersonal sehr belastend sein und eigene Symptome von einer sekundären Traumatisierung hervorrufen (Krautkrämer-Oberhoff & Haaser, 2023, S. 83). Dabei tritt die sekundäre Traumatisierung oft als Mischform einer Posttraumatischen Belastungsstörung und Burnout-Phänomenen auf. Dies zeigt sich in Form von Albträumen, Schlafstörungen, Entfremdungen sowie somatischen Beschwerden, wie zum Beispiel Schmerzen, Zynismus und Niedergeschlagenheit (Maercker, 2013, S. 172). Da die sekundäre Traumatisierung oft nicht nur Einzelpersonen betrifft, muss dies auch auf institutioneller Ebene bedacht werden (Krautkrämer-Oberhoff & Haaser, 2023, S. 83). Auf dies wird im Kapitel 6 noch weiter eingegangen.

### **Mikrotrauma**

Besonders im Kontext von Menschen mit einer Intelligenzminderung wird oft auch von Mikrotrauma gesprochen. Dabei werden Erlebnisse beschrieben, die grundsätzlich nicht zu Traumatisierungen führen. Wenn diese Erlebnisse aber oft wiederholt werden, kann es dennoch zu einem Trauma führen. Dabei ist eine eingeschränkte verbale Kommunikation ein Risikofaktor für Mikrotraumata, da die Bedürfnisse nicht mitgeteilt und befriedigt werden können (Endres & Moisel, 2002; zit. in Kessler, 2016, S. 234).

## **3.2 Psychobiologische Reaktionen auf ein Trauma**

Um zu verstehen, welche Auswirkungen ein Trauma auf einen Menschen hat, kann es hilfreich sein, die Psychobiologie herbeizuziehen. Die Psychobiologie geht davon aus, dass sich das Gehirn und das Verhalten gegenseitig beeinflussen (Kessler, 2021, S. 30). Gemäss Huber (2020) gibt es drei grosse Hirnbereiche, die sich durch die Evolution gebildet haben: das Reptilienhirn, das limbische System und die Grosshirnrinde. Beim Reptilienhirn geht es ums Überleben. Unsere Instinkte und Reaktionen sind im Reptilienhirn angesiedelt. Das limbische System ist für unsere Gefühlssteuerung und Emotionen zuständig. Die Gefühlserinnerungen, welche sprachlich, raum-zeitlich und biografisch kodiert sind, werden im limbischen System gespeichert. Durch die Grosshirnrinde werden das rationale Denken, das Lösen von Problemen und gezielte Handlungsimpulse ermöglicht (S. 53).

Bei einem traumatischen Erlebnis gerät ein Mensch in die traumatische Zange. Dabei fällt zuerst die Grosshirnrinde und danach das limbische System aus. Somit reagiert das Reptilienhirn instinktiv zum Beispiel mit Flucht, Angriff oder Erstarren. Damit versucht das Gehirn auf möglichst effektive und schnelle Weise, mit extremem Stress umzugehen (Huber, 2020, S. 53).

Das limbische System kennt vor allem zwei instinktive Reaktionen: Kämpfen (Fight) oder Flüchten (Flight). Gemäss Uttendörfer (2008) verändert das Gehirn sein neurophysiologisches Gleichgewicht, sobald es eine Situation als bedrohlich einstuft. Dabei wird die Atem- und Herzfrequenz sowie der Muskeltonus erhöht. Zudem werden Dopamin, Noradrenalin und Adrenalin ausgeschüttet, was dazu führt, dass Körperspannung für Flucht- oder Kampfhandlungen aufgebaut wird. Das Angstepfinden erhöht sich durch vermehrte Ausschüttung von Cortisol (S. 52). Gemäss Huber (2020) ist die Fight-or-Flight-Reaktion zuerst nicht mit der Grosshirnrinde verbunden, welche für das vernunftsgemässe Denken zuständig ist. Deswegen kann es sein, dass bei einem traumatisierenden Erlebnis teilweise nicht vernünftig gehandelt werden kann. Wenn ein Mensch mithilfe der Fight-or-Flight-Reaktion dem traumatisierenden Erlebnis entkommen konnte, kann oftmals das traumatisierende Erlebnis überwunden werden und es entsteht keine Traumafolgestörung (S. 56). Wenn nun aber die Fight-or-Flight-Reaktion nicht hilft, um dem traumatischen Erlebnis zu entkommen, dann setzt die Freeze-Reaktion ein. Bei der Freeze-Reaktion distanziert der Mensch sich innerlich von dem Ereignis. Dabei werden Endorphine

ausgeschüttet, welche Körperzustände und Gefühle betäubt. Zudem wird auch Noradrenalin ausgeschüttet, was dazu führt, dass die integrative Wahrnehmung blockiert wird. Dabei kann es zu einer Derealisation oder Depersonalisation kommen. Bei einer Derealisation wird die Umgebung als fremd wahrgenommen und bei der Depersonalisation kann man den eigenen Körper nicht spüren und fühlt sich unbeteiligt (Huber, 2020, S. 58). Bei diesem Prozess werden gemäss Hüther et al. (2010) die Wahrnehmungsdetails, also das emotionale, körperliche, sensorische und kognitive Erleben, fragmentiert. Zudem wird die räumlich-zeitliche Einordnung im Hippocampus ausser Kraft gesetzt. Die Frontalhirnfunktionen verknüpfen den sensorischen Input zu einem zusammenhängenden Erlebnis und einer abrufbaren Erinnerung. Auch dies wird bei einem Freeze-Zustand ausgesetzt (S. 22). Bei einem traumatischen Erlebnis schlägt die Amygdala Alarm und speichert emotionale und körperliche Reaktionen. Dies kann dann zu Dissoziationen führen (Huber, 2020, S. 64-66).

Gemäss Uttendörfer (2008) können traumatische Situationen das Stresssystem eines betroffenen Menschen neu codieren. Dabei werden die Regler für die Reizverarbeitung dauerhaft zu hoch eingestellt. Dies hat zur Folge, dass die Wachsamkeit erhöht ist und ein Energieüberschuss für Flucht- oder Kampfhandlungen bereitgestellt wird. Zudem schüttet das Gehirn eine Überdosis an Endorphinen aus, die Schmerz vermeiden soll. Zur Folge scheinen betroffene Personen teilweise abgestumpft oder schmerzfrei (S. 53).

### 3.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Risikofaktoren beeinflussen eine traumatische Situation negativ und erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Traumafolgestörung (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 54). Huber (2020) teilt die Risikofaktoren in Faktoren vor dem traumatischen Ereignis, Faktoren während des Traumas und Faktoren nach dem Trauma ein. Zu den Risikofaktoren vor dem traumatischen Ereignis zählen unter anderem ein niedriger sozial-ökonomischer Status, dysfunktionale Familienstrukturen, psychische Erkrankungen und eine geringe soziale Unterstützung (S. 107). Gemäss Scherwath und Friedrich (2016) sind auch kognitive Einschränkungen oder Entwicklungsverzögerungen sowie eine unsichere Bindung Risikofaktoren (S. 56). Bei den Faktoren während des Traumas gehört die Länge, das Ausmass und die Wiederholungen des traumatischen Erlebnisses dazu. Zudem spielt auch das subjektive Bedrohungsgefühl eine Rolle. Zu den Risikofaktoren nach dem Trauma zählen mangelnde soziale Unterstützung und mangelnde Anerkennung des traumatischen Erlebnisses durch andere (Huber, 2020, S. 107).

Im Gegensatz zu den Risikofaktoren können Schutzfaktoren abwehrend oder mildernd in traumatischen Situationen wirken. Zu den Schutzfaktoren gehören personelle Faktoren, wie zum Beispiel Intelligenz oder eine günstige Temperamentsstruktur. Ein positives Selbstbild oder eine optimistische Grundhaltung gehören auch zu den Schutzfaktoren eines Menschen (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 63). Wübker (2020) sagt, dass die persönliche Entwicklung zum Zeitpunkt des Traumas eine Rolle für

den Verlauf des weiteren Lebens spielt. Bei der persönlichen Entwicklung sind vor allem das Urteilsvermögen, die Wahrnehmungsfähigkeit und die motorischen sowie die sprachlichen Fähigkeiten wichtig. Diese Punkte sind entscheidend, wenn es um die Verarbeitung einer traumatischen Erfahrung geht (S. 24-25). Zudem gibt es umgebungsbezogene Faktoren, worunter soziale Unterstützung und eine sichere Bindung zu einer Bezugsperson gehören (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 63). Auch Brisch (2023) sagt, dass eine sichere Bindung als Schutzfaktor vor einer Traumatisierung gilt (S. 140). Genauer wird auf die sichere Bindung noch im Kapitel 5.3.2 eingegangen. Brisch (2023) beschreibt, dass sicher gebundene Kinder mehr Möglichkeiten haben, um schwierige Situationen zu bewältigen. Sie können beispielsweise um Hilfe fragen und haben eine bessere Empathiefähigkeit. Die Empathiefähigkeit ist wichtig, da man sich damit in andere hineinversetzen kann und die anderen besser wahrnimmt (S. 140-141).

### 3.4 Traumafolgestörung

Wenn ein Mensch ein Trauma erleidet, kann dies sichtbare Folgen haben. Laut Huber (2020) kann es dabei zu einer Verstörung oder einem Durcheinandersein kommen. Dies zeigt sich unter anderem auch in Schwindelattacken oder dissoziativen Krampfanfällen. Weiter können sich starke körperliche Schmerzen, Ohnmacht oder ein emotionales Chaos zeigen. Als Folge von Traumatisierungen kann es bei den betroffenen Menschen zu einer Flut von Bildern, Geräuschen oder Gerüchen kommen. Zudem kann das traumatische Erlebnis raumzeitlich nicht richtig eingeordnet werden. Dies kann zu falschen Erinnerungen an das Ereignis führen. Die Betroffenen können zum Beispiel das Gefühl haben, dass dieses Ereignis sich jederzeit wieder ereignen kann, auch wenn dies schon vor vielen Jahren passierte (S. 86-87). Zudem kann dies zu einer Dissoziation, wie zum Beispiel eine Depersonalisation oder Derealisation führen (Huber, 2020, S. 76). Gemäss Wübker (2020) kann es auch zu Erinnerungslücken kommen. Die Betroffenen erinnern sich meist nicht mehr genau an das Ereignis, jedoch können durch Triggerreize Erinnerungsteile hervorgerufen werden. Dies ist möglich, da die Erfahrung lange in unserem Körper und in bewusstseinsferneren Regionen in unserem Erinnerungsvermögen abgespeichert sind (S. 24-25). Dies sind gemäss Huber (2020) Erstreaktionen auf ein traumatisches Erlebnis (S. 87).

Huber (2020) erläutert, dass nach diesen Erstreaktionen das Gehirn versucht, dieses Erlebnis zu verarbeiten und zu integrieren. Dabei kann es zu einer akuten Belastungsreaktion kommen. Merkmale einer akuten Belastungsreaktion sind erhöhte Schreckhaftigkeit und Angstzustände sowie Schlafstörungen und Alpträume. Zudem kann es zu Wiedererleben des traumatischen Ereignisses kommen, wobei die Betroffenen oft möglichst alle Reize, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, vermeiden wollen. Weiter kann es zu einer Beeinträchtigung der Wahrnehmung des eigenen Körpers oder der Umwelt kommen, sowie zu Konzentrationsschwierigkeiten führen. Im ICD-11 ist die akute Belastungsreaktion nicht mehr aufgeführt, weil sie als normale Anpassungsleistung bei traumatischen Erlebnissen

angesehen wird. Wenn das Gehirn diese Erlebnisse nicht verarbeiten und integrieren kann, können daraus Traumafolgestörungen resultieren (S. 87).

Im folgenden Kapitel werden typische Traumafolgestörungen, welche im ICD-11 und im DSM-5 definiert sind, beschrieben. Dabei wird die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und die Bindungsstörung aufgegriffen, weil diese Traumafolgestörungen häufig vorkommen.

### 3.4.1 Posttraumatische Belastungsstörungen

Gemäss dem ICD-11 kann sich eine PTBS (6B40) entwickeln, wenn ein Mensch «einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen ausgesetzt war» (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024c). Bei einer PTBS müssen drei Symptome gegeben sein, und zwar das Wiedererleben der traumatischen Ereignisse, die posttraumatische Vermeidung und die Übererregung. Die Symptome führen zu Einschränkungen in familiären, beruflichen oder sozialen Lebensbereichen und dauern mehrere Wochen an. Das Wiedererleben von traumatischen Ereignissen passiert oft durch aufdringliche Erinnerungen oder Albträume. Dabei entstehen starke Emotionen wie zum Beispiel Angst oder Entsetzen. Die starken Gefühle werden oft von körperlichen Symptomen, wie Herzrasen oder muskuläre Anspannung begleitet (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024c). Gemäss Gysi (2021) ist es normal, dass unangenehme Erinnerungen auch bei nicht traumatisierten Menschen auftreten. Jedoch sind die emotionalen und körperlichen Emotionen bei Menschen mit einer PTBS stärker und führen oft zu Einschränkungen in der Lebens- und Arbeitsqualität sowie der Beziehungsfähigkeit (S. 61-62).

Bei der posttraumatischen Vermeidung werden Erinnerungen und Gedanken an das traumatische Ereignis vermieden. Dabei werden teilweise auch Aktivitäten, Personen oder Situationen vermieden, welche Erinnerungen an das traumatische Erlebnis hervorrufen könnten (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024c). Gysi (2021) sagt, dass bei Menschen mit PTBS bei denen die Vermeidung von posttraumatischen Erlebnissen am stärksten von den drei Symptomen ausgeprägt ist, weniger Unterstützung erhalten. Oft wirken diese Personen nicht wie von einer PTBS betroffen, da dieses Symptom am wenigsten sichtbar ist (S. 63-65).

Bei dem Symptom der Übererregung hat der Mensch die Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024c). Das heisst, dass das Nervensystem über längere Zeit ein erhöhtes Aktivierungsniveau aufzeigt (vgl. Kapitel 3.2). Dies kann zu Anspannung, aggressiven Reaktionen, Konzentrationsstörungen, erhöhter Schreckhaftigkeit oder Angst führen (Gysi, 2021, S. 66).

### 3.4.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen

Eine komplexe PTBS kann entstehen, wenn eine Person extrem bedrohlichen Ereignissen, denen man nur schwer entkommen kann, ausgesetzt ist und diese lang anhalten oder sich wiederholen. Dazu zählen beispielsweise Folter, lang anhaltende häusliche Gewalt oder wiederholter sexueller Missbrauch (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024d).

Die Symptome einer PTBS, also Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung, müssen bei einer komplexen PTBS gegeben sein. Zusätzlich zu diesen Symptomen müssen Menschen mit einer komplexen PTBS grosse Schwierigkeiten bei der Regulation von Gefühlen oder Körperzuständen aufweisen. Zudem ist die komplexe PTBS von Schwierigkeiten im Bindungsverhalten und Beziehungen geprägt. Diese Symptome führen zu starken Einschränkungen in familiären, beruflichen oder sozialen Lebensbereichen und müssen über mehrere Wochen andauern (Huber, 2020, S. 91-92).

Im DSM-5 gibt es keine Unterscheidung zwischen einer PTBS und einer komplexen PTBS. Die Definition einer PTBS im DSM-5 beinhaltet die Kriterien, welche für eine komplexe PTBS im ICD-11 vorhanden sein müssen (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 369-373). Gemäss dem DSM-5 treten die Symptome einer komplexen PTBS innerhalb von drei Monaten nach dem traumatischen Ereignis auf. Dabei kann es aber sein, dass die erforderlichen Kriterien nicht alle innerhalb dieser drei Monate erfüllt werden. Dies wird auch als verzögerte Erscheinungsform bezeichnet und dadurch kann die Diagnose erst später gestellt werden (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 377).

### 3.4.3 Bindungsstörung

Traumatische Erfahrungen mit Bezugspersonen können ein Bindungstrauma auslösen. Häufen sich die traumatischen Erlebnisse, kann davon ausgegangen werden, dass sich eine Bindungsstörung entwickelt. Erfährt ein Mensch, meist Kinder, ein Bindungstrauma, erleben die Betroffenen einen grossen Stress. Diese übermässige Erregung kann Folgen mit sich bringen (Brisch, 2023, S. 141).

Im ICD-11 und DSM-5 werden zwei Typen von Bindungsstörungen beschrieben. Bei beiden Störungsbildern wird ein stark abweichendes Bindungsverhalten bei Kindern beschrieben, welches durch unangemessene Kinderbetreuung, wie zum Beispiel Misshandlung oder schwere Vernachlässigung, auftritt. Die erste, ist die reaktive Bindungsstörung (6B44). Kinder mit einer reaktiven Bindungsstörung wenden sich bei Trost oder Unsicherheit nicht an die primäre Bezugsperson. Sie suchen keine Sicherheit bei Erwachsenen und reagieren nicht auf Trost, wenn dies angeboten wird (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024e). Im DSM-5 werden die gleichen Merkmale genannt. Zusätzlich nennt der DSM-5 weitere Merkmale, welche auftreten können, wie zum Beispiel Verzögerungen der sprachlichen und kognitiven Entwicklung sowie Stereotypien (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 363). Bei der reaktiven Bindungsstörung ist es wichtig, die Differenzialdiagnose vom AS abzugrenzen. Bei

beiden Diagnosen gehören zu den Merkmalen Verzögerungen der sprachlichen und kognitiven Entwicklung. Zudem sind die sozialen Interaktionen beeinträchtigt. Ein Unterscheidungsmerkmal der beiden Diagnosen ist, dass bei einer reaktiven Bindungsstörung die Kinder oft eine Vorgeschichte von starker sozialer Vernachlässigung aufweisen (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 364).

Weiter gibt es im ICD- 11 die Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten (6B45). Dabei zeigen Kinder gegenüber Fremden zu grosses Vertrauen und gehen wahllos auf Erwachsene zu (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024f). Im DSM-5 wird dies als Beziehungsstörung mit Enthemmung definiert. Als zusätzliche Merkmale können sprachliche und kognitive Entwicklungsverzögerungen sowie Stereotypien auftreten (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 367).

## 4 Traumata bei Erwachsenen im AS

Die heutige Forschung zeigt auf, dass Menschen im AS einem erhöhten Risiko für Traumatisierungen ausgesetzt sind. Im Jahr 2016 belegte eine Studie, dass Kinder im AS mehr negative Erfahrungen in der Kindheit erleben als Kinder ohne AS. Bei Entwicklungsstörungen, wie zum Beispiel das AS, ist die Möglichkeit einer Traumatisierung drei Mal höher, als bei neurotypischen Menschen (Attwood & Garnett, 2024, S. 7). Wie bereits im Kapitel 1.1 erwähnt, verarbeiten Menschen im AS Sinneseindrücke anders als neurotypische Menschen. Dadurch können Erlebnisse schneller zu Traumatisierungen führen (Lorenz, 2022). Haberstock (2021) sagt, dass Menschen im AS von sozialen Ausgrenzungen, Mobbing, körperlicher Gewalt oder sexuellen Übergriffen betroffen sind. Jedoch können sie solche Vorfälle nur selten von sich aus ansprechen. Zusätzlich ist es für das soziale Umfeld oft nicht nachvollziehbar, dass auch leichte stressreiche Situationen für Menschen im AS traumatisch sein können (S. 103). Bei Erwachsenen im AS konnte man feststellen, dass PTBS und andere psychische Erkrankungen nach negativen Erfahrungen häufiger auftreten als bei neurotypischen Menschen (Attwood & Garnett, 2024, S. 7).

Dieses Kapitel hat das Ziel, die Verbindung zwischen dem AS und Traumata darzustellen. Dabei werden sowohl die neurologischen Aspekte als auch die Herausforderungen der Differenzialdiagnostik betrachtet. Zudem werden die Faktoren erläutert, die das Risiko einer Traumatisierung erhöhen und mögliche Schutzfaktoren aufgezeigt.

### 4.1 Neurologische Gemeinsamkeiten vom AS und Trauma

Im Kapitel 3.2 wurde beschrieben, wie sich traumatische Ereignisse auf das Gehirn auswirken. Dabei wird mehr Dopamin, Noradrenalin, Adrenalin sowie Cortisol im Körper ausgeschüttet, was die Körperspannung und das Angstempfinden erhöht. Die Frontalhirnfunktionen und der Hippocampus sind bei einem traumatischen Ereignis betroffen, dadurch kann keine räumlich-zeitliche Einordnung der Situation stattfinden und das Erlebnis wird nicht zusammenhängend gespeichert. Zudem schlägt die Amygdala bei traumatischen Erlebnissen Alarm. Bei Menschen im AS sind auch Veränderungen im präfrontalen Kortex und dem Frontallappen zu erkennen. Dies führt zu Einschränkungen der exekutiven Funktionen (vgl. Kapitel 2.4.2). Weiter wurde herausgefunden, dass bei Menschen im AS die Entwicklung der Amygdala dysfunktional ist (vgl. Kapitel 2.5.1). Somit sind beim AS sowie Trauma ähnliche Gehirnregionen betroffen. Dies könnte dazu führen, dass beide Diagnosen ähnliche Symptome zeigen, was im nächsten Kapitel genauer ausgeführt wird.

Auch Attwood und Garnett (2024) beschreiben, dass frühe Stressfaktoren zu Veränderungen des Gehirns führen können, welche bis ins Erwachsenenalter bemerkbar sind. Zudem sind eben auch ähnliche Gehirnregionen beim AS betroffen. Besonders in der Amygdala und im präfrontalen Kortex sind

Veränderungen zu erkennen, welche auch bei neurotypischen Kindern nach einer traumatischen Erfahrung vorhanden sind. Dadurch kam bei einigen Forschern die Vermutung auf, dass die neurologischen Unterschiede bei Menschen im AS auf frühe Stressoren zurückzuführen sind (S. 8). Freitag et al. (2017) zeigen jedoch auf, dass Umweltfaktoren wie Traumata kein AS auslösen, sondern den Schweregrad beeinflussen können (S. 26). Attwood und Garnett (2024) beschreiben zusammenfassend: «Traumata und anhaltender Stress verursachen neurologische Veränderungen, die Autismus imitieren und weitere emotionale Störungen und Dysregulationen verursachen» (S.8).

## 4.2 Differenzialdiagnostik

Die Ähnlichkeiten der Diagnosen zeigen sich besonders in den äusserlich erkennbaren Symptomatiken (Wilczek, 2024, S. 156). Stavropoulos et al. (2018) beschreiben beispielsweise, dass bei Kindern im AS sowie bei Kindern mit traumatisierten Erfahrungen Symptome wie emotionale Ausbrüche, sozialer Rückzug, repetitives Spielen und Affektarmut auftreten können (S. 71/eigene Übersetzung). Auch Wilczek (2024) zeigt auf, dass viele Gemeinsamkeiten zwischen den beobachtbaren Merkmalen vom AS und einer PTBS zu sehen sind. Zu den Gemeinsamkeiten gehören beispielsweise die ständige Anspannung, die erhöhte Reizbarkeit, stereotype Bewegungen, autoaggressives Verhalten oder das verstärkte Bedürfnis nach Struktur und Vorhersehbarkeit (S. 152). Nicht nur die PTBS zeigt ähnliche Symptomatiken, sondern auch die reaktive Bindungsstörung. Bereits im Kapitel 3.4.3 wurde erwähnt, dass das AS von einer reaktiven Bindungsstörung zu differenzieren ist, da bei beiden Diagnosen die soziale Interaktion beeinträchtigt sowie die kognitive und sprachliche Entwicklung verzögert sein kann (American Psychiatric Association, 2013/2015, S. 364). Zudem zeigen Rittmannsberger et al. (2023) auf, dass Menschen mit Intelligenzminderung andere Symptome bei traumatischen Erlebnissen aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Besonders, wenn die verbalen Fähigkeiten eingeschränkt sind, zeigen sich die Symptome auf der Verhaltensebene. Dadurch können HEVE ein Zeichen für eine mögliche Traumatisierung sein. Dabei ist es wichtig, diese Symptome aufgrund von Traumatisierungen zu erkennen und nicht der Intelligenzminderung zuzuschreiben (S. 181-182). Wenn nun diese HEVE fälschlicherweise der Intelligenzminderung oder einer Behinderung zugeschrieben werden, spricht man von «diagnostic overshadowing» (Sappock, 2023, S. 26).

An dieser Stelle kann die Frage gestellt werden, weshalb eine spezifische Diagnose notwendig ist, wenn sich die Symptomatiken grundlegend ähnlich sind. Laut Gysi (2021) ist die richtige Diagnose aber entscheidend, da die Therapiemöglichkeiten vom AS und Traumafolgestörungen unterschiedlich sind (S. 271). Auch Attwood und Garnett (2024) bestätigen, dass die Auskunft, ob die Person ein Trauma erlebt hat, relevant ist und darüber entscheidet, welche Unterstützung angeboten wird. Hat eine Person im AS zusätzlich ein Trauma erlitten, muss die Behandlung entsprechend angepasst werden (S. 10). Wilczek (2024) zeigt auf, dass sich die Ursachen und Entwicklungsverläufe vom AS und

Traumafolgestörungen unterscheiden. Die Diagnostik sollte sowohl „autismus-sensibel“ als auch „trauma-sensibel“ gestaltet werden. Nur die Berücksichtigung beider Aspekte ermöglicht eine genaue Diagnose sowie eine gezielte und individuelle Förderung. Zudem ist eine klare Diagnose für die Identitätsentwicklung der Person sowie deren Selbstverständnis relevant (S. 156-157).

In dieser Bachelorarbeit wird davon ausgegangen, dass die Diagnose AS vorhanden ist. Es bleibt jedoch offen, ob und in welchem Masse der Zusammenhang zwischen dem AS und Trauma bei der Diagnosestellung berücksichtigt wurde. Dieser Aspekt wird jedoch in dieser Arbeit nicht weiter untersucht. Es ist wichtig anzumerken, dass im Falle einer bestehenden AS-Diagnose und einer zusätzlichen Traumafolgestörung zwei unterschiedliche Wechselwirkungen auftreten können. Wilczek (2024) beschreibt, dass die Wechselwirkung problematisch ist. Das AS kann bei einem traumatischen Erlebnis auch als Schutzfaktor gesehen werden (S. 166-167). Beides wird im folgenden Kapitel erläutert.

### 4.3 Risiko- und Schutzfaktoren

Menschen im AS weisen aufgrund unterschiedlicher Faktoren ein höheres Risiko für eine Traumatisierung auf. Die Wechselwirkung zwischen dem AS und Trauma gilt als problematisch, da sie Risiken und Auswirkungen verstärken (Wilczek, 2024, S. 166-167).

Bei Menschen im AS im stationären Setting der Behindertenhilfe ist die Sprachfähigkeit eingeschränkt oder gar nicht vorhanden. Jedoch wird im Kapitel 3.3 aufgezeigt, dass die sprachlichen Fähigkeiten als Schutzfaktor zählen, um ein traumatisches Erlebnis zu überwinden (Wübker, 2020, S. 24-25). Daraus lässt sich schliessen, dass Menschen im AS öfter Traumafolgestörungen erleben, da sie aufgrund der eingeschränkten Sprachfähigkeiten die traumatischen Erlebnisse schwerer verarbeiten können. Auch Kessler (2016) bestätigt, dass die verbale Sprache ein wichtiges Mittel ist, um sich auszudrücken und die Bedürfnisse zu äussern. Wenn nun die verbale Sprache eingeschränkt ist, kann es sein, dass die Bedürfnisse vom Umfeld falsch interpretiert werden. Allenfalls werden sogar Handlungen gegen den Willen der betroffenen Person ausgeführt, was zusätzlich traumatisierend sein kann (S. 234). Zudem wird im Kapitel 2.3.1 beschrieben, dass Menschen im AS hauptsächlich auf der Sachebene kommunizieren, um Informationen zu vermitteln (Spek, 2022, S. 19). Kommunikation, welche auf einer anderen Ebene mitgeteilt wird, ist für Menschen im AS schwer zu erkennen. Deshalb können sie die nonverbale Kommunikation schlecht deuten und ihre eigene verbale und nonverbale Kommunikation stimmt teilweise nicht überein, was zu Missverständnissen führen kann (Schmid, 2015, S. 78-79). Daraus lässt sich schliessen, dass Menschen im AS das Verhalten von anderen Menschen schlechter vorhersehen und verstehen können. Deswegen könnte es bei Menschen im AS eher zu Bindungstraumata kommen. Da Menschen im AS eine andere Wahrnehmung haben als neurotypische Menschen, können auch Mikrotraumata zu Traumafolgestörungen führen.

Auch das stationäre Setting der Behindertenhilfe kann als Risikofaktor angesehen werden (vgl. Kapitel 2.6). Gemäss Rittmannsberger et al. (2023) sind Menschen mit einer Intelligenzminderung auf die Unterstützung von anderen Menschen angewiesen. Dieses Abhängigkeitsverhältnis kann unter Umständen ausgenutzt werden (vgl. Kapitel 2.6). Somit erhöht dies das Risiko von interpersonellen Traumataerfahrungen (vgl. Kapitel 3.1). Zudem werden Menschen mit einer Intelligenzminderung übermässig vor negativen Erfahrungen geschützt. Dadurch erlernen sie oft keine Strategien im Umgang mit negativen Erfahrungen und es fehlt ihnen an wichtigen Informationen für das Leben. Als Beispiel kann man die sexuelle Aufklärung nehmen. Sie lernen oft nicht den richtigen Umgang mit Sexualität und können dadurch übergriffige Berührungen nicht als solche benennen. Dies kann zu Traumatisierungen führen (S. 177). Durch Schwierigkeiten in der Kommunikation ist es bei Menschen im AS schwieriger zu merken, wann sie Hilfe benötigen (vgl. Kapitel 2.3.1). Diese Missverständnisse können bei Menschen im AS zu Mikrotraumata führen (vgl. Kapitel 3.1). Zudem kann das stationäre Setting dazu führen, dass das soziale Umfeld kleiner ist und es regelmässig zu einem Bezugspersonenwechsel kommen kann (vgl. Kapitel 2.6). Auch die Studie von Eckert (2015) zeigt auf, dass Menschen im AS in der Freizeit oftmals wenige soziale Kontakte ausserhalb der Familie oder der weiteren Verwandtschaft haben. Den Kontakt zu Gleichaltrigen oder Freundschaften nehmen nach der Schulzeit deutlich ab (S. 85-86). Dadurch ist der Schutzfaktor der sozialen Unterstützung bei Menschen im AS kleiner.

Ebenfalls gelten die neurologischen Erklärungsansätze sowie die besondere Wahrnehmung und Reizverarbeitung als Risikofaktoren. Menschen im AS reagieren stärker auf sensorische Reize, was schneller zu einer Überforderung führen kann als bei neurotypischen Menschen (Teufel & Soll, 2021, S. 19-20). Die Intense World Theorie (vgl. Kapitel 2.4.4) bestätigt dies. Weiter sind bei Menschen im AS die exekutiven Funktionen (vgl. Kapitel 2.4.2) eingeschränkt. Oft können die Reize nicht ausgeblendet werden. Aus diesem Grund haben sie teilweise Mühe mit Veränderungen und zeigen wenig Flexibilität in verschiedenen Situationen (Eckert, 2022, S. 29). Zusammenfassend könnte die Überforderung mit Veränderungen und den vielen Reizen bei Menschen im AS vermehrt zu Mikrotraumata (vgl. Kapitel 3.1) führen.

Bei einer Traumatisierung wirkt eine gute Wahrnehmungsfähigkeit als Schutzfaktor (vgl. Kapitel 3.3). Menschen im AS haben eine Einschränkung in der zentralen Kohärenz (vgl. Kapitel 2.4.3). Das bedeutet, dass es ihnen schwerfällt, Zusammenhänge zu sehen. Sie konzentrieren sich vor allem auf Einzelheiten (Happé & Frith, 2006, S. 5-6/eigene Übersetzung). Deswegen kann die schwache zentrale Kohärenz als Risikofaktor gesehen werden, da der Fokus auf Details dazu führen könnte, dass sie an negativen Erinnerungen festhalten. Attwood und Garnett (2024) bestätigen, dass der Fokus auf negative Erlebnisse die Entwicklung von Stress und Traumafolgestörungen begünstigt (S. 9).

Bei Menschen im AS ist die ToM (vgl. Kapitel 2.4.1) eingeschränkt, wodurch sie Mühe haben, sich in andere Personen hineinzusetzen (Vogele, 2015, S. 367). Dies wirkt sich auch auf die soziale Interaktion (vgl. Kapitel 2.3.2) aus. Menschen im AS haben Mühe, sozio-kommunikative Signale des Gegenübers richtig zu deuten (Teufel & Soll, 2021, S. 16-17). Dies kann zu Missverständnissen oder Ablehnung bei neurotypischen Menschen führen, was wiederum zu einer sozialen Überlastung bei Menschen im AS führen kann (Spek, 2022, S. 18). Im Kapitel 3.3 wird aufgezeigt, dass ein wichtiger Schutzfaktor, um traumatische Erlebnisse zu überwinden, die soziale Unterstützung und eine sichere Bindung zu einer Bezugsperson sind (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 63).

Im Kapitel 3.4 wird beschrieben, dass traumatische Erlebnisse sichtbare Folgen haben können. Dazu gehören zum Beispiel Angstzustände, Vermeidung von Reizen, welche in Verbindung mit dem traumatischen Erlebnis gebracht werden oder das Wiedererleben eines traumatischen Ereignisses (Huber, 2020, S. 87). Die Symptome von Traumata können sich als HEVE zeigen. Im Kapitel 2.6.1 ist beschrieben, dass sich bei Menschen im AS bei starkem Stress HEVE in Form von beispielsweise Erstarren, Ausrasten oder Weglaufen zeigen kann (Girsberger, 2022, S. 36). Laut Theunissen (2022) ist dabei zu beachten, dass HEVE für Menschen im AS sinnstiftend ist und zu ihrer Problemlösung beiträgt. Um das Verhalten besser zu verstehen, ist es sinnvoll, wenn das Fachpersonal herauszufinden versucht, warum Menschen im AS HEVE zeigen. Dabei können traumatische Erfahrungen, Diskriminierung oder mangelnde Unterstützung des Fachpersonals einige Gründe sein. Weiter ist zu beachten, dass HEVE immer aus einer doppelten Perspektive betrachtet werden muss, da die Verhaltensweise meist aus einer ungünstigen Relation zwischen dem Individuum und der Umwelt entsteht (S. 91-97). Dies zeigt nochmals auf, dass die Symptome Ähnlichkeiten aufweisen. Wird dies bei der Diagnosestellung nicht beachtet, können falsche Behandlungsmethoden angewendet werden und das Selbstverstehen der Person ist schwieriger (vgl. Kapitel 4.2).

Im stationären Setting kann das Fachpersonal zumindest versuchen, den Schutzfaktor des Umfelds zu stärken. Auch Attwood und Garnett (2024) sagen, dass ein verständnisvolles Umfeld ein wichtiger Schutzfaktor ist. Dabei muss sich das soziale Umfeld bewusst sein, dass Menschen im AS ein hohes Risiko für eine Traumatisierung haben. Somit kann gezielt Unterstützung angeboten werden (S. 10). Das Fachpersonal kann Möglichkeiten wie den TEACCH-Ansatz oder PECS (vgl. Kapitel 2.6.2) herbeiziehen, um individuelle Unterstützung, besonders für die verbalen Schwierigkeiten, anzubieten. Attwood und Garnett (2024) beschreiben, dass aufgrund der sozialen Kommunikationsschwierigkeiten und der anderen Sinneswahrnehmung die Umwelt häufig bedrohlich wirkt. Auch hier lassen sich vom Umfeld Massnahmen treffen, um die entstandenen Ängste zu verringern (S.10). Beispielsweise können visualisierte Tagesabläufe erstellt werden, welche für Menschen im AS den Alltag strukturieren. Zudem kann das Umfeld sie beim Aufbau von Freundschaften unterstützen, was einer Isolation vorbeugen kann.

Des Weiteren ist es wichtig, das Selbstbild und die vorhandenen Fähigkeiten zu stärken. All dies wird mit einer positiven Haltung und Wertschätzung gemacht (ebd.).

Im Kapitel 4.2 wurde zudem davon gesprochen, dass das AS bei einer möglichen Traumatisierung als Schutzfaktor wirken kann. Wilczek (2024) sagt, dass die Bewältigungsstrategien von Menschen im AS auch als Schutzfaktor gesehen werden können. Damit ist beispielsweise gemeint, dass Menschen im AS ihre Aufmerksamkeit so fokussieren können, dass sie in ihrer eigenen Welt sind. In diesem Zustand können sie überfordernde und schwierige Situationen ausblenden. Wenn dies trainiert und gezielt einsetzbar wird, gilt diese Fähigkeit durchaus als Schutzfaktor (S. 168-169).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Menschen im AS diverse Risikofaktoren aufweisen, welche eine Traumatisierung begünstigen. Besonders Menschen im AS mit einer Intelligenzminderung weisen noch ein höheres Risiko für Traumatisierungen auf. Da Menschen im AS mit einer Intelligenzminderung oftmals in einem stationären Setting wohnen, wird die Umsetzung der Traumapädagogik auf diesen Bereich beschränkt. Wie die Umsetzung der Traumapädagogik für Menschen im AS im stationären Setting der Behindertenhilfe aussehen könnte, wird im Kapitel 6 genauer erläutert.

## 5 Traumapädagogik

Traumapädagogik entstand aus dem Wissen der Psychotraumatologie und ist als umfangreiches Konzept in verschiedenen Themenbereichen zu verstehen (Staub & Seidl, 2024, S. 11). Tiefenthaler und Gahleitner (2016) sagen, dass die Traumapädagogik als Haltung angesehen werden kann (S. 181). Zudem ist die Traumapädagogik keine Therapie sondern eine Unterstützung im pädagogischen Alltag und somit ein Bestandteil der Pädagogik und der Sozialen Arbeit (Weiss, 2016c, S. 20-21). Traumatisierte Menschen entwickeln Überlebensstrategien, um durch das weitere Leben zu kommen. Das Fachpersonal muss diese Funktionen und Auswirkungen erkennen und verstehen, damit sie Betroffene fachlich angemessen begleiten kann (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 4). Die Traumapädagogik wurde ursprünglich zur Betreuung und Förderung von Kindern und Jugendlichen konzipiert (Weiss, 2017, S. 636). Deshalb bezieht sich die Literatur meist auf diese Altersgruppe und nicht auf Erwachsene. Folglich wird im weiteren Verlauf die Begrifflichkeit des Kindes verwendet, wobei Jugendliche eingeschlossen sind.

Damit aufgezeigt werden kann, was unter Traumapädagogik zu verstehen ist und welche Konzepte es gibt, erklärt die Autorenschaft im folgenden Kapitel die Traumapädagogik mit ihren Grundhaltungen. Zudem werden drei Konzepte erläutert, welche im Kapitel 6 wieder aufgegriffen werden.

### 5.1 Traumapädagogische Standards

Die Traumapädagogik als Fachdisziplin gibt es noch nicht lange (Weiss, 2013b, S. 32). Gemäss Wübker (2020) lässt sich die Entstehung der Traumapädagogik auf die Kinder- und Jugendhilfe zurückführen (S. 52). Der Fachverband der Traumapädagogik gründete sich 2008 aus der BAG-TP. Der Fachverband nahm sich zum Ziel, das Wissen über Psychotraumatologie zu verbreiten. Sie fördern den Austausch und die Weiterbildungen im Bereich der traumabezogenen Pädagogik und tragen diese Diskussion in verschiedene pädagogische Arbeitsfelder. Der Fachverband dient ausserdem als Netzwerkforum für fachliche Diskussionen und initiiert Veränderungsprozesse. Zudem gehören zu ihren Zielen, die Entwicklung, die Förderung und die Erforschung von Konzepten und Projekten in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen sowie in der Kinder- und Jugendhilfe anzustossen (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 2). Gahleitner (2021) betont, dass durch Netzwerkarbeit und Einbezug anderer Disziplinen das fehlende Fachwissen reduziert werden kann (S. 22-24). Laut Schirmer (2016) entstand im Jahr 2009 die Arbeitsgruppe «Standards für Einrichtungen». Sie machten es sich zur Aufgabe, Standards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe zu entwickeln, welche zur Orientierung und Qualitätssicherung dienen. Zum einen gehören zu den Standards der Traumapädagogik die Grundhaltungen (vgl. Kapitel 5.2), welche immer und auf jeder Ebenen einer Institution erkennbar sein müssen. Dazu kommt die Förderung

der Selbstwirksamkeit und Selbstermächtigung der Kinder, aber auch des Fachpersonals. Zudem sind die institutionellen und persönlichen Voraussetzungen sowie die interdisziplinäre Vernetzung ausschlaggebend, damit die Traumapädagogik in einer Institution umgesetzt werden kann (S. 238). Um sicherzustellen, dass die traumapädagogischen Standards auch umgesetzt werden, formulierte die Arbeitsgruppe im Auftrag der BAG-TP ein Positionspapier, welches konkret in der Praxis angewendet werden kann (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 4).

Schwerwath und Friedrich (2020) betonen:

Traumapädagogisches Handeln ist vor allem am Verstehen orientiert. Es geht in der Hilfeplanung nicht darum, Verhalten von Menschen in den Griff zu bekommen und gegen Symptome zu arbeiten. Vielmehr möchte Traumapädagogik Beziehungen gestalten, in denen Menschen sich wertgeschätzt, angenommen und unterstützt fühlen. Dieser Zugang hat sich in der Arbeit mit betroffenen Menschen als sehr effektiv erwiesen. (S. 9).

Lang et. al (2013) ergänzen, dass Traumapädagogik nur funktioniert, wenn auch das Fachpersonal sich über ihren Lebenszusammenhang, die eigenen Erwartungen und ihren Voreinstellungen bewusst ist. Traumatische Erfahrungen von anderen können eigene Erlebnisse reaktivieren. Dies ist nicht förderlich für die Zusammenarbeit. Traumapädagogische Arbeit beinhaltet also nicht nur die Arbeit mit den Betroffenen, sondern auch die Arbeit an der eigenen Persönlichkeit und eine hohe Selbstreflexion des Fachpersonals. In jeder pädagogischen Hilfe gibt es ein Machtverhältnis zwischen der Klientel und dem Fachpersonal, welche auch die Traumapädagogik nicht ganz verhindern kann. Jedoch geht es darum, den Menschen nicht als Objekt zu sehen, sondern die Subjektivität der Klientel zu sehen und ihm die gleichen Rechte zu geben (S. 106).

## 5.2 Grundhaltung

Die traumapädagogischen Grundhaltungen, die im folgenden Kapitel vorgestellt werden, sind die Basis, um den Begriff der Traumapädagogik zu verstehen (Lang et al., 2013, S. 106). Laut Wübker (2020) zielen die Grundhaltungen darauf ab, dass das Fachpersonal den Kindern verständnisvoll begegnet (S. 55). Die Grundhaltungen sind Teil der traumapädagogischen Standards und müssen auf allen Ebenen einer Institution umgesetzt werden. Bei jeder Grundhaltung ist in einer Tabelle die jeweilige Botschaft an die Kinder sowie an das Fachpersonal festgehalten.

### 5.2.1 Annahme des guten Grundes

Kinder mit traumatischen Erfahrungen reagieren darauf mit unterschiedlichen Verhaltensweisen, wie zum Beispiel sozialem Rückzug oder emotionalen Ausbrüchen. Diese können für das Fachpersonal sowie andere Personen belastend sein. Dadurch geht häufig das Verständnis und die Anerkennung für

diese Reaktionen als Bewältigungsstrategien verloren (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 4-5). Jedoch sollten die Verhaltensweisen stets als Handlungen für den Abbau von Mangelerscheinungen und nicht als Störung gesehen werden (Wübker, 2020, S. 55). Laut Staub und Seidl (2024) können Menschen im stationären Setting nicht einfach auf ihre Bewältigungsstrategien verzichten, auch wenn sie grundsätzlich in Sicherheit sind. Sie befinden sich noch innerhalb des Traumas und greifen auch in neuen Settings auf ihre Verhaltensweisen zurück. Das Fachpersonal ist deshalb gefordert, diese Überlebensstrategien als normale Verhaltensweise auf frühere Erfahrungen zu sehen (vgl. Tabelle 2) (S. 12). Für das Fachpersonal setzt dies voraus, dass sie sich bei den bestimmten Verhaltensweisen immer die Frage nach dem Ziel stellen sowie die Wirklichkeitskonstruktion der Klientel beachten (Wübker, 2020, S. 55). Damit auch Betroffene ihr Verhalten reflektieren und allenfalls alternative Verhaltensweisen zeigen können, brauchen sie Würdigung und Wertschätzung für ihre Reaktionen (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 5). Die Annahme des guten Grundes ist ein wichtiger Haltungsaspekt der traumapädagogischen Standards, denn Haltung gibt Halt von innen und ermöglicht eine Grundannahme, wie die Welt und die Menschen gesehen werden können (B. Lang et al., 2013, S. 112).

Somit gilt die Annahme des guten Grundes für eine Institution in der Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal sowie unter dem Fachpersonal selbst. Schirmer (2013) zeigt in Tabelle 2 auf, dass die Leitung sich für die guten Gründe des Fachpersonals interessieren muss. Da die Grundhaltung durch Verstehen, Wertschätzung und Achtung der Verantwortung geprägt ist, trägt sie zu einem guten Miteinander in einer Institution sowie in den Teams bei (S. 251).

<b>Botschaft an:</b>	<b>Grundhaltung: Annahme des guten Grundes</b>
Die Kinder	«Wir akzeptieren deinen guten Grund und zeigen dir auch, wenn wir nicht einverstanden sind, mit dem, was du tust.»
Die Mitarbeiter*innen	«Die Leitung interessiert sich für Ihre guten Gründe und erteilt Ihnen konstruktives Feedback.»

Tabelle 2: Grundhaltung Annahme des guten Grundes (leicht modifiziert nach Schirmer, 2013, S. 251)

### 5.2.2 Wertschätzung

Weiss und Schirmer (2013) sagen, dass Wertschätzung als Grundhaltung angesehen wird. Dabei handelt es sich um die innere Einstellung und die inneren Werte. Die Wertschätzung ist von Respekt, Fairness und Freundlichkeit geprägt. Ein Mensch fühlt sich wertgeschätzt, wenn er so angenommen wird, wie er ist und sich verstanden fühlt (S. 112- 113). Repetitives Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht oder Willkür bewirkt, dass Menschen ihren eigenen Wert und Sinn in ihrem Handeln nicht mehr erkennen. Gefühle und Gedanken, welche sie während der Traumatisierung hatten, werden immer wieder auf

aktuelle Situationen übertragen (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 5). Weiss und Schirmer (2013) sagen, dass ihnen somit die Basis für Selbstakzeptanz fehlt. Die Wertschätzung durch die Umgebung hilft traumatisierten Kindern mehr Selbstakzeptanz zu erlangen. Sie lernen, dass sie gut sind, so wie sie sind (vgl. Tabelle 3). Wertschätzung in der Traumapädagogik bedeutet auch, dass die Verhaltensweisen der Kinder wertschätzend angenommen werden. Die Überlebensstrategien sind nämlich ausserordentliche Fähigkeiten (S. 113).

Damit das Fachpersonal den traumatisierten Kindern Wertschätzung entgegenbringen kann, müssen sie sich selbst wertschätzend begegnen oder dies lernen (Weiss & Schirmer, 2013, S. 114). Hier übernimmt die Leitung einen wichtigen Teil, wie in der Tabelle 3 zu erkennen ist. Somit muss ein Rahmen geschaffen werden, in dem sich sowohl die Kinder als auch das Fachpersonal selbst erfahren und als wertvoll erleben können. Traumapädagogik kann diesen sicheren Rahmen bieten (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 5). Im Kapitel 5.3.1 wird mit dem Konzept des sicheren Ortes die Gestaltung der Rahmenbedingungen genauer erläutert.

<b>Botschaft an:</b>	<b>Grundhaltung: Wertschätzung</b>
Die Kinder	«Es ist gut so, wie du bist.»
Die Mitarbeiter*innen	«Die Leitung schaut darauf, was Sie gut können und unterstützt aktiv Ihre Entwicklung. Auch die Überforderungsgefühle gehören dazu und werden ernst genommen.»

Tabelle 3: Grundhaltung Wertschätzung (leicht modifiziert nach Schirmer, 2013, S. 251)

### 5.2.3 Partizipation

Teilhabe ist ein zentraler Teil des Lebens. Dadurch haben Menschen Motivation, ihr Leben selbst zu gestalten, was wichtig für unsere seelische Gesundheit ist (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 5). Traumatisierte Kinder haben Fremdbestimmung, Ohnmacht oder Erstarrung erlebt, wodurch sie sich nicht handlungsfähig fühlten (Andreae de Hair & Bausum, 2013, S. 115). Traumata bringen einen extremen Kontrollverlust mit sich. Dadurch entsteht bei Betroffenen das Gefühl, dass sie keine Kontrolle über sich oder das Umfeld haben. Die Selbstwirksamkeit wird erheblich eingeschränkt (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 5). Laut Andreae de Hair und Bausum (2013) müssen die betroffenen Kinder also korrigierende Erfahrungen machen, welche von Autonomie und Zugehörigkeit geprägt sind. Jedoch fällt es ihnen oftmals schwer, sich auf Angebote der Partizipation einzulassen (S. 115).

Der Fachverband Traumapädagogik (2011) erläutert, dass Kinder Partizipation auf drei Ebenen erfahren müssen:

1. Erleben von Autonomie
2. Erleben von Kompetenz
3. Erleben von Zugehörigkeit (S. 5)

Kühn (2023) erklärt, dass es unterschiedliche Stufen der Partizipation gibt (S. 123). Genauer greift dies die Autorenschaft im Kapitel 5.3.3 nochmals auf. Schirmer (2013) zeigt auf, dass die Partizipation in der stationären Kinder- und Jugendhilfe gelebt werden muss. Die Kinder kennen ihr Recht auf Selbstbeteiligung. Das Fachpersonal muss den Kindern so begegnen, dass sie ihnen etwas zutrauen, sie jedoch nicht überfordern (vgl. Tabelle 4) (S. 251).

Dies bringt mit sich, dass das Fachpersonal aber auch die Institution ihre eigenen Grenzen reflektieren und wenn nötig überarbeiten. Zudem muss die Institution ihrem Personal ebenfalls die Partizipation in beispielsweise Entwicklungsprozessen, ermöglichen (Andreae de Hair & Bausum, 2013, S. 118).

<b>Botschaft an:</b>	<b>Grundhaltung: Partizipation</b>
Die Kinder	«Ich traue dir was zu und überfordere dich nicht.»
Die Mitarbeiter*innen	«Ihre Kompetenzen, Ihre Erfahrungen und Ihr Fachwissen werden geschätzt. Sie werden bei der Suche nach Antworten und Lösungen beteiligt.»

Tabelle 4: Grundhaltung Partizipation (leicht modifiziert nach Schirmer, 2013, S. 251)

## 5.2.4 Transparenz

Biographische Erfahrungen lasten auf den Betroffenen (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 5). Laut Wahle und Lang (2013) sind traumatische Erlebnisse unberechenbar und willkürlich. Dies hat ein Gefühl der Ohnmacht zur Folge (S. 118). Meist haben Betroffene Macht und Hierarchie als etwas Negatives erlebt. Mit den Strukturen wurde oft willkürlich umgegangen, was zu einer Verunsicherung führte. Deshalb ist es umso wichtiger, transparent im Umgang mit den Kindern zu sein. Dadurch erlernen sie einen zuverlässigen Umgang mit Hierarchien, Strukturen und Machtverhältnissen (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 5). Transparenz bedeutet «durchscheinend» und meint, dass ein Ort berechenbar gestaltet wird (Wahle & Lang, 2013, S. 119). Ein Ort muss somit sicher gestaltet werden, damit die bisherige Unberechenbarkeit im Umfeld stabilisiert wird (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 5). Gemäss Wahle und Lang (2013) bedeutet dies im Alltag der stationären Kinder- und Jugendhilfe, dass die Verantwortlichkeiten und die Strukturen für die Kinder transparent gemacht werden (vgl.

Tabelle 5). Dies bezieht sich auf Verhaltensweisen des Fachpersonals, aber auch auf das Verhalten der Kinder. Zudem braucht es Transparenz innerhalb der Macht-, Verantwortungs- oder Hierarchiestrukturen, den Abläufen im Alltag und der Kommunikation. Die Transparenz schafft eine Berechenbarkeit und somit Sicherheit, was wiederum ein wesentlicher Teil der Selbstermächtigung ist. Ebenso wichtig ist die Transparenz für den Aufbau einer Beziehung zwischen dem Fachpersonal und den Kindern (S. 118).

Die Transparenz ist nicht nur in der direkten Arbeit mit den Kindern wichtig, sondern auch zwischen der Institution und des Fachpersonals zentral. Generell gilt, dass Transparenz die Beziehung und die Sicherheit stärkt (Wahle & Lang, 2013, S. 119).

<b>Botschaft an:</b>	<b>Grundhaltung: Transparenz</b>
Die Kinder	«Ich erkläre dir, was wann, wo und vor allem warum passiert.»
Die Mitarbeiter*innen	«Die Leitung bezieht Sie in Prozesse ein, informiert Sie hinreichend, sodass Sie sich gut orientieren können. Sie können jederzeit Fragen stellen.»

Tabelle 5: Grundhaltung Transparenz (leicht modifiziert nach Schirmer, 2013, S. 251)

### 5.2.5 Spass und Freude

Psychische Traumata bringen verschiedene Emotionen mit sich. Darunter sind Angst, Ohnmacht, Scham, Wut oder Ekel, welche lähmend auf eine Person wirken. Da diese Emotionen negativ bewertet werden, verursachen sie ein grosses Ungleichgewicht (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 6). B. Lang (2013b) sagt, dass traumatisierte Kinder durch die fehlende Unterstützung einer Bindungsperson nicht gelernt haben, ihre Gefühle zu regulieren und deshalb in diesen negativen Emotionen verhaften. Dies hat zur Folge, dass sie ihre Gedanken und Wahrnehmung so stark fokussieren, dass sie dadurch nicht mehr lösungsorientiert oder selbstbewusst handeln können. Ebenfalls hemmen die negativen Erfahrungen die Entwicklung der positiven Gefühle, wie Mut und Glaube an das Gute, was wichtige Schutzfaktoren sind. Anzumerken ist, dass die lähmenden Emotionen Angststörungen, depressive Symptome und Erschöpfungszustände begünstigen (S. 121-122).

Der Fachverband Traumapädagogik (2011) sagt, dass die Grundhaltung Freude und Spass das Ziel hat, möglichst viele Freueseiten im Leben zu generieren, um so ein Gleichgewicht zwischen der Belastung und der Resilienz zu erstellen. Durch das positive Erleben wird die Lernfähigkeit und die Entwicklung unterstützt. Zudem setzen Lachen und Spass die Serotoninausschüttung in Gang, was die Adrenalin-ausschüttung erhöht und den damit verbundenen Stresslevel reduziert (S. 6). Die Freude ist ausschlaggebend dafür, ob die Kinder etwas lernen können. Darunter zählt auch das Lernen von neuen

Verhaltensweisen (B. Lang, 2013b, S. 123). Freude und Spass fördern zudem die Gemeinschaft (vgl. Tabelle 6) (Schirmer, 2013, S. 251).

B. Lang (2013b) zeigt auf, dass nicht nur für die Kinder Spass und Freude von Bedeutung ist, sondern auch für das Fachpersonal. Die Konzentration auf Freude und Vergnügen in der Erziehung steigert auch die Arbeitszufriedenheit des Fachpersonals. Diese sind oft durch die zahlreichen und vielfältigen Anforderungen des Alltags sowie die ergebnisorientierten Zielvorgaben, an denen der Erfolg ihrer Tätigkeit gemessen wird, von ihrem eigenen Arbeitsvergnügen weit entfernt (B. Lang, 2013b, S.124). Zudem sind Freude und Spass in der Arbeit gesundheitsfördernd (vgl. Tabelle 6). Gemeinsames Lachen stärkt die Nähe, den Optimismus und das Vertrauen in einem Team (B. Lang, 2013b, S. 123-124).

<b>Botschaft an:</b>	<b>Grundhaltung: Spass und Freude</b>
Die Kinder	«Wenn wir gemeinsam Spass haben, erleben wir uns als Gemeinschaft.»
Die Mitarbeiter*innen	«Es ist sehr gesundheitsförderlich mit Freude und Spass zu arbeiten. Ein freudvolles Team kann sehr viel Belastung gemeinsam tragen.»

Tabelle 6: Grundhaltung Spass und Freude (leicht modifiziert nach Schirmer, 2013, S. 251)

## 5.3 Traumapädagogische Konzepte

Aus den vorherig beschriebenen Grundhaltungen haben sich in den letzten Jahren verschiedene Konzepte entwickelt. In allen Konzepten steht die Annahme des guten Grundes im Mittelpunkt und sie gehen vom gleichen Menschenbild aus. Ansonsten unterscheiden sie sich im Inhalt und dem damit verbundenen Ziel (Weiss, 2016c, S. 23).

Die Autorenschaft hat sich entschieden, die Konzepte der Pädagogik des sicheren Ortes, die Bindungsorientierung und der Selbstermächtigung genauer zu erläutern, da diese verschiedene Ansätze verfolgen und am meisten angewendet werden.

### 5.3.1 Pädagogik des sicheren Ortes

Kühn (2023) erarbeitete die Pädagogik des sicheren Ortes (S. 34). Das Konzept gilt in der Fachliteratur als wichtigstes Konzept zur Umsetzung der Traumapädagogik. Diese Wichtigkeit gründet auf den Erkenntnissen, dass Kinder, welche ein Trauma erlitten haben, eine Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses erlebten. Dadurch kommt es zu einem Verlust der inneren Sicherheit, was dazu führt, dass die Umwelt als ständige Bedrohung wahrgenommen wird (Wübker, 2020, S. 56). Uttendörfer (2008) ergänzte dieses Konzept mit dem äusseren sicheren Ort. Diese Ergänzung nimmt das Fachpersonal sowie das materielle Umfeld in die Pflicht und sieht sich als Teil des sicheren Ortes. Laut ihm kann

kein innerer sicherer Ort entstehen, wenn es keinen äusseren sicheren Ort gibt (S. 59-60). Deshalb ist die Aufgabe des Fachpersonals und der Institution, einen Ort für die innere und äussere Sicherheit zu schaffen. Dies ist die Basis für die weitere Entwicklung sowie der Heilung (Wübker, 2020, S. 56).

Um das Konzept umzusetzen, bedarf es verschiedene Rahmenaspekte und es braucht eine mehrschichtige Herangehensweise (Kühn, 2023, S. 34). Das Fachpersonal sowie die Institution sind wichtige Komponente in diesem traumapädagogischen Konzept und haben eine prägende Rolle (Wübker, 2020, S. 56). Nebst der Tatsache, dass ein sicherer Ort für die traumabetroffenen Kinder gestaltet wird, braucht es auch einen geschützten Handlungsraum für das Fachpersonal. Zudem ist die Beziehung zwischen den Betroffenen und dem Fachpersonal ausschlaggebend für die Umsetzung dieses Konzeptes (Kühn, 2023, S. 34). Die Abbildung 1 visualisiert die soeben beschriebenen Ebenen:

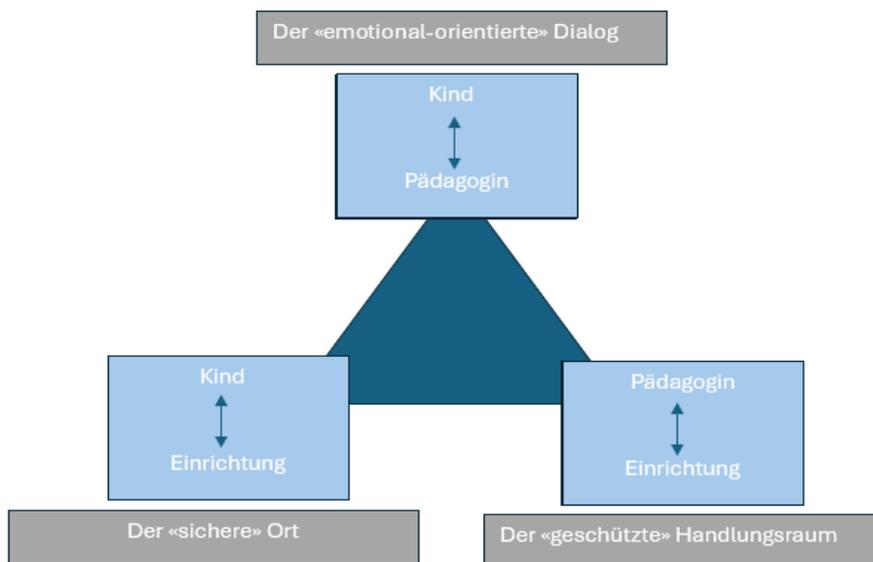


Abbildung 1: Pädagogik des Sicheren Ortes (leicht modifiziert nach Kühn, 2023, S. 34)

Die Abbildung 1 zeigt die Wechselwirkung zwischen der Institution, dem Fachpersonal und den traumatisierten Kindern. Zu erkennen ist, dass jede Ebene gleich gewichtet wird und eine Umsetzung des Konzeptes nur im Gleichgewicht funktioniert. B. Lang (2013a) erklärt, dass traumatisierte Kinder dieses Gleichgewicht benötigen. Nur so können sie wieder Vertrauen zu sich selbst und der Umwelt finden. Von einem sicheren Ort kann also nur gesprochen werden, wenn eine Stabilität auf allen drei Ebenen erzielt wurde (S. 136-137).

Nun werden die drei Ebenen genauer beschrieben. Zudem wird erläutert, wie die Ebenen gestaltet werden können, um einen sicheren Ort zu erreichen.

### Der sichere Ort

Laut Kühn (2023) übernimmt das Fachpersonal auf dieser Ebene die Rolle der Sicherheitsbeauftragten (S. 35). Wie Wübker (2020) beschreibt, erleben traumatisierte Kinder eine Erschütterung des Selbst-

und Weltverständnisses, was zu einem Verlust der inneren Sicherheit führt (S. 56). Kühn (2023) fasst folgendermassen zusammen: «Dieser erfahrene Verlust von Sicherheit in der äusseren Welt als einem «sicheren Ort» zerstört die Wahrnehmung eines Sicherheitsgefühls des individuellen Selbst nachhaltig» (S. 35).

Gemäss Kühn (2023) geht es also darum, dass für die Kinder ein äusserer sicherer Ort geschaffen wird. Nur so ist es für sie möglich, wieder einen inneren sicheren Ort zu erlangen. Jede Institution sollte sich die Frage stellen, wie sicher ihre Angebote sind. Ein äusserer sicherer Ort heisst, einen verlässlichen und einschätzbaren Lebensraum sowie einschätzbare Alltagsbedingungen zu ermöglichen (S. 35). Wübker (2020) sagt, dass eine weitere wichtige Bedingung für das Erstellen eines sicheren Ortes das Gestalten von Räumen, welche eine heilende Wirkung ausstrahlen, ist. Die Räume vermitteln den Kindern ein Gefühl der Stabilität und Sicherheit sowie von Ordnung und Beständigkeit. Gleichzeitig bedarf es einen persönlichen Schutzraum, in der sich das Kind stets zurückziehen kann (S. 57). Laut Scherwath und Friedrich (2016) braucht es dazu eine freundliche Einrichtung sowie ständige Ordnung, um einen Raum als sicher zu gestalten. Ideal ist es, wenn die Kinder, welche sich im Raum aufhalten, ihn mitgestalten können. Dies gilt auch für das Fachpersonal. Für das Gefühl der Sicherheit sind hier persönliche Gegenstände wichtig (S. 80-81).

Bei der Gestaltung der Räumlichkeiten, ist es wichtig, auf mögliche Trigger zu achten. Triggerreize können Erinnerungsteile der Traumatisierung hervorrufen, was wiederum zum Notfallhandeln führt und meist als HEVE angesehen wird (Wübker, 2020, S. 24-25). Im Alltag ist es die Aufgabe des Fachpersonals, gemeinsam mit den Kindern diese Trigger ausfindig zu machen und einen Ort mit möglichst wenig Triggerreizen zu ermöglichen (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 77). Zudem sollte das Fachpersonal eine tragende Gemeinschaft schaffen, in denen keine Retraumatisierungen stattfinden (Wübker, 2020, S. 57).

### **Der emotional-orientierte Dialog**

Die Grundhaltung Annahme des guten Grundes geht davon aus, dass das gezeigte Verhalten für die betroffene Person immer einen guten Grund hat, welcher zur Lösung des Problems beiträgt (vgl. Kapitel 5.2.3). Diese Grundhaltung spielt besonders auf dieser Ebene eine wichtige Rolle. Laut Kühn (2023) muss sich das Fachpersonal einmal mehr bewusst sein, dass traumatisierte Kinder mit ihrem Verhalten nicht provozieren oder die Grenzen testen wollen. Sie handeln auch nicht berechnend, sondern nach ihren individuellen Überlebensstrategien und ihre Handlungen sind ihre einzigen, in diesem Moment vorhandenen Kommunikationsmittel. Durch den emotional-orientierten Dialog kann das Kind die Fähigkeit des Vertrauens entwickeln. Es ist die Aufgabe des Fachpersonals eine neue gemeinsame Sprache zu entwickeln. Finden die Betroffenen eine neue Art der Kommunikation, können sie ihre Bedürfnisse besser ausdrücken sowie ihre Probleme anders lösen als mit ihren Überlebensstrategien. Das Fachpersonal agiert auf dieser Ebene als Sprachforschende (S. 35-36).

Da die Traumatisierung oftmals nicht bewusst in das Gedächtnis gerufen werden kann, sondern im Unbewussten abgespeichert ist, brauchen Betroffene eine geduldige und aushaltende Betreuung und Begleitung in ihrem Alltag (Levine & Kline, 2006; zit. in Kühn, 2023, S. 35). Wübker (2020) sagt, dass das Fachpersonal Transparenz (vgl. Kapitel 5.2.4) im Alltag garantieren muss. Einerseits ist die Transparenz bei Regeln und Abläufen wichtig. Das Fachpersonal soll den Betroffenen also die Regeln und Abläufe genau erklären und gewährleisten, dass die Kinder partizipativ mitwirken können. Zum anderen betrifft die Transparenz auch das Verhalten des Fachpersonals. Es braucht regelmässige Selbstreflexion, um beispielsweise eine natürliche Autorität darzustellen. Das Verhalten des Fachpersonals muss für die Kinder verlässlich sein. Dies ist wichtig, da die Betroffenen so die Reaktionen vorhersehen und einschätzen können. Eine weitere Aufgabe seitens des Fachpersonals ist es, die Anforderungen und Ziele an das Individuum anzupassen, damit Überforderungen und damit verbundene Frustrationen vermieden werden können (S. 56-58).

### **Der geschützte Handlungsraum**

Das Fachpersonal agiert als Entwicklungshelfer\*innen aber eben auch als Menschen mit einer eigenen Biografie, mit Fehlern und Triggerpunkten. Sie haben die Aufgabe, die Kinder zu fördern und einen Raum zu schaffen, in dem sie sich zu selbständigen Persönlichkeiten entwickeln können (Kühn, 2023, S. 36). Da sie ständig im Alltag des Kindes agieren, was für das Fachpersonal oftmals auch belastend ist, ist ein sicherer Ort auch für sie zentral. Er bietet dem Fachpersonal Sicherheit und Stabilität (Wübker, 2020, S. 56). Ein sicherer Ort für das Fachpersonal könnte beispielsweise ein Pausenraum sein, der nur für sie zugänglich ist. Darüber hinaus können so Überlastungen, Burn-out oder sekundär Traumatisierungen (vgl. Kapitel 3.1) verhindert werden (Kühn, 2023, S. 36). Damit diese Sicherheit und Stabilität garantiert werden kann, müssen laut Kühn (2023) eine Institution und deren Leitung Verantwortung übernehmen. Sie müssen Rahmenbedingungen und Unterstützung für das Fachpersonal schaffen, damit ein geschützter Handlungsraum entsteht (S. 36).

Baierl (2016b) merkt an, dass ein sicherer innerer und äusserer Ort für die Kinder nur dann gewährleistet werden kann, wenn ein solcher Ort auch für das Fachpersonal zur Verfügung steht. Die Institution muss also einen äusseren sicheren Ort für das Fachpersonal darstellen. Dazu bedarf es folgende Voraussetzungen:

- Passende Räumlichkeiten
- Geeignetes Arbeitsmaterial
- Fachlich geschultes Personal
- Verlässliche und bekannte Regelungen in Krisen und Notfällen
- Klar formulierte Konzepte beispielsweise zum Thema Nähe und Distanz
- Regelmässige Supervisionen und Fortbildungen (S. 122-123)

Zudem ist es notwendig, dass sich das Fachpersonal durch die Selbstfürsorge einen sicheren inneren Ort ermöglicht. Unter Selbstfürsorge ist zu verstehen, dass sich das Fachpersonal um seine eigene körperliche und physische Gesundheit kümmert. Zur Selbstfürsorge gehört beispielsweise der regelmäßige Austausch mit anderen sowie ein hoher Grad an Selbstreflexion. Auch sind Pausen und Ferien wichtig (Baierl, 2016b, S. 126).

### 5.3.2 Bindungsorientierung

T. Lang (2016) sagt, dass bindungsorientierte pädagogische Arbeit die bisherigen Beziehungserfahrungen der Personen miteinbezieht und in der Gestaltung der Beziehungen Gelegenheiten schafft, neue und unterstützende Erlebnisse zu ermöglichen (S. 272). Gemäss Gahleitner et al. (2016) geben positive Bindungen ein Empfinden von innerer Sicherheit. Dies steigert die Fähigkeiten zur Stressregulation und den kognitiven Steuerungsprozessen. Diese Fähigkeiten sind bei Menschen, welche traumatische Situationen erlebt haben, eingeschränkt (S. 115). Brisch (2023) zeigt zudem auf, dass das Erleben von Bindungssicherheit die Voraussetzung für kognitive und emotionale Lernprozesse ist (S. 132). Schlussendlich gilt eine sichere Bindung als Schutzfaktor und ist die Grundlage dafür, sich offen Neuem zuzuwenden oder zu explorieren. Wenn ein Kind nicht explorieren kann, dann wird es in seiner sozialen, kognitiven und emotionalen Entwicklung eingeschränkt (Gahleitner et al., 2016, S. 116-117).

An Bindungspersonen orientiert sich der Mensch, wenn es zu Unsicherheiten kommt. Dabei sind die Gesichter, Körperhaltungen und Stimmen der Bindungspersonen ausschlaggebend (Levine, 2011, S. 132). Menschen, welche unsichere Bindungserfahrungen gemacht haben, neigen dazu, dass ihre sozialen Kontakte begrenzt sind. Die Aufgabe des Fachpersonals ist es, positive Beziehungserfahrungen zu schaffen, um soziale Kontakte zu stabilisieren und zu fördern (T. Lang, 2016, S. 272).

John Bowlby entwickelte die Bindungstheorie. Er geht davon aus, dass es vier verschiedene Bindungsmuster gibt (vgl. Tabelle 7), welche sich in der Kindheit entwickeln (T. Lang, 2013, S. 187). Folgende vier Bindungsmuster gibt es:

Sichereres Bindungsmuster	Die Bedürfnisse des Kindes wurden angemessen und feinfühlig befriedigt.
Unsicher-vermeidendes Bindungsmuster	Auf die Bedürfnisse des Kindes wird mit Zurückweisung reagiert.
Unsicher-ambivalentes Bindungsmuster	Die Bedürfnisse des Kindes werden manchmal feinfühlig und ein anderes Mal ablehnend oder nicht angemessen befriedigt.

Desorganisierte Bindung	Dieses Bindungsmuster lässt sich auf traumatische Erlebnisse zurückführen. Die Bindungspersonen gelten als Bedrohung.
-------------------------	---

*Tabelle 7: Bindungstypen (Eigene Darstellung auf der Basis von Hanswille & Kiessenbeck, 2008; zit. in T. Lang, 2013, S. 190)*

Kinder mit einem Bindungstrauma mussten erleben, dass ihre Bedürfnisse nach Sicherheit und Bindung nicht feinfühlig erfüllt wurden (T. Lang, 2013, S. 192). Bindungstraumata können durch mikrodidaktische Erlebnisse, wie emotionaler Missbrauch und Verluste oder durch makrodidaktische Ereignisse, wie körperliche Misshandlungen und sexuelle Übergriffe verursacht werden (vgl. Kapitel 3.2.1). Hat ein Kind ein Bindungstrauma erlitten, kann es zu einer Bindungsstörung kommen. Es gibt zwei verschiedene Bindungsstörungen. Bei einer reaktiven Bindungsstörung sehen Betroffene keine Sicherheit in anderen Personen und reagieren nicht auf Angebote zum Trösten. Auf der anderen Seite gibt es die Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten. Hier zeigen die Betroffenen besonders zu Fremden ein grosses Vertrauen (vgl. Kapitel 3.3.3). Gemäss T. Lang (2013) gilt, dass Kinder mit negativen Bindungserfahrungen oftmals ein problematisches Bindungsverhalten zeigen. Für die Betroffenen sind diese Verhaltensweisen Lösungsansätze, die zum eigenen Schutz dienen. Bindungserfahrungen werden von den Kindern stets auf das Fachpersonal übertragen (S. 192-193). Auch hier wird die Wichtigkeit von der Annahme des guten Grundes ersichtlich.

Wie vorher beschrieben, übertragen Betroffene ihre Bindungserfahrungen auf neue Interaktionspartner\*innen. Gemäss T. Lang (2013) können sie diese Erfahrungen und die dazugehörigen Verhaltensweisen auch in einem pädagogischen Setting nicht einfach abschalten. Für die Kinder ist dies ein Dilemma. Sie haben nicht die Fähigkeiten, sich zu regulieren oder selbstwirksam zu erleben. Dafür brauchen sie Hilfe von aussen. Jedoch ist genau dieses aussen von ihnen als nicht sicher erlebt worden und verhindert den Kontakt zu neuen Bezugspersonen. Dies stellt das Fachpersonal vor eine Herausforderung und es besteht die Gefahr der Gegenreaktion. Unter der Gegenreaktion ist zu verstehen, dass das Fachpersonal sich selbst durch das Verhalten bedroht, hilflos oder ohnmächtig fühlt. Dies führt zu unbeabsichtigten Verhaltensmustern, was wiederum das Kind in seiner Beziehungserfahrung bestätigt (S. 193-196).

### **Konzept der Feinfühligkeit**

Das Konzept der Feinfühligkeit ist ein zentraler Aspekt in der Beziehungsgestaltung und wichtig für die Bindungsentwicklung. Mittlerweile wird dieses Konzept auch bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen angewendet. Die Feinfühligkeit wird sowohl in den Handlungen als auch in der Interaktion vorausgesetzt (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 90). Auch Brisch (2023) merkt an, dass ein feinfühliges Interaktionsverhalten die Entwicklung einer sicheren Bindung begünstigt. Unter einem feinfühligem Verhalten ist zu verstehen, dass die Signale der Kinder gesehen werden und umgehend reagiert wird.

Denn nur wenn eine Reaktion innerhalb eines angemessenen Zeitrahmens erfolgt, kann das Kind Verknüpfungen machen und die Reaktion der Bezugsperson einordnen (S. 133). Zum anderen spielt die dialogische Sprache beim Konzept der Feinfühligkeit eine wichtige Rolle. Damit ist gemeint, dass in einem ruhigen, wertschätzenden Ton und in einem, auf die andere Person abgestimmten Rhythmus, kommuniziert wird. Der Blickkontakt sowie die Körperhaltung sind ebenfalls zentral. Des Weiteren ist es die Aufgabe der Bezugsperson, Absichten und Gefühle in Worte zu fassen und den Kindern Möglichkeiten zu bieten, diese zum Ausdruck zu bringen (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 92-94).

### **Handlungsmöglichkeiten für eine bindungsorientierte Kommunikation und Intervention**

Der Fachverband Traumapädagogik (2011) zeigt deutlich, was wichtig ist, um positive Beziehungserfahrungen im Alltag der Kinder zu ermöglichen (S. 10). T. Lang (2013) meint, dass das Fachpersonal die Aufgabe und das Ziel hat, eine haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehung zu gestalten, welche zur Stabilisierung beiträgt (S. 197). Wichtig ist, dass einerseits die eigenen Bindungserfahrungen des Fachpersonals reflektiert werden. Daraus lassen sich die eigenen Erwartungen und Beziehungsfällen ableiten. Des Weiteren muss das Fachpersonal sensibilisiert werden, wie eine Beziehung mit den Kindern gestaltet werden kann. Andererseits fällt der Fokus auf die Kinder. Auch beim Fachpersonal gilt es, frühere Bindungserfahrungen zu reflektieren. Im Alltag hat das Fachpersonal verschiedene Möglichkeiten, die Beziehung zu den Kindern zu stabilisieren (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 10). Der Fachverband der Traumapädagogik (2011) empfiehlt folgende Möglichkeiten:

- Die Reflexion der täglichen Interaktionsgestaltung unter der Berücksichtigung der bisherigen Beziehungserfahrungen
- Die Verarbeitung der entstehenden Emotionen und Wahrnehmungen innerhalb einer Interaktion
- Die Reflexion über die verschiedenen emotionalen Reaktionen des Fachpersonals auf die Kinder (S. 10).

Gemäss Brisch (2023) ist im Alltag zu beachten, dass jede Interaktion zwischen dem Fachpersonal und den Kindern abgespeichert wird. Haben diese positiven Interaktionen eine gewisse Kontinuität, so können sie das bindungsgestörte Verhalten verändern und es bilden sich auf neurobiologischer Ebene neue Verknüpfungen. Die sozialen Interaktionen müssen von Feinfühligkeit, dialogischer Sprache, sofortiger Wahrnehmung mit passender Reaktion und genauer Interpretation der Beziehungssignale geprägt sein (S. 144-145). Um den Kindern die Angst vor Beziehungsangeboten zu nehmen, eignen sich laut dem Fachverband Traumapädagogik (2011) folgende Handlungsmöglichkeiten:

- Die Kinder bekommen sicherheitsfördernde Botschaften
- Den Kindern wird erklärt, wie und warum das Fachpersonal sich ihnen gegenüber verhält
- Der Grund für Regeln wird transparent gemacht

- Die Bindungsbedürfnisse der Kinder werden untersucht und eine geeignete Unterstützung entwickelt
- Den Kindern werden regelmässige und zuverlässige Einzelkontakte mit dem Fachpersonal angeboten
- Wichtige bindungsrelevante Situationen wie Übergänge und Trennungen werden bewusst kreiert
- Die Kinder bekommen eine zuverlässige Bezugsperson (S. 10-11).

### 5.3.3 Konzept der Selbstbemächtigung

Gemäss Weiss (2016a) zielt das Konzept der Selbstbemächtigung auf die Ohnmachtserfahrungen von Kindern ab, welche sie in herausfordernden Situationen erlebten. Das Ziel der Selbstbemächtigung ist, dass Kinder wieder Subjekte ihres Lebens werden und lernen, sich um sich und andere zu sorgen. Menschen, welche traumatische Erfahrungen erlebten, haben Schwierigkeiten, ihre Selbstwirksamkeit zu erlangen (S. 93). Kessler (2016) sagt daraufhin: «Die Selbstermächtigung legt den Schwerpunkt darauf, ein Selbstverstehen zu begleiten, um den Menschen die Chance zu geben, die Verhaltensweisen in einem entwicklungslogischen Zusammenhang zu bringen. Nicht die Menschen sind verrückt, das, was sie erlebt haben, ist verrückt» (S. 238). Im Grunde geht es also um das Verstehen der Verhaltensweisen, da die Betroffenen selbst nicht wissen, warum sie sich so verhalten (Weiss, 2013, S. 145). Weiss (2021) fasst zusammen, dass es bei der Selbstermächtigung um das Selbstverstehen und die Selbstregulation geht (S. 138).

Gemäss Weiss (2016a) haben Menschen mit traumatischen Erfahrungen wenig Hoffnung auf eine gute Zukunft und sie fühlen sich häufig schuldig. Dies schränkt den Erfahrungshorizont ein, wodurch die Entwicklung eines positiven Selbstbildes schwieriger ist. Bei Kindern, welche bereits früh traumatische Erfahrungen machen, ist die Entwicklung des inneren Beruhigungssystems, der Impulshemmung und des Stressverarbeitungssystems gehemmt (S. 94). Deswegen sagt Weiss (2016b), dass die Arbeit mit traumatisierten Menschen darauf abzielt, die traumatischen Erinnerungsebenen zu verstehen und die eigene Reaktion oder Copingstrategien zu akzeptieren (S. 290). Die Herausforderung dabei ist es, dies Adressat\*innen gerecht zu gestalten. Menschen mit einer Intelligenzminderung haben Mühe, komplexe Situationen zu verstehen. Deshalb ist es zentral, dass das Fachpersonal die Inhalte so reduziert, dass es verständlich ist. Die Sprache und die Kommunikation sind also ein wichtiger Bestandteil der Selbstbemächtigung (Kessler, 2016, S. 238). Ebenso wichtig ist die Anerkennung. Nur durch Anerkennung kann ein positiver Selbstwert entwickelt werden (Weiss, 2016a, S. 99). In diesem Konzept sind die Grundhaltung Annahme des guten Grundes, die Wertschätzung und die Partizipation zentral. Weiss (2016a) sagt zusammenfassend: «Letztendlich ist es das Ziel der Pädagogik der Selbstermächtigung,

den Mädchen und Jungen zu ermöglichen, sich an persönlichen und sozialen Veränderungen beteiligen zu können, Orte bereitzustellen, in denen sie wachsen und heilen können» (S.102).

Weitere wichtige Aspekte der Selbstbemächtigung sowie Handlungsmöglichkeiten für die Praxis werden nun genauer erläutert.

### **Förderung der Selbstverstehens**

Traumatische Erfahrungen verändern die Funktionsweise des Gehirns und bringen Folgen wie Übererregung, Dissoziation, Erstarrung oder Traumafolgestörungen mit sich (vgl. Kapitel 3.2). Das Wissen über die Veränderungen und die Folgen entlastet die Betroffenen von Schuld und Scham. Wenn man sich selbst versteht, hilft dies aus der Objektorolle in die Subjektivrolle zu kommen (Weiss, 2016a, S. 100).

Den Kindern wird nähergebracht, was im Gehirn und im Körper bei einer Traumatisierung sowie in einer Stresssituation passiert. Dabei muss der Entwicklungsstand beachtet und die dazu passenden Lernmöglichkeiten geschaffen werden (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 7). Scherwath und Friedrich (2016) beschreiben die Psychoedukation als wichtiger Bestandteil in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. Die Psychoedukation zielt zum einen auf die Entwicklung der Selbstakzeptanz ab. Durch die Förderung der Selbstakzeptanz soll dem negativen Selbstbild und den Gefühlen der Scham und Schuld entgegengewirkt werden. Zum anderen soll die Psychoedukation Distanz schaffen und ermöglichen, dass alles sinnvoll eingeordnet werden kann (S. 125-126). Dies setzt voraus, dass das Fachpersonal selbst versteht, was im Kopf und im Körper, insbesondere bei Stress und Trauma, passiert. So lernen sie, ihre eigenen Stressreaktionen zu verstehen und betrachten Verhaltensweisen aus der Perspektive, dass diese einen guten Grund haben und sinnvoll sowie logisch sind (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 6-7).

### **Förderung der Emotionsregulation**

Laut dem Fachverband Traumapädagogik (2011) bietet der Alltag gezielte Angebote, um Verhaltensweisen, Körperreaktionen, Emotionen sowie Handlungsimpulse besser nachvollziehen zu können. Es werden Hilfestellungen angeboten, damit sie Reize, welche Stress auslösen, in Zukunft benennen und erkennen können. Darüber hinaus werden sie darin gefördert, Emotionen bei sich selbst und bei anderen zu sehen sowie entsprechende Ausdrucksweisen zu finden. Es gibt verschiedene Angebote, um die Selbstregulation zu lernen sowie verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten für die emotionale Stabilisierung. Dafür muss das Fachpersonal alle Basisgefühle sowie die möglichen Körperreaktionen, Empfindungen und entsprechenden Handlungsimpulse kennen. Das Fachpersonal selbst wird darin unterstützt, ihre eigenen Emotionen zu erkennen, zu benennen und zum Ausdruck zu bringen. Zudem sind sie mit Möglichkeiten der Selbstregulation bei Unter- und Übererregung sowie der eigenen emotionalen Stabilisierung vertraut. In Unsicherheiten und Krisensituationen erhält das Fachpersonal Unterstützung zur emotionalen Stabilisierung (S. 7-8).

### **Förderung der psychischen und physischen Widerstandsfähigkeit**

Der pädagogische Alltag bietet den Kindern verschiedene Angebote zur Förderung ihrer Widerstandsfähigkeit. Zudem gibt es Angebote, damit sie ihre bereits existierenden Fähigkeiten, Stärken und Interessen entdecken und weiterentwickeln können (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 8). Scherwath und Friedrich (2016) zeigen, dass die Ressourcenorientierung zentral für die Stabilität ist und als Schutzfaktor gilt. Zudem beeinflusst der Fokus auf die Stärken das Selbstbild positiv und lässt die Kinder sich als selbstwirksamer erleben (S. 101). Dies gilt auch für das Fachpersonal. Das Fachpersonal kennt die eigenen Stärken und Fähigkeiten. Sie sind sich der positiven Einflüsse auf die psychische und physische Gesundheit bewusst (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 8).

### **Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmung sowie der Selbstregulation**

Die Selbstregulation setzt das Selbstverstehen voraus, da nur durch das Verstehen nach Möglichkeiten für die Selbstregulation gesucht werden kann (Weiss, 2016a, S. 100). Weiss (2016b) zeigt auf, dass die Symptome einer Traumatisierung, wie beispielsweise die Übererregung, Dissoziation oder Erstarrung (vgl. Kapitel 3.2) als negative Empfindungen wahrgenommen werden. Die Betroffenen verstehen nicht, was mit ihnen passiert und finden keinen Zugang zu ihrem Körper (S. 291). Damit die Kinder sich selbst verstehen können, kann ihnen mit Hilfe des dreigliedrigen Gehirns (vgl. Kapitel 3.2) ihre Reaktion erklärt werden (Weiss, 2016b, S. 291).

Die Selbstregulation ist nur durch das Wahrnehmen von Körperempfindungen möglich (Weiss, 2021, S. 150). Daraus lässt sich schliessen, dass für die Kinder Anregungen und Anreize, zum Riechen, Schmecken, Sehen, Hören und Spüren geschaffen werden müssen. Es sollten somit Angebote geschaffen werden, um Körperempfindungen sprachlich ausdrücken zu können, sowie Angebote zum Erlernen und Spüren von Körperempfindungen vorhanden sein.

Der Fachverband Traumapädagogik (2011) sagt, dass die Kinder meist negative Erfahrungen mit körperlicher Nähe gemacht haben. Deshalb müssen sie Anregungen bekommen, um angenehme und unangenehme körperliche Nähe zu differenzieren, damit sie klar entscheiden können, von wem sie Nähe zulassen wollen. Darüber hinaus werden Bewegungs- und Entspannungseinheiten angeboten, um die traumaspezifischen Auswirkungen auf den Körper zu bewältigen (S. 8-9).

Es ist wichtig, dass das Fachpersonal Richtlinien für eine angemessene Nähe hat und damit reflektiert umgeht. Zudem kennen sie Bewegungs- und Entspannungseinheiten zur Bewältigung ihrer eigenen Belastungen und den damit zusammenhängenden Auswirkungen auf ihren eigenen Körper (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 8-9).

### **Förderung der Partizipation und sozialen Teilhabe**

Damit man für sich und andere Sorgen kann, braucht es Partizipation und soziale Teilhabe. Dadurch können die eigenen Interessen besser wahrgenommen und Konfliktfähigkeiten entwickelt werden

(Weiss, 2016a, S. 102). Partizipation ist Teil der Selbstermächtigung. Nur durch Partizipation können sich die Kinder selbstwirksam empfinden und erfahren ihr Leben als steuerbar (Weiss, 2021, S. 157-158). Kühn (2023) spricht von verschiedenen Stufen der Partizipation (vgl. Abbildung 2) (S. 123):

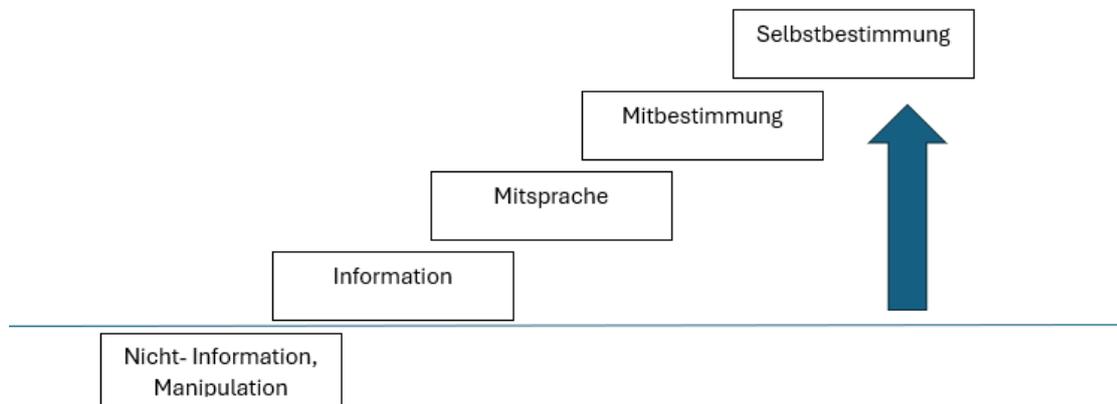


Abbildung 2: Stufen der Partizipation (leicht modifiziert nach Kühn, 2023, S. 123)

Die erste Stufe der Nicht-Information geht davon aus, dass der Mensch in keiner Weise beteiligt wird. Darauf folgen die Stufen der Information, Mitsprache, Mitbestimmung bis hin zur Selbstbestimmung. Die Selbstbestimmung gilt als höchste Stufe. Meist ist im stationären Setting eine Mischung aus verschiedenen Stufen festzustellen (Kühn, 2023, S. 123). Menschen mit einem Trauma haben bisher viele negative Erfahrungen gemacht und wenig Partizipation erlebt. Festzuhalten gilt, dass die Partizipation viele Formen hat, jedoch stets im Alltag beginnt (Weiss, 2021, S. 157).

Der Fachverband Traumapädagogik (2011) sagt, dass sich im Alltag viele Partizipationsmöglichkeiten auf verschiedenen Stufen bieten. Sie können ihren Lebens- und Alltagsraum in allen betreffenden Dingen mitgestalten. Auch das Fachpersonal braucht Mitbestimmung in ihren Arbeitsprozessen sowie den Rahmenbedingungen. Sie sind in die Gestaltung ihres Arbeitsalltags und die damit verbundenen Entscheidungen einbezogen. Zudem muss die Institution regelmässig Gespräche mit dem Fachpersonal über die arbeitsspezifischen Belastungs- und Entlastungsfaktoren führen. Des Weiteren soll das Fachpersonal bei an der Weiterentwicklung der pädagogischen Konzepte mithelfen (S. 8-9).

Die soziale Teilhabe ist ebenfalls ein zentraler Faktor für die Selbstermächtigung (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 8-9). Bei Menschen mit einem Trauma ist nebst der Partizipation auch die soziale Teilhabe wichtig. Jedes Trauma bringt auch ein Gefühl der extremen Einsamkeit mit sich. Erfahrungen der sozialen Teilhabe und einer damit verbundenen sicheren Bindung sind also notwendig für die Traumaheilung (Van der Hart, 2022; zit. in Staub & Seidl, 2024, S. 30).

Weiss (2021) merkt an, dass Kinder, welche ihre traumatischen Erfahrungen verstehen, mehr soziale Teilhabe erreichen können. Dies gelingt ihnen dann besser, da sie Verhaltensstrategien entwickeln können, welche ihnen den Alltag in der Gesellschaft erleichtern (S. 140).

## 5.4 Relevanz der Traumapädagogik im stationären Setting der Behindertenhilfe

Im Kapitel 2.6 zeigte die Autorenschaft bereits die Verbindung zwischen Menschen im AS und dem stationären Setting der Behindertenhilfe auf. Sie beschränkten sich auch auf die spezifischen Diagnosen des ICD-11 (6A02.3, 6A02.5) und auf den Schweregrad 2 und 3 des DSM-5. Folgend wird aufgezeigt, weshalb die Traumapädagogik auch in der Behindertenhilfe relevant ist. Wie bereits erwähnt, gibt es bereits traumapädagogische Standards für die stationäre Kinder- und Jugendhilfe (vgl. Kapitel 5). Für das stationäre Setting der Behindertenhilfe sind bislang noch keine Standards entwickelt worden (Kessler, 2016, S. 236).

Bereits im Kapitel 4 wurde aufgezeigt, dass Menschen im AS ein höheres Risiko für eine Traumatisierung aufweisen als neurotypische Menschen. Menschen mit einer Intelligenzminderung haben eine Schwäche in der Reizverarbeitung. Sie erleben häufiger das Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit als Menschen ohne Intelligenzminderung. Ebenso trägt die Schwäche der Reizverarbeitung zu einer veränderten Wahrnehmung bei (Senckel, 2008; zit. in Kessler, 2016, S. 233). Im Verlaufe des Lebens von einem Menschen mit einer Behinderung haben sie viele Behandlungen, Förder- und Behandlungsmassnahmen über sich ergehen lassen müssen, was auch ein Gefühl der Ohnmacht oder Hilflosigkeit auslösen kann (Kessler, 2016, S. 233-234).

Kühn und Bialek (2017) fassen deshalb zusammen, dass es in der Behindertenhilfe zwingend Wissen über Psychotraumatologie und traumapädagogische Konzepte braucht. Nur so können retraumatisierende Strukturen und Betreuungsverhältnisse verhindert werden. Zudem verhindert dieses Wissen, dass Folgen und Auswirkungen von Traumatisierungen als Symptome der Behinderung interpretiert werden (S. 29-30). Im stationären Setting der Behindertenhilfe werden normalerweise keine psychiatrischen Diagnosen gestellt. Trotzdem ist es wichtig, dass das Fachpersonal über die Symptomatiken traumabezogener Diagnosen Bescheid weiss. Im Alltag können so Beobachtungen gemacht werden. Im Austausch mit therapeutischem Fachpersonal lassen sich wertvolle und sinnvolle pädagogische Interventionen entwickeln (Staub & Seidl, 2024, S. 8).

Zudem ist zu erwähnen, dass das stationäre Setting auch als Risikofaktor für eine Traumatisierung gilt. Kreamer (2020) zeigt auf, dass es beispielweise zu einem Machtmissbrauch seitens des Fachpersonals kommen kann. Ebenfalls ist die strukturelle Gewalt ein Thema (S. 14). Des Weiteren ist das stationäre Setting oft von Fremdbestimmung oder sozialer Isolation geprägt (Senckel, 2011, S. 33). Daraus lässt

sich schliessen, dass durch die Traumapädagogik diese Risiken reduziert werden können, da sie ein tieferes Verständnis für das Verhalten der Klientel fördert. Zudem beeinflusst sie die Einstellung der Institution und des Fachpersonals positiv, was zu mehr Wertschätzung und Verständnis auf allen Ebenen führt.

Kessler (2016) zeigt auf, dass es in der Traumapädagogik allgemeine Haltungen, Methoden und Konzepte gibt. Jedoch ist es wichtig, dass man sich an individuellen Bedürfnissen und Lebensgeschichten orientiert. Aus traumapädagogischer Sicht gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, welche bei Menschen mit einer Behinderung eingesetzt werden können, um Stabilität und Sicherheit zu geben. Bei Menschen mit einer Behinderung geht es in erster Linie darum, Orientierung in der Umwelt und mit dem eigenen Selbst zu schaffen. Dafür kann die Beziehung zwischen dem Fachpersonal und der betroffenen Person als sichere Basis dienen (S. 237). Vorschläge für die Umsetzung der Traumapädagogik in der stationären Behindertenhilfe werden im nächsten Kapitel thematisiert.

## 6 Traumapädagogik in der Arbeit mit Erwachsenen im AS

Menschen im AS haben ein erhöhtes Risiko für Traumatisierungen (vgl. Kapitel 4). Bisher wurde die Traumapädagogik hauptsächlich in der Kinder- und Jugendhilfe angewendet. Durch die präzisere Eingrenzung der Diagnose (vgl. Kapitel 2.2) konnte die Autorenschaft eine deutliche Verbindung zum stationären Setting der Behindertenhilfe aufzeigen. Im Kapitel 5.4 wird die Relevanz der Traumapädagogik in der Behindertenhilfe besonders hervorgehoben.

Im folgenden Kapitel verknüpft die Autorenschaft die gewonnenen Erkenntnisse und zeigt auf, welche allgemeinen Anforderungen für die Umsetzung der Traumapädagogik in der Arbeit mit Erwachsenen im AS im stationären Setting der Behindertenhilfe erforderlich sind. Darüber hinaus werden drei spezifische Konzepte der Traumapädagogik eingehend analysiert. Dabei werden sowohl die Perspektiven des Fachpersonals als auch die der Institution beleuchtet. Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten werden aufgezeigt, um die traumapädagogischen Konzepte an die Bedürfnisse von Menschen im AS anzupassen. Die folgenden Handlungsmöglichkeiten dienen als Anregung und bedarf einer Überprüfung durch eine Forschungsarbeit.

### 6.1 Allgemeine Anforderungen

Um die Traumapädagogik umzusetzen, gibt es für die Institution und das Fachpersonal Anforderungen, welche gewährleistet sein müssen. Beckrath-Wilking et al. (2013) sagen: «Traumapädagogik sollte im Fundament einer Einrichtung verankert sein und nicht als Modebezeichnung und Etikett ohne wirklichen Inhalt verwendet werden» (S. 425). Auch Wübker (2020) merkt an, dass für die erfolgreiche Umsetzung der Traumapädagogik im stationären Setting, sowohl die Institution als auch das Fachpersonal bestimmte strukturelle und persönliche Anforderungen erfüllen müssen (S. 82).

Laut Wübker (2020) muss die Institution einen sicheren und stabilen Rahmen für das Fachpersonal schaffen, um traumapädagogische Standards zu implementieren. Nur so können sie die Klientel entsprechend betreuen und begleiten. Um diesen Rahmen zu gewährleisten, benötigt das Fachpersonal grundlegendes Wissen in den Bereichen Psychotraumatologie, Beziehungs- und Bindungsdynamiken sowie Entwicklungsrisiken und -chancen. Zudem sollten Selbstreflexion und Selbstfürsorge gefördert werden. Um sicherzustellen, dass all diese Anforderungen erfüllt sind, empfiehlt es sich für die Institution, das Fachpersonal traumapädagogisch auszubilden (S. 61-62). Jedoch braucht das Fachpersonal auch Wissen über das AS und den Zusammenhang von Trauma und dem AS (vgl. Kapitel 4). Zudem wird von der Leitung einer Institution Transparenz, Partizipation und Wertschätzung verlangt (Weiss, 2021, S. 300). Die Grundhaltungen der Traumapädagogik (vgl. Kapitel 5.2) sollte auch die Institution beziehungsweise die Leitung verinnerlichen und nicht nur das Fachpersonal, welches direkt mit der Klientel

arbeitet. Des Weiteren braucht das Fachpersonal für die Umsetzung der traumapädagogischen Konzepte genügend zeitliche Ressourcen, welche von der Institution gewährleistet werden müssen. Dadurch, dass Menschen im AS mit der Diagnose 6A02.3 und 6A02.5 (vgl. Kapitel 2.2.1) eine beeinträchtigte oder keine funktionale Sprache haben, sind sie auf verschiedene Kommunikationshilfsmittel angewiesen. Bober (2014) sagt, dass der Gebrauch solcher Hilfsmittel viel Zeit in Anspruch nehmen kann. Die Institution muss sich bewusst sein, dass es oft schneller oder einfacher gehen würde, wenn das Fachpersonal bestimmte Handlungen für das Klientel einfach übernehmen würde (S. 228). Die Autorenschaft hält jedoch fest, dass für die Selbstermächtigung und Partizipation das Übernehmen von Aufgaben der Person selbst ausschlaggebend ist, auch wenn es einen zeitlichen Mehraufwand generiert.

Zusammenfassend zeigen Lang et al. (2013) auf, dass die Traumapädagogik nur funktioniert, wenn auch das Fachpersonal sich ihren Lebenszusammenhang, die eigenen Erwartungen und Voreinstellungen bewusst ist, was die Arbeit an der eigenen Persönlichkeit und eine hohe Selbstreflexion voraussetzt (S. 106). Wübker (2020) erwähnte bereits die Wichtigkeit der Selbstfürsorge und dass auch die Institution zur Selbstfürsorge des Fachpersonals beitragen kann (S. 61). Baierl (2016b) merkt an, dass durch die Selbstfürsorge Risikofaktoren verringert und Resilienzfaktoren erhöht werden, was das Risiko einer sekundär Traumatisierung und Burnout minimiert (S. 126). Kessler (2016) zeigt auf, dass das Fachpersonal, welches mit erwachsenen Menschen mit einer Behinderung zusammenarbeitet, meist mehrere Rollen erfüllt. Sie sind beispielsweise Pflegende, Assistent\*innen und dann doch wieder Erziehende. Da kann es leicht zu einer Rollenkonfusion kommen, was dazu führt, dass das Klientel bevormundet oder überfordert wird. All diese Herausforderungen verlangen ein hohes Mass an Selbstfürsorge und Selbstreflexion (S. 239-240).

Weiter bedarf es die Bereitschaft des Fachpersonals, die Grundhaltungen (vgl. Kapitel 5.2) zu verinnerlichen und sich diesen im pädagogischen Alltag stets bewusst zu sein. Im Alltag die Balance zwischen Sicherheit und Stabilität sowie Unter- und Überforderung zu gewährleisten, erfordert eine besondere Feinfühligkeit des Fachpersonals. Laut Kessler (2016) ist es besonders bei Erwachsenen mit einer Behinderung, welche aber nicht der gesellschaftlichen Vorstellung einer erwachsenen Person entsprechen, wichtig, ihnen auf Augenhöhe und mit Respekt zu begegnen (S. 237-238). Die Klientel muss als Individuum mit seinen Bedürfnissen wahrgenommen werden, was in der Anwendung der Traumapädagogik stets berücksichtigt werden muss. Durch die Beeinträchtigung der Sprache, die Schwierigkeit in der generellen Kommunikation sowie beim Aufrechterhalten von sozialen Interaktionen, ist bei Menschen im AS die Möglichkeit, ihre Bedürfnisse auszudrücken, beschränkt (vgl. Kapitel 4.3). Das Fachpersonal hat hier die Aufgabe, Kommunikationsmittel (vgl. Kapitel 2.6.2) einzusetzen (Bober, 2014, S. 228). Denn jedes traumapädagogische Konzept setzt voraus, dass sich ein Mensch ausdrücken kann.

## 6.2 Pädagogik des sicheren Ortes

Das Konzept von der Pädagogik des sicheren Ortes hat das Ziel, Sicherheit und Stabilität zu schaffen. Es geht darum, einen sicheren inneren Ort zu gewährleisten, was aber nur durch einen sicheren äusseren Ort möglich ist. Um dies zu erreichen, müssen Rahmenaspekte auf verschiedenen Ebenen (vgl. Abbildung 1) erfüllt werden (vgl. Kapitel 5.3.1).

Folgend zeigt die Autorenschaft Aspekte auf, welche für die Umsetzung der Pädagogik des sicheren Ortes im stationären Setting der Behindertenhilfe bei Erwachsenen im AS zentral sind.

### 6.2.1 Anforderungen an das Fachpersonal

Das Fachpersonal spielt beim Konzept des sicheren Ortes eine wichtige Rolle. Das Wichtigste, wie bei allen anderen Konzepten auch, ist die Implementierung der Grundhaltungen (vgl. Kapitel 5.2). Menschen erleben bei einer Traumatisierung den Verlust von Sicherheit der äusseren Welt (Kühn, 2023, S. 35). Deshalb ist es die Aufgabe des Fachpersonals für die Betroffenen einen Raum zu gestalten, welcher ihnen Sicherheit gibt. Baierl (2016c) zeigt auf, dass die Betroffenen einen Lebensraum brauchen, in dem sie klare Grenzen und Strukturen haben. Zudem erwähnt er, dass Routinen und Rituale Sicherheit geben (S. 58). Auch Scherwath und Friedrich (2016) betonen, dass wiederholende Rituale Sicherheit und Ordnung in den Alltag von traumatisierten Menschen zurückbringen. Das Erstellen von Wochenplänen und Tagesabläufen eignen sich dazu besonders gut (S. 173-174). Für Menschen im AS sind Rituale und Routinen ebenfalls sehr wichtig, da sie Schwierigkeiten mit Veränderungen haben. Die TEACCH-Methode (vgl. Kapitel 2.6.2), welche spezifisch für Menschen im AS entwickelt wurde, zielt auf die Strukturierung des Alltags ab und zeigt auf, wie wichtig die Visualisierung bei Menschen im AS ist (Häussler, 2016, S. 51-54). Beispielsweise können dafür die Tagesabläufe visuell strukturiert werden. Es sind deutliche Parallelen zwischen der TEACCH-Methode und der Pädagogik des sicheren Ortes erkennbar. Beide Ansätze zielen darauf ab, Sicherheit und Orientierung zu schaffen und einen vorhersehbaren und transparenten Alltag zu ermöglichen.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass auch der TEACCH-Ansatz viele Gemeinsamkeiten mit der Traumapädagogik aufweist. Der TEACCH-Ansatz verfolgt ebenfalls das Ziel, die Selbstbestimmung, die Selbstständigkeit und die soziale Integration von Menschen im AS zu fördern (vgl. Kapitel 2.6.2). Diese Ziele stimmen mit denen der Traumapädagogik überein. Zudem muss das Fachpersonal das AS verstehen und die Perspektiven der Betroffenen nachvollziehen können. Auch in der Traumapädagogik ist es wichtig, die Handlungen der traumatisierten Menschen zu verstehen und ihr Verhalten unter der Annahme eines guten Grundes zu betrachten.

Wübker (2020) bezieht sich auf den pädagogischen Gruppenalltag. Auch innerhalb der Gruppe ist eine stabile und sichere Atmosphäre für der Klientel wichtig. Zudem ist auch wichtig, das Thema Trauma zu enttabuisieren und einen Raum für Verständnis zu schaffen (S. 57).

Des Weiteren geht es um die Gestaltung der Räumlichkeiten. Genauer wird dies noch im Kapitel 6.3.2 erläutert, da die Institution eine bedeutende Rolle spielt. Jedoch trägt auch das Fachpersonal seinen Beitrag dazu bei. Dabei geht es weniger um die Einrichtung der Räumlichkeiten, sondern um die Gestaltung des Raumes im Sinne der Atmosphäre. Der Fachverband der Traumapädagogik (2011) zeigt auf, dass das Fachpersonal die Aufgabe hat, eine Atmosphäre zu schaffen, welche vorhersehbar und einschätzbar ist, da traumatisierte Menschen vielfach ein Umfeld, welches sich unberechenbar zeigte, erlebt haben (S. 5). Auch Menschen im AS brauchen Vorhersehbarkeit, da Veränderungen für sie herausfordernd sind (vgl. Kapitel 2.2.2). Die Vorhersehbarkeit erreicht das Fachpersonal besonders durch die Grundhaltung der Transparenz. Wahle und Lang (2013) beschreiben, dass die Transparenz innerhalb der Kommunikation, den Abläufen im Alltag und bezüglich der Macht- und Verantwortungsstruktur notwendig ist (S. 118).

Martin Kühn (2023) spricht vom emotional-orientierten Dialog (vgl. Kapitel 5.3.1) und meint damit die Beziehung und Kommunikation zwischen der Klientel und der Fachperson (S. 34). Menschen im AS haben Schwierigkeiten, soziale Interaktionen einzugehen und Kommunikationen aufrecht zu erhalten. Dazu kommt, dass ihre funktionale Sprache eingeschränkt oder gar nicht vorhanden ist (vgl. Kapitel 2.2.1 und 2.3). Kühn (2023) sagt, dass das Fachpersonal die Aufgabe hat, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, um mit ihnen kommunizieren zu können (S. 35-39). Daraus lässt sich schliessen, dass die Anwendung von Hilfsmitteln in der Kommunikation in der Traumarbeit mit Menschen im AS unausweichlich ist. Die Autorenschaft hält fest, dass es die Aufgabe des Fachpersonals ist, diese zur Verfügung zu stellen. Zudem müssen beispielsweise die Bildkarten bei PECS (vgl. Kapitel 2.6.2) so angepasst sein, dass sie die Lebensbelastung und Folgen sowie die damit verbundenen Gefühle zum Ausdruck bringen.

## 6.2.2 Institutionelle Voraussetzungen

Die Institution hat die Aufgabe, einen äusseren sicheren Ort zu gewährleisten (Wübker, 2020, S. 56). In Abbildung 1 (vgl. Kapitel 5.3.1) ist zu erkennen, dass die Institution einerseits die Aufgabe hat, einen sicheren Ort für die Traumabetroffenen zu gestalten und andererseits einen geschützten Handlungsraum für das Fachpersonal zu gewährleisten.

Für einen sicheren Ort innerhalb einer Institution braucht es finanzielle Mittel, welche ermöglichen, die passenden Räumlichkeiten und Infrastrukturen zur Verfügung zu stellen. Der Fachverband Traumapädagogik (2011) merkt an, dass die Einrichtung einer Institution den Rahmen bildet, damit die traumapädagogische Haltung und die Konzepte gelebt werden können (S. 13).

Die Einrichtung einer Institution muss diverse Punkte erfüllen, um als äusseren sicheren Ort zu gelten. Zum einen empfehlen Schwerwath und Friedrich (2016), dass die Ausstattung freundlich sein soll, damit ein heilender Raum entstehen kann (S. 79-80). Da eine Grundhaltung der Traumapädagogik die Partizipation ist (vgl. Kapitel 5.2.3), ist es sinnvoll, wenn der Klientel die Räumlichkeiten mitgestalten kann. Da Menschen im AS mit Intelligenzminderung über eine verringerte oder keine funktionale Sprache verfügen, empfiehlt es sich für die Partizipation, die unterstützende Kommunikation beizuziehen, wie beispielsweise PECS (vgl. Kapitel 2.6.2). Des Weiteren sind Menschen im AS schneller reizüberflutet und können die Reize nicht so einfach ausblenden (Eckert, 2022, S. 29). Die Räumlichkeiten sollten reizarm gestaltet sein, um eine Reizüberflutung möglichst zu verhindern. Beispielsweise könnte das Fachpersonal darauf achten, dass wenige Dekorationen und Pflanzen vorhanden sind.

Neben den gemeinsamen Räumlichkeiten auf einer Wohngruppe sind die persönlichen Räumlichkeiten zentral. Schwerwath und Friedrich (2016) sagen, dass in Rückzugsorten die Privatsphäre sowie persönliche Gegenstände wichtig sind, um ein Gefühl der Sicherheit zu entwickeln (S. 80-81). Auch der Fachverband Traumapädagogik (2011) zeigt auf, dass die Klientel ein Einzelzimmer benötigen. Zudem sei es wichtig, dass bei der Gestaltung der Räumlichkeiten auf mögliche Triggerpunkte geachtet wird und diese wenn möglich vermieden werden (S. 14). Da Menschen im AS bei Reizen schneller überfordert sind als neurotypische Menschen, ist ein Rückzugsort wie beispielsweise ein eigenes Zimmer für sie noch zentraler, um zur Ruhe zu kommen. Der neurologische Erklärungsansatz der Intense World Theory (vgl. Kapitel 2.4.4) geht davon aus, dass das Gehirn von Menschen im AS ständig überreizt ist und somit zu einer intensiven Sinneswahrnehmung führt. Auch dies zeigt auf, dass eine reizarme Umgebung notwendig ist.

Menschen im AS reagieren also stärker auf sensorische Reize (Teufel und Soll, 2021, S. 19-20). Mertens (2020) sagt, dass die sogenannten Snoezelen-Räume einen Ort bieten, welche die Sinne anregen und zur Entspannung in stressigen Situationen beitragen. Durch den warmen, gemütlichen Raum mit verschiedenen Lichteffekten, Musik und Gerüchen soll bei Menschen ein Wohlbefinden ausgelöst werden. Meist wird der Snoezelen-Raum für deeskalierende Zwecke genutzt, jedoch lohnt es sich, diesen Raum auch zur generellen Entspannung oder Abwechslung im Alltag zu nutzen (S. 163-164). Die Institution hat also die Aufgabe, Räumlichkeiten sowie die finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen, damit ein solcher Snoezelen-Raum ermöglicht werden kann. Dabei muss aber darauf geachtet werden, dass es nicht zu viele Reize sind. Hier gilt es die richtige Balance zu finden. Optimal ist es, wenn der Raum eine vielseitige Grundausstattung hat und je nach Klientel individuell angepasst werden kann.

Eine weitere Voraussetzung für die Institution, um einen sicheren Ort für Traumabetroffene zu ermöglichen, ist die Konstanz. Je höher der Schweregrad bei Menschen im AS eingestuft wird, desto grössere Schwierigkeiten mit Veränderungen sind erkennbar (vgl. Tabelle 1). Zudem sind bei Menschen im AS die exekutiven Funktionen wenig entwickelt. Diese Funktion ist zum einen dafür verantwortlich, dass

man auf ständige Veränderungen der Umgebung angemessen reagieren kann, was bei Menschen im AS nicht der Fall ist (vgl. Kapitel 2.4.2). Die Institution muss sich dessen bewusst sein und darauf achten, dass eine möglichst grosse Konstanz in der Umgebung sowie beim Fachpersonal besteht. Um einen hohen Personalwechsel zu verhindern, ist die Ebene des geschützten Handlungsraumes (vgl. Abbildung 1) ausschlaggebend. Dafür braucht es eine flache Hierarchie, gute Personalplanung, erhöhte Fachkompetenzen und die Förderung der Selbstfürsorge des Fachpersonals (Wübker, 2020, S. 62-63).

Das Fachpersonal im stationären Setting der Behindertenhilfe ist täglich mit HEVE konfrontiert. Diese können durch Traumafolgestörungen oder auch durch die Merkmale vom AS auftreten. Die Aufgabe einer Institution ist, das Fachpersonal zu schützen, um sekundär Traumatisierungen (vgl. Kapitel 3.1) oder ein Burn-out zu verhindern, damit ein Team möglichst konstant bleibt. Damit ein geschützter Handlungsraum besteht, braucht es laut Baierl (2016b) einerseits passende Räumlichkeiten zur Erholung und geeignetes Arbeitsmaterial, welches den Arbeitsalltag erleichtern. Zudem muss die Institution regelmässige Weiterbildungen und Supervisionen ermöglichen (S. 122-123). Beispielsweise sind Weiterbildungen zum Thema Trauma oder dem AS hilfreich, um das Verhalten der Klientel besser zu verstehen. Des Weiteren erklärt Baierl (2016b), dass klar formulierte Konzepte und verlässliche Regeln den Arbeitsalltag erleichtern. Wichtige Konzepte sind beispielsweise Konzepte zu Nähe und Distanz oder Regelungen wie in Notfällen und Krisen gehandelt wird (S. 122-123). All dies ermöglicht einen geschützten Handlungsraum für das Fachpersonal.

## 6.3 Bindungsorientierung

Die Bindungsorientierung ist in der pädagogischen Arbeit im stationären Setting der Behindertenhilfe zentral. Menschen, welche traumatisiert sind, haben meistens auch negative Bindungserfahrungen erlebt und zeigen deshalb keine sichere Bindung. Bei der Bindungsorientierung geht es darum, dass möglichst viele neue positive Bindungserfahrungen geschaffen werden (vgl. Kapitel 5.3.2). Folgend zeigt die Autorenschaft auf, was das Fachpersonal sowie die Institution dazu beitragen können.

### 6.3.1 Anforderungen an das Fachpersonal

Bindungspersonen sind zu jeder Zeit des Lebens wichtig. Sie geben Stabilität sowie ein Gefühl der inneren Sicherheit (Gahleitner et. al, 2016, S. 115). An Bindungspersonen orientiert man sich bei Unsicherheiten (Levine, 2011, S. 183). Menschen mit Traumata haben oft erlebt, dass sie sich nicht auf Bezugspersonen verlassen können und haben deshalb ein unsicheres Bindungsmuster (vgl. Kapitel 5.3.2) oder als Folge sogar eine Bindungsstörung (vgl. Kapitel 3.3.3) entwickelt (Brisch, 2023, S. 141). Menschen im AS, welche im stationären Setting der Behindertenhilfe leben, haben nach wie vor das Bedürfnis nach Bindung. Somit übernimmt das Fachpersonal auch die Rolle der Bindungsperson.

Das Fachpersonal kann eine sichere Bindung fördern, indem sie neue positive Bindungserfahrungen schaffen (T. Lang, 2016, S. 187). Positive Bindungserfahrungen können beispielsweise durch das Konzept der Feinfühligkeit (vgl. Kapitel 5.3.2) erreicht werden. Das Fachpersonal zeigt ein feinfühliges Interaktionsverhalten. Dies bedeutet, dass Signale der Klientel gesehen werden und umgehend eine Reaktion des Fachpersonals darauffolgt (Brisch, 2023, S. 133). Ein weiterer Teil des Konzeptes der Feinfühligkeit ist die dialogische Sprache, was einen wertschätzenden Ton sowie Blickkontakt und Körpersprache beinhaltet (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 92). Zu Bedenken ist, dass Menschen im AS Mühe haben, Blickkontakt aufrecht zu erhalten (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S. 13). Generell können Menschen im AS in der Behindertenhilfe erschwert oder nicht durch die verbale Sprache kommunizieren. Das Fachpersonal muss also Möglichkeiten schaffen, um mit der Klientel zu kommunizieren. Dafür eignen sich die unterstützende Kommunikation wie PECS oder die TEACCH-Methode (vgl. Kapitel 2.6.2). PECS ermöglicht den Menschen im AS sich mittels Bildkarten auszudrücken und ihre Bedürfnisse mitzuteilen (Kamp-Becker & Bölte, 2021, S. 87).

Auch der Fachverband der Traumapädagogik (2011) zeigt die Relevanz der sozialen Interaktion für einen Beziehungsaufbau auf. Es gilt, den Traumabetroffenen die Angst vor Beziehungsangeboten zu nehmen. Dafür muss das Fachpersonal mit sicherheitsfördernden Botschaften kommunizieren und den Betroffenen stets erklären, wie und warum sie so handeln. Zudem empfehlen sie einen zuverlässigen Einzelkontakt und verlässliche Bezugspersonen (S. 10-11). Um eine Bindung zu Menschen im AS aufzubauen, bedarf es Wissen über die Merkmale sowie den neuropsychologischen Erklärungsansätzen vom AS. Teufel und Soll (2021) zeigen auf, dass Menschen im AS eine niedrige sozio-emotionale Gegenseitigkeit zeigen (S. 16). Die Ursache liegt beim neuropsychologischen Erklärungsansatz der ToM (vgl. Kapitel 2.4.1). All dieses Wissen gilt es also beim Beziehungsaufbau mit Menschen im AS zu berücksichtigen. Sie haben nicht nur negative Beziehungserfahrungen gemacht, sondern aufgrund ihrer Diagnose eine zusätzliche Hürde.

Das Fachpersonal muss also auch gescheiterte Beziehungsversuche hinnehmen und ihnen immer mit der Annahme des guten Grundes begegnen. Scherwath und Friedrich (2016) zeigen auf, dass bei HEVE allzu oft mit Time-out-Ansätzen reagiert wird. Wenn jedoch davon ausgegangen wird, dass die Verhaltensweise einen Ausdruck der inneren Not ist, sollte das Fachpersonal in solchen Situationen eher mit einer «Time-Intensive» reagieren, was bedeutet die Präsenz zu verstärken (S. 93). Um die Beziehung zu stärken, eignet sich generell die Bezugspädagogenstunde, was zudem auch den Beziehungsaufbau fördert. Unter Bezugspädagogenstunde ist zu verstehen, dass sich die Bezugsperson mehrmals in der Woche Zeit nimmt, um diese gezielt mit der Klientel zu verbringen (Wübker, 2020, S. 63-65).

### 6.3.2 Institutionelle Voraussetzungen

Die Bindungsorientierung in der pädagogischen Arbeit betrifft hauptsächlich das Fachpersonal. Jedoch kann auch die Institution ihren Beitrag leisten, damit die Bindungsorientierung im stationären Setting der Behindertenhilfe realisierbar ist. Die Institution kann mit verschiedenen Aspekten die Beziehungsgestaltung fördern oder auch hindern.

Bereits im Kapitel 6.2.2 zeigt die Autorenschaft auf, dass Kontinuität respektive das Verhindern von zu viel Personalwechsel wichtig ist. Zum einen ist dies wichtig, damit ein sicherer Ort entstehen kann und zum anderen ist es ausschlaggebend für den Aufbau einer Beziehung zwischen der Klientel und des Fachpersonals. Bei der Bindungsorientierung gelten die gleichen Aspekte zur Verhinderung des Personalwechsels, wie beim Konzept des sicheren Ortes (vgl. Kapitel 6.2.2). T. Lang (2013) sagt, dass es die Aufgabe der Institution ist, eine Beziehungskontinuität zu ermöglichen und der Klientel zu zeigen, dass ihr Platz auf der Wohngruppe auch in Krisenzeiten sicher ist und es nicht zu einem weiteren Beziehungsabbruch kommt. Ebenfalls muss sich die Institution bewusst sein, dass eine Bindungsentwicklung Zeit braucht. Diese zeitlichen Ressourcen müssen gewährleistet werden (S. 209). Da Menschen im AS Schwierigkeiten mit der sozialen Interaktion und Kommunikation haben, braucht es demnach mehr Zeit, um eine Beziehung aufzubauen. Theunissen (2022) zeigt zudem auf, dass HEVE beispielsweise durch unzureichende Dialoge in der Kindheit verursacht werden und die Menschen im AS deshalb kein Urvertrauen aufbauen konnten. Andererseits kann der Mensch im AS in seinem Leben mangelnde Unterstützung erlebt haben (S. 92-95). Beides erschwert einen Beziehungsaufbau zusätzlich und muss der Institution bewusst sein.

Wie schon erwähnt, brauchen traumatisierte Menschen wie auch Menschen im AS Kontinuität. Scherwath und Friedrich (2016) empfehlen deshalb, dass die Institution die Arbeitspläne so gestaltet, dass jeweils die gleiche Fachperson am gleichen Tag arbeitet. Somit kann eine verlässliche und längerfristige Beziehung entstehen (S. 76). Anzumerken ist, dass dies Institutionen vor grosse Herausforderungen aufgrund von Personalmangel oder Krankheiten stellen kann. Da laut Wübker (2020) die Traumapädagogik mit dem Bezugspersonensystem arbeitet, liegt die Verantwortung bei der Institution, dies umzusetzen. Dieses System wird benötigt, da so eine tragfähige Beziehung gestaltet werden kann (S. 63).

### 6.4 Konzept der Selbstermächtigung

Das Konzept der Selbstermächtigung zielt darauf ab, dass traumatisierte Menschen sich als selbstwirksam empfinden (vgl. Kapitel 5.3.3). Weiss (2021) sagt, dass es um das Selbstverstehen und um die Selbstregulation geht (S. 138). In der traumatischen Situation haben sich die Betroffenen nicht als selbstwirksam erlebt. Zudem schränkt eine Traumatisierung die Entwicklung eines positiven Selbstbildes ein (Weiss, 2016a, S. 93-94). Das Konzept fördert das Selbstverstehen, die Emotionsregulation, die

psychische und physische Widerstandsfähigkeit, die Körper- und Sinneswahrnehmung sowie die Selbstregulation, die Partizipation und die soziale Teilhabe (vgl. Kapitel 5.3.3). Folgend wird erklärt, was das Fachpersonal sowie die Institution für die Umsetzung des Konzeptes im stationären Setting der Behindertenhilfe voraussetzen müssen.

#### 6.4.1 Anforderungen an das Fachpersonal

Das Konzept der Selbstermächtigung hat das Ziel, den Menschen zu neuen Erfahrungen zu verhelfen, wodurch sie sich selbstwirksam empfinden und lernen, sich selbst zu verstehen sowie regulieren zu können (vgl. Kapitel 5.3.3). Damit sich Menschen selbst besser verstehen können, muss ihnen nähergebracht werden, was in ihnen bei einer Traumatisierung oder einer Stresssituation passiert (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 7). Auch Scherwath und Friedrich (2016) beschreiben die Psychoedukation als wichtiger Bestandteil in der Arbeit mit traumatisierten Menschen (S. 125). Bei Menschen im AS mit Trauma lohnt es sich ebenfalls, die Diagnose AS zu erklären. Dies muss immer Adressat\*innen gerecht geschehen. Dabei kann das Fachpersonal die unterstützende Kommunikation wie zum Beispiel PECS (vgl. Kapitel 2.6.2) zur Unterstützung nutzen.

Die Emotionsregulation ist ebenfalls ein wichtiger Teil der Selbstermächtigung. Menschen mit einem Trauma haben meist viele negative Emotionen erlebt (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 6). Menschen im AS haben generell Schwierigkeiten, die Emotionen des Gegenübers wahrzunehmen, was an der weniger entwickelten ToM (vgl. Kapitel 2.4.1) liegt. Wolf (2020) erklärt zudem, dass Menschen im AS ihre Gefühle oftmals nicht so ausdrücken können, damit es das Gegenüber versteht und erst dann gesehen werden, wenn es sich als Folge von HEVE zeigt. Daraus lässt sich schliessen, dass das Fachpersonal Möglichkeiten schaffen soll, damit der Klientel lernt Emotionen auszudrücken. Beispielsweise kann dies durch Emotionsbälle oder Emotionskarten gemeinsam geübt werden.

Des Weiteren geht es darum, die psychische sowie physische Widerstandsfähigkeit zu fördern. Damit ist gemeint, dass die Stärken und vorhandenen Fähigkeiten gesehen werden und dem Menschen selber bewusst sind (Fachverband Traumapädagogik, 2011, S. 8). Die Ressourcenorientierung ist zentral für die Stabilität (Scherwath und Friedrich, 2016, S. 101). Daraus lässt sich schliessen, dass das Fachpersonal die Aufgabe zur Ressourcenerkundung und der Klientel die Stärken aufzuzeigen hat, damit sie sich als selbstwirksamer erleben. Um sich selbstwirksam zu empfinden, muss man die Möglichkeit bekommen, Handlungen selbst auszuprobieren. Dazu braucht es Vertrauen und Geduld seitens des Fachpersonals.

Um die Körper- und Sinneswahrnehmung zu fördern, muss ein Raum für solche Erfahrungen geschaffen werden. Weiss (2021) zeigt deutlich, dass die Selbstregulation nur durch das Wahrnehmen der Körperempfindungen möglich ist (S. 150). Der Fachverband Traumapädagogik (2011) formuliert einen klaren

Auftrag an das Fachpersonal, welcher lautet, dass es ihre Aufgabe ist, Sinnes- und Körperwahrnehmungen im Alltag zu schaffen (S. 8). Die basale Stimulation ist eine Möglichkeit bei Menschen mit Behinderung die Sinne anzuregen. Das Fachpersonal kann durch körperliche Nähe, Berührung von unterschiedlichen Materialien und passiven Bewegungen, wie beispielsweise das Schaukeln, die Sinnesreize aktivieren (Fröhlich, 2015, S. 98). Der Snoezelen-Raum (vgl. Kapitel 6.2.2) ist ebenfalls eine Möglichkeit der basalen Stimulation. Zudem eignen sich Bewegungs- und Entspannungsübungen. Menschen im AS in der stationären Behindertenhilfe sind täglich auf Unterstützung angewiesen und können somit nur in Abhängigkeit vom Fachpersonal ein Körpergefühl entwickeln. Die Körper- und Sinneswahrnehmung fördert die Selbstregulation. Die exekutiven Funktionen sind zentral für die Selbstregulation des menschlichen Verhaltens (Eckert, 2022, S. 29). Bei Menschen im AS sind die exekutiven Funktionen (vgl. Kapitel 2.4.2) weniger entwickelt, weshalb es fraglich ist, wie stark die Selbstregulation möglich ist.

Der letzte Punkt, welcher beim Konzept der Selbstermächtigung zu fördern gilt, ist die Partizipation. Die Partizipation gehört zu den Grundhaltungen der Traumapädagogik (vgl. Kapitel 5.2.3). Weiss (2021) zeigt auf, dass Menschen sich durch Partizipation selbstwirksam empfinden und ihr Leben steuern können (S. 157-158). Kühn (2023) beschreibt verschiedene Stufen der Partizipation. Der Fokus im pädagogischen Alltag liegt auf den Stufen der Information, Mitsprache, Mitbestimmen und erreicht im Optimalfall Stufe der Selbstbestimmung (vgl. Abbildung 2) (S. 123). Anzumerken gilt, dass bei Menschen im AS im stationären Setting der Behindertenhilfe die Partizipation und die soziale Teilhabe beschränkt ist. Da sie auf Unterstützung angewiesen sind besteht auch immer eine Abhängigkeit zum Fachpersonal. Da der Unterstützungsbedarf nicht einfach verschwindet, liegt es am Fachpersonal, Möglichkeiten im Alltag zu schaffen, um eine möglichst hohe Stufe der Partizipation zu erreichen. Schon bei Kleinigkeiten können die Mitbestimmung oder sogar die Selbstbestimmung ermöglicht werden. Beispielsweise kann der Klientel die Kleidung entscheiden oder wählen, was es zu essen gibt. Damit dies möglich ist, muss die Kommunikation mit PECS (vgl. Kapitel 2.6.2) oder anderen Hilfsmitteln gewährleistet sein.

#### 6.4.2 Institutionelle Voraussetzungen

Beim Konzept der Selbstermächtigung ist die Institution dafür verantwortlich, die Grundlagen zu schaffen, worauf das Fachpersonal agieren kann. Es geht also um das Ermöglichen von finanziellen, materiellen, räumlichen und zeitlichen Ressourcen.

Um die Selbstwahrnehmung sowie die Körper- und Sinneswahrnehmung der Klientel zu fördern, empfehlen sich sensorische Übungen. Diese könne beispielsweise Fühlkästen, Barfußpfade oder das Formen von Materialien, wie Ton sein (Dabbert, 2017, S. 142). Ebenfalls wurde im Kapitel 6.3.2 bereits der Snoezelen-Raum erwähnt. Diese Räumlichkeit kann ebenfalls zur Wahrnehmung des Selbst beitragen.

Jedoch ist wichtig zu beachten, dass es für die Menschen im AS nicht zu viele Reize sind. Diese Räumlichkeiten und Materialien müssen von der Institution bereitgestellt werden.

Des Weiteren spielt im Konzept der Selbstermächtigung die Partizipation eine wichtige Rolle. Im institutionellen Setting sind klare Abläufe und Regelungen Alltag. Beispielsweise ist der Ablauf auf einer Wohngruppe meist klar durchgetaktet und die Essens- sowie Bettgehzeiten sind vorgegeben (Senckel, 2011, S. 34). Die höchste Stufe der Partizipation ist die Selbstbestimmung (Kühn, 2023, S. 123). Daraus lässt sich schliessen, dass die Institution genügend zeitliche und personelle Ressourcen zur Verfügung stellen muss, damit die Individualität und die Selbstbestimmung im Alltag umgesetzt werden können. Menschen im AS mit dem Schweregrad 2 und 3 (vgl. Kapitel 2.2.2) sind auf ausführliche Unterstützung angewiesen und benötigen Hilfsmittel zur Kommunikation. Auch hier muss die Institution die Hilfsmittel für die Kommunikation ermöglichen, damit der Klientel zu Selbstbestimmung verholfen werden kann. Festzuhalten ist, dass Menschen im AS in der Behindertenhilfe immer auf Unterstützung angewiesen sein werden und deshalb ihre Abhängigkeit von anderen weiterhin bestehen bleibt, auch wenn Traumafolgen überwunden werden können.

Soziale Teilhabe ist wichtig für die Heilung nach einem Trauma, da solche Erfahrungen ein grosses Gefühl der Einsamkeit mit sich bringen (Van der Hart, 2022; zit. in Staub & Seidl, 2024, S. 30). Im besten Fall hat die Institution in ihrem Leitbild das Ermöglichen der sozialen Teilhabe, die Integration oder sogar der Inklusion verankert. Die Institution sollte sich in der Gesellschaft sowie in der Politik für die soziale Teilhabe von Menschen im AS engagieren und Möglichkeiten der Begegnung für der Klientel im Alltag schaffen. Dies kann beispielsweise durch ein öffentliches Kaffee oder das Organisieren von Aktivitäten für die Öffentlichkeit gewährleistet werden.

## 7 Schlussfolgerung

Im letzten Kapitel der vorliegenden Bachelorarbeit beantwortet die Autorenschaft, die im Kapitel 1.3 formulierten Fragestellungen anhand der gewonnenen Erkenntnisse. Des Weiteren wird ein Fazit für die berufliche Praxis gezogen. Anschliessend folgt der Ausblick, welcher mögliche Anschlussarbeiten und Forschungslücken aufzeigt.

### 7.1 Beantwortung der Fragestellungen

Um die übergeordnete Fragestellung zu beantworten, werden die Hauptfragestellungen und die Praxisfrage nochmals aufgegriffen und konkret erläutert.

#### **Hauptfrage 1**

Was ist das Autismus-Spektrum und wie zeigt sich das klinische Bild?

Das AS wird als Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung eingestuft. Die ICD-11 differenziert das AS nach verschiedenen Störungsbildern, wobei insbesondere das Vorhandensein einer Intelligenzminderung oder einer funktionalen Sprachstörung von Bedeutung ist. Während die ICD-11 die Diagnose vom AS genauer klassifiziert, konzentriert sich der DSM-5 detaillierter auf die Merkmale, die für eine AS-Diagnose relevant sind. Der DSM-5 unterscheidet zudem verschiedene Schweregrade.

Menschen im AS weisen Defizite in der wechselseitigen sozialen Interaktion auf. Sie zeigen eine niedrige sozio-emotionale Gegenseitigkeit und haben Schwierigkeiten, sich in andere Menschen einzufühlen. Darüber hinaus ist die Kommunikation für Menschen im AS herausfordernd. Sie verstehen oft nur das gesprochene Wort und sehen Kommunikation primär als Mittel zur direkten Informationsvermittlung. Nonverbale Kommunikation ist für sie meist unverständlich. Starre und wiederkehrende Verhaltensmuster gehören ebenfalls zu den beobachtbaren Merkmalen des AS. Veränderungen sind für sie eine grosse Herausforderung. Die Ausprägung der Merkmale kann je nach Kontext unterschiedlich sein.

Die neuropsychologischen Erklärungsansätze beschreiben die Besonderheit des Wahrnehmens und Denkens von Menschen im AS und erklären auch die beobachtbaren Merkmale. Die ToM beschreibt die Fähigkeit, sich in andere Menschen hineinzusetzen. Bei Menschen im AS ist diese Fähigkeit weniger entwickelt und dies führt zu Schwierigkeiten in den sozialen Interaktionen. Die exekutiven Funktionen sind für die Selbstregulation und angepasstes Verhalten in bestimmten Situationen verantwortlich. Bei einer exekutiven Dysfunktion, wie es bei Menschen im AS oftmals der Fall ist, ist die Reaktionshemmung und die Flexibilität eingeschränkt. Des Weiteren ist die zentrale Kohärenz dafür verantwortlich, dass Informationen in einem zusammenhängenden Ganzen gesehen werden können. Menschen im AS fixieren sich von Anfang an auf eine Einzelheit, was verhindert, das Grosse und Ganze zu

erkennen. Die Intense World Theory würde das Phänomen des AS fast vollständig erklären. Sie geht davon aus, dass das Gehirn von Menschen im AS eine ständige neuronale Überreizung aufweist, was zu einer intensiveren Sinneswahrnehmung führt. Dies kann die autismusspezifischen Denkprozesse und Verhaltensweisen erklären.

Die Ursache für das AS sind biologisch-genetische Faktoren. Verschiedene Gene können als Ursache gesehen werden. Des Weiteren sind Veränderungen in der Amygdala zu beobachten. Daraus lässt sich schliessen, dass sich das AS bereits vor der Geburt entwickelt. Umweltfaktoren wie beispielsweise die Einnahme von Medikamenten, können das Risiko für ein AS erhöhen. Psychosoziale Faktoren nach der Geburt beeinflussen den Schweregrad, gelten jedoch nicht als Ursache für ein AS.

## **Hauptfrage 2**

Was ist unter Trauma und Traumafolgestörungen zu verstehen?

Die Psychotraumatologie untersucht die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung von seelischen Verletzungen. Dafür wird der Begriff Trauma verwendet. Die Psychologie versteht unter einem Trauma eine Verletzung der menschlichen Psyche. Dabei kann eine traumatische Situation nicht mehr mit den üblichen Anpassungs- und Bewältigungsstrategien gelöst werden. Traumata können in verschiedene Typen unterteilt werden. Dabei gibt es das Bindungstrauma, Trauma durch körperliche Erkrankungen und medizinische Eingriffe, Monotrauma, Mehrfachtrauma, Traumatisierungen bei organisierten und ritualisierten Gewaltstrukturen sowie sekundäre Traumatisierungen und Mikrotrauma.

Wenn ein Mensch ein Trauma nicht überwinden kann, führt dies zu Traumafolgestörungen. Dabei gibt es einerseits die PTBS. Laut der ICD-11 kann eine PTBS entwickelt werden, wenn ein Mensch einem extrem bedrohlichen Ereignis ausgesetzt ist. Die PTBS besteht aus drei Symptomen. Dazu gehört das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, die posttraumatische Vermeidung und die Übererregung. Diese Symptome führen zu Einschränkungen in sozialen, beruflichen oder familiären Lebensbereichen und dauern mehrere Wochen an.

Weiter gibt es die komplexe PTBS. Diese entsteht, wenn eine Person extremen bedrohlichen Ereignissen ausgesetzt ist, denen man nur schwer entkommen kann. Bei einer komplexen PTBS müssen die drei Symptome einer PTBS gegeben sein. Zudem haben Menschen mit einer komplexen PTBS Schwierigkeiten, Gefühle und Körperzustände zu regulieren und sie zeigen Schwierigkeiten im Bindungsverhalten. Diese Symptome führen zu starken Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen und dauern mehrere Wochen an.

Traumatische Erlebnisse, besonders mit Bezugspersonen können zu einer Bindungsstörung führen. Dabei wird zwischen der reaktiven Bindungsstörung und der Störung der sozialen Bindung mit enthemmten Verhalten unterschieden. Bei der reaktiven Bindungsstörung wenden sich Kinder bei Trost oder

Unsicherheiten nicht an die primäre Bezugsperson. Der DSM-5 nennt weitere Merkmale, wie Verzögerung der sprachlichen und kognitiven Entwicklung sowie Stereotypien, welche auftreten können. Deswegen ist es wichtig, die reaktive Bindungsstörung vom AS abzugrenzen. Bei der Bindungsstörung der sozialen Bindung mit enthemmten Verhalten zeigen Kinder gegenüber Fremden zu grosses Vertrauen und sie gehen wahllos auf Erwachsene zu.

### **Hauptfrage 3**

Welche Verbindung besteht zwischen dem Autismus-Spektrum und Traumata?

Gemäss der heutigen Forschung sind Menschen im AS einem erhöhten Risiko für Traumatisierungen ausgesetzt. Zudem ist die Differenzialdiagnostik erschwert, da Trauma und das AS ähnliche Symptome zeigen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass bei Traumata und beim AS die gleichen Hirnregionen, wie zum Beispiel die Amygdala und der Frontallappen, betroffen sind. Aufgrund der erschwerten Differenzialdiagnostik kann es zu «diagnostic overshadowing» kommen, indem die Symptome eines Traumas der Diagnostik vom AS zugeschrieben werden.

Menschen im AS haben erhöhte Risikofaktoren, Traumafolgestörungen zu entwickeln. Darunter zählen beispielsweise die Einschränkungen in der Sprachfähigkeit, der zentralen Kohärenz und der ToM. Zudem weisen Menschen im AS weniger Schutzfaktoren auf. Da gerade Menschen im AS mit einer Intelligenzminderung im stationären Bereich der Behindertenhilfe leben, kann das Fachpersonal versuchen, den Schutzfaktor des Umfelds zu stärken. Dabei können Ansätze wie TEACCH oder PECS hilfreich sein.

### **Hauptfrage 4**

Was ist unter Traumapädagogik zu verstehen und welche Konzepte gibt es?

Die Traumapädagogik entwickelte sich aus der Psychotraumatologie und wurde ursprünglich zur Unterstützung im pädagogischen Alltag der Kinder- und Jugendhilfe konzipiert. Grundsätzlich kann die Traumapädagogik auch als Haltung verstanden werden. Dem Fachpersonal sowie der Institution wird in der Traumapädagogik eine grosse Rolle beigemessen. Der Fachverband für Traumapädagogik gründete eine Arbeitsgruppe, um Standards für Einrichtungen zu entwerfen, die zur Orientierung und Qualitätssicherung dienen. Diese Standards umfassen sowohl die Förderung der Selbstwirksamkeit und der Selbstermächtigung als auch die institutionellen und persönlichen Voraussetzungen sowie die interdisziplinäre Vernetzung. Ein weiterer Bestandteil der Standards sind die Grundhaltungen der Traumapädagogik. Diese umfassen: die Annahme des guten Grundes, Wertschätzung, Partizipation, Transparenz sowie Spass und Freude. Zur Umsetzung dieser Standards gibt es verschiedene Konzepte, die deren Anwendung in der Praxis ermöglichen. Drei davon wurden in dieser Bachelorarbeit genauer erläutert. Das Konzept der Pädagogik des sicheren Ortes, die Bindungsorientierung und das Konzept der Selbstermächtigung haben alle einen unterschiedlichen Schwerpunkt. Jedoch haben alle das Ziel, den Alltag von traumatisierten Menschen so zu gestalten, damit ein selbstbestimmtes Leben wieder möglich ist.

Das Konzept der Pädagogik des sicheren Ortes zielt darauf ab, sowohl äussere als auch innere Sicherheit für Kinder zu schaffen. Traumatisierungen können das Selbst- und Weltverständnis erschüttern und zu einem Verlust innerer Sicherheit führen. Dieses Konzept beinhaltet Ansätze, um für die Institutionen und dem Fachpersonal einen sicheren äusseren Ort wieder herzustellen. Für das Fachpersonal ist ein emotional-orientierter Dialog entscheidend, um einen sicheren Ort zu gewährleisten. Dies beinhaltet transparentes Handeln bei Abläufen und Regelungen. Es ist wichtig, dass das Fachpersonal Verhaltensweisen nicht als Provokation betrachtet, sondern mit der Grundhaltung der Annahme des guten Grundes sieht, wodurch das Verhalten als Lösung eines Problems der betroffenen Person verstanden wird. Zusätzlich liegt es in der Verantwortung der Institution, einen sicheren Ort zu gestalten, der sich auf die räumliche Ausstattung konzentriert. Kinder benötigen persönliche Schutzräume sowie Räumlichkeiten, die Sicherheit und Stabilität vermitteln. Schliesslich umfasst das Konzept auch den geschützten Handlungsraum für das Fachpersonal, wobei die Institution sicherstellen muss, dass sie vor Überforderung geschützt sind und mit einer wertschätzenden Haltung behandelt werden.

Die Bindungsorientierung strebt danach, positive Bindungserfahrungen zu fördern. Dies unterstützt Kinder dabei, Vertrauen in sich selbst und ihre Umwelt aufzubauen. Eine sichere Bindung gilt als Schutzfaktor vor weiteren Traumatisierungen, während eine Bindungsstörung eine häufige Traumafolgestörung darstellt. Das Konzept der Bindungsorientierung betont die Notwendigkeit für das Fachpersonal, diese Bindungen mit viel Empathie, Geduld und Feingefühl zu stabilisieren. Es gibt verschiedene Ansätze für eine bindungsorientierte Kommunikation und Intervention. Zum Beispiel ist es entscheidend, regelmässige Einzelsettings mit der Bezugsperson zu ermöglichen und die individuellen Bindungsbedürfnisse der Kinder zu analysieren, um passende Unterstützungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Das Gefühl der Ohnmacht ist typisch für Traumatisierungen. Das Konzept der Selbstermächtigung zielt darauf ab, sich von diesem Gefühl befreien und sich als selbstwirksam erleben zu können. Hierfür spielt die Psychoedukation eine entscheidende Rolle, da sie hilft, sich selbst zu verstehen und eigene Reaktionen einzuordnen. Dieses Verständnis trägt dazu bei, den Selbstwert wiederherzustellen.

Darüber hinaus umfasst das Konzept die Förderung der Körper- und Sinneswahrnehmung sowie die Entwicklung von Fähigkeiten zur Emotionsregulation. Zusätzlich sollten Fachkräfte die psychische und physische Widerstandsfähigkeit fördern. Um ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zu entwickeln, ist auch Partizipation und soziale Teilhabe entscheidend.

Abschliessend wird deutlich, dass Traumapädagogik und bestehende Konzepte darauf abzielen, Stabilität und Sicherheit im Alltag von Menschen mit Trauma zu fördern. Gleichzeitig wird betont, dass die Selbstfürsorge des Fachpersonals eine ebenso zentrale Rolle spielt. Nur mit einer reflektierten und fürsorglichen Haltung seitens der Institution und des Fachpersonals kann Traumapädagogik erfolgreich umgesetzt werden.

### **Praxisfrage**

Wie können traumapädagogische Ansätze spezifisch an die Bedürfnisse und Herausforderungen von Menschen im Autismus-Spektrum, die im stationären Setting der Behindertenhilfe leben, angepasst werden?

Menschen im AS haben ein besonderes Bedürfnis nach Struktur und Orientierung im Alltag. Sie benötigen ausserdem eine verlässliche Bezugsperson, eine einfache und klare Kommunikation sowie eine reizarme Umgebung. Da Traumafolgestörungen und das AS in vielerlei Hinsicht Gemeinsamkeiten aufweisen, ist es laut der Autorenschaft nicht erforderlich, neue traumapädagogische Konzepte speziell für die Behindertenhilfe beziehungsweise für Menschen im AS zu entwickeln, damit deren Bedürfnisse erfüllt werden können. Stattdessen können bestehende Konzepte erweitert werden. Da in der vorliegenden Bachelorarbeit jedoch eine spezifische Diagnoseeingrenzung vorgenommen wurde, liegt der Fokus auf Menschen im AS mit einer Intelligenzminderung sowie eingeschränkter oder fehlender funktionaler Sprache. Deshalb empfiehlt die Autorenschaft die Anpassungen beziehungsweise die Erweiterungen der Konzepte an diesen behinderungsspezifischen Einschränkungen zu orientieren. Es ist daher notwendig, traumapädagogische Konzepte mit anderen Ansätzen wie zum Beispiel der basalen Stimulation, dem Snoezelen-Raum, der unterstützenden Kommunikation wie PECS oder dem TEACCH-Ansatz zu kombinieren, beziehungsweise zu erweitern. So kann die Traumapädagogik erfolgreich umgesetzt werden. Generell gilt es zu erwähnen, dass es verschiedene Parallelen zwischen dem TEACCH-Ansatz und der Traumapädagogik gibt. Dadurch lässt sich nochmals aufzeigen, dass die Traumapädagogik auch den Bedürfnissen der Menschen im AS entspricht.

Jedoch müssen auch die Herausforderungen bei der Anwendung der Traumapädagogik im stationären Setting der Behindertenhilfe für Menschen im AS beachtet werden. Beispielsweise gestaltet sich der Aufbau einer Bindung zu Personen im AS schwieriger als bei neurotypischen Menschen, da sie oft Schwierigkeiten in der Kommunikation und sozialen Interaktionen haben. Aus diesem Grund erfordert die Umsetzung einer bindungsorientierten Herangehensweise mehr Zeit. Ausserdem muss beim Konzept der Selbstermächtigung beachtet werden, dass es normalerweise darauf abzielt, ein Leben ohne fremde Hilfe zu führen. Dies gestaltet sich jedoch bei Menschen im AS im stationären Setting der Behindertenhilfe schwierig, da sie aufgrund ihrer Behinderung in gewissem Masse stets von anderen Personen abhängig bleiben. Für die Selbstermächtigung ist ebenfalls die Selbstregulation von zentraler Bedeutung. Die exekutive Funktion ist unter anderem für die Selbstregulation verantwortlich. Da bei Menschen im AS die exekutive Funktion eingeschränkt ist, gilt anzumerken, dass es wahrscheinlich mehr Zeit in Anspruch nimmt, die Selbstregulation zu erlernen. Abschliessend muss dem Fachpersonal und der Institution stets bewusst sein, dass Menschen im AS durch ihre Diagnose und einer möglichen Traumatisierung doppelt belastet sind.

## 7.2 Fazit für die berufliche Praxis

Zusätzlich zu den im vorherigen Kapitel behandelten Fragen fragte sich die Autorenschaft, welche Relevanz der Traumapädagogik in der Betreuung von Menschen im AS im stationären Setting der Behindertenhilfe beigemessen werden kann. Folglich wird diese Frage beantwortet. Daraus kann auch das Fazit für die berufliche Praxis gezogen werden.

Menschen im AS sind aufgrund erhöhter Risikofaktoren besonders anfällig für Traumatisierungen. Zudem gestaltet sich die Diagnose von Traumafolgestörungen bei ihnen schwieriger. Die Symptome vom AS und Traumafolgestörungen weisen in mehreren Aspekten Ähnlichkeiten auf. Daher kann es vorkommen, dass es zu «diagnostic overshadowing» kommt, bei dem HEVE fälschlicherweise der AS-Diagnose zugeschrieben werden, obwohl sie tatsächlich auf Traumatisierungen zurückzuführen sind. Deshalb ist es umso wichtiger, dass das Fachpersonal über das nötige Grundwissen in der Psychotraumatologie, der Traumapädagogik aber auch über das AS besitzt. Die Psychoedukation soll auf die Klientel angepasst weitervermittelt werden, damit auch sie die Ereignisse und die daraus resultierenden Reaktionen besser einschätzen können. Des Weiteren schützt das Wissen vom Risiko einer Retraumatisierung innerhalb der Institution.

Damit die Traumapädagogik in einer Institution realisiert werden kann, bedarf es die Bereitschaft der Institution sowie vom Fachpersonal. Nur so können die traumapädagogischen Standards umgesetzt werden. Da Menschen im AS besonders mit einer Intelligenzminderung oftmals den grössten Teil ihres Lebens in einer Institution verbringen und dort auch meist wichtige Bezugspersonen haben, ist es notwendig, die Thematisierung von Trauma im Alltag einzubauen. Dies ist zudem auch für die Selbstfürsorge des Fachpersonals zentral.

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit sieht vor, dass Professionelle der Sozialen Arbeit Menschen in ihrem Alltag begleiten, betreuen und schützen. Zudem ist es ihre Aufgabe die Entwicklung zu fördern, zu sichern und zu stabilisieren. Die Traumapädagogik bietet eine Möglichkeit für das Fachpersonal diese Anforderungen umzusetzen.

Zusammenfassend hält die Autorenschaft fest, dass die Relevanz der Traumapädagogik im stationären Setting der Behindertenhilfe bei Menschen im AS klar erkennbar ist. Auch wenn eine Diagnose einer Traumafolgestörung bei Menschen im AS selten gestellt wird, sollte die Traumapädagogik dennoch etabliert werden. Da die Traumapädagogik primär eine Haltung darstellt und ihre Konzepte viele Aspekte umfassen, die auch in der allgemeinen Arbeit mit Menschen im AS relevant sind, eignet sie sich gut für den pädagogischen Alltag.

## 7.3 Ausblick

Die Traumapädagogik wurde für die Kinder- und Jugendhilfe konzipiert. Dadurch sind die Konzepte auf dieses Setting ausgelegt. Ebenfalls befasst sich die Literatur vorwiegend mit Kindern und Jugendlichen. Für die Arbeit mit Menschen im AS oder generell für die Arbeit in der Behindertenhilfe gibt es wenig Literatur oder konkrete Handlungsanweisungen, wie man die Traumapädagogik umsetzen kann. Jedoch konnte die Autorenschaft in dieser Bachelorarbeit aufzeigen, dass Menschen im AS öfter von Traumatisierungen betroffen sind. Dies bestätigt, dass es notwendig wäre, die Traumapädagogik auch bei Menschen im AS anzuwenden. Des Weiteren ist die Sensibilisierung vom Fachpersonal wichtig. Dafür braucht es Wissen zum Thema AS aber auch über die Psychotraumatologie. Um dies zu gewährleisten, könnte es hilfreich sein, die Traumapädagogik in Ausbildungen, wie zum Beispiel der Sozialpädagogik, zu integrieren. Dabei muss beachtet werden, dass auch das Thema Trauma in Verbindung mit dem AS oder generell Behinderung thematisiert wird.

Das Thema Trauma und AS wird in der Literatur vermehrt aufgegriffen. Um dies auszuweiten, braucht es mehr Forschung in diesem Bereich. Die Autorenschaft hat bei drei Konzepten der Traumapädagogik aufgezeigt, wie man diese in der stationären Behindertenhilfe realisieren könnte. Um zu wissen, ob dies in der Praxis aber wirklich funktioniert, müsste man dies in einer Institution umsetzen und auswerten.

Da nicht auf alle Aspekte in dieser Literaturarbeit eingegangen werden konnte, stellten sich der Autorenschaft noch ein paar Fragen: Aus welchen Gründen wird die Traumapädagogik in der Behindertenhilfe wenig angewendet? Welche Hürden bestehen dabei, und wie könnte man diese abbauen? Warum wird das AS und Trauma nicht öfter in Verbindung gesetzt obwohl erhöhte Risikofaktoren bestehen? Wie können die erwähnten Konzepte mit den Anpassungen in der Praxis auf die Wirksamkeit überprüft werden?

Trotz den noch offenen Fragen zeigt sich der Autorenschaft die Relevanz der behandelten Themen. Durch die Auseinandersetzung in dieser Bachelorarbeit, erlangte die Autorenschaft wichtige Erkenntnisse, welche sie in die zukünftige berufliche Praxis mitnehmen können.

## Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (P. Falkai & H.-U. Wittchen, Übers.). Hogrefe. (engl. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5, American Psychiatric Association Publishing 2013)
- Andreae de Hair, I. & Bausum, J. (2013). Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik: Partizipation als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 115-118). Beltz Juventa.
- Attwood, T. & Garnett, M. (2024). Autismus und Trauma. *Autismus verstehen: Das Magazin von und mit autistischen Menschen*, 8 (1), 6-11.
- AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis* [Broschüre].
- Baierl, M. (2016a). Den jungen Menschen in seinem Wesen erkennen: Traumapädagogische Diagnostik. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (3. Aufl., S. 72-79). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, M. (2016b). Ist der Mitarbeiter gesund, freut sich das Kind: Mitarbeiterfürsorge und Selbstfürsorge für Mitarbeiter. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (3. Aufl., S. 121-127). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Baierl, M. (2016c). Mit Sicherheit ein gutes Leben: Die fünf sicheren Orte. In M. Baierl & K. Frey (Hrsg.), *Praxishandbuch Traumapädagogik: Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche* (3. Aufl., S. 56-71). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Beckrath-Wilking, U., Biberacher, M., Dittmar, V. & Wolf-Schmid, R. (2013). *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik: Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext*. Junfermann.
- Bergmann, T. & Sappok, T. (2023). Autismusdiagnostik. In T. Sappok (Hrsg.), *Psychische Gesundheit bei Störungen der Intelligenzentwicklung: Ein Lehrbuch für die Praxis* (2., überarb. Aufl., S. 349-359). Kohlhammer.
- Bernard-Opitz, V. (2020). *Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen: ein Praxishandbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer* (4., überarb. Aufl.). Kohlhammer

- Bober, A. (2014). Angebote Unterstützter Kommunikation in Wohnheimen für Menschen mit geistiger Behinderung. In E. Wilken (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation: Eine Einführung in Theorie und Praxis* (4., überarb. Aufl., S. 228-262). Kohlhammer.
- Brisch, K. H. (2023). „Schütze mich, damit ich mich finde“: Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In J. Bausum, L.-U. Besser, M. Kühn & W. Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (4. Aufl., S. 132-147). Beltz Juventa.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2024a). *Revision der ICD der WHO (ICD-11)*. [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2024b). *ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung*. [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2024c). *6B40 Posttraumatische Belastungsstörung*. [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2024d). *6B41 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung*. [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2024e). *6B44 Reaktive Bindungsstörung*. [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2024f). *6B45 Störung der sozialen Bindung mit enthemmtem Verhalten*. [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)
- Conty, M. (2023). Der TEACCH-Ansatz: autismusfreundlich Begleiten. In T. Sappok (Hrsg.), *Psychische Gesundheit bei Störungen der Intelligenzentwicklung: Ein Lehrbuch für die Praxis* (2., überarb. Aufl., S. 442-447). Kohlhammer.
- Dabbert, L. (2017). Methodenbereiche und Haltungen in traumapädagogischen Handlungsfeldern. In D. Zimmermann, H. Rosenbrock & L. Dabbert (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik: Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (S. 136-152). Beltz Juventa.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (o. J.). *ICD-10*. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f80-f89.htm>

- Drechsler, R. (2007). Exekutive Funktionen. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 18 (3), 233-248.  
<https://doi.org/10.1024/1016-264X.18.3.233>
- Duden. (o. J.). *Fachpersonal*. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Fachpersonal>
- Eckert, A. (2015). *Autismus-Spektrum-Störungen in der Schweiz: Lebenssituation und fachliche Begleitung*. Edition SZH/CSPS.
- Eckert, A. (2022). Autismus verstehen – aktuelle Erkenntnisse und Erklärungsansätze. In A. Eckert (Hrsg.), *Autismus in Kindheit und Jugend: Grundlagen, Praxis und Perspektiven der Begleitung und Förderung in der Schweiz* (2. Aufl., S. 19-36). Edition SZH/CSPS.
- Fachverband Traumapädagogik (Hrsg.). (2011). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: ein Positionspapier des Fachverbands Traumapädagogik e.V.* [Broschüre].
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2020). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (5., aktual. Aufl.). Ernst Reinhardt.
- Freitag, C., Kitzerow, J., Medda, J., Soll, S. & Cholemkery, H. (2017). *Autismus-Spektrum-Störungen*. Hogrefe. <http://doi.org/10.1026/02704-000>
- Fröhlich, A. (2015). *Basale Stimulation: ein Konzept für die Arbeit mit schwer beeinträchtigten Menschen*. Selbstbestimmtes Leben.
- Gahleitner, S. B. (2021). *Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen: Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen* (3., aktual. Aufl.). Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, S. B., Kamptner, C. & Ziegenhain, U. (2016). Bindungstheorie in ihrer Bedeutung für die Traumapädagogik. In W. Weiss, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 115-122). Beltz.
- Girsberger, T. (2022). *Die vielen Farben des Autismus: Spektrum, Ursache, Diagnose, Therapie und Beratung* (6., überarb. Aufl.). Kohlhammer.
- Gysi, J. (2021). *Diagnostik von Traumafolgestörungen: multiaxiales Trauma-Dissoziation-Modell nach ICD-11*. Hogrefe.
- Habermann, L. & Kissler, C. (2022). *Das autistische Spektrum aus wissenschaftlicher, therapeutischer und autistischer Perspektive*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-37602-4>
- Haberstock, P. (2021). Autismus: Möglichkeiten und Besonderheiten in der Traumatherapie. *Trauma-Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 19 (2), 98-103.

- Happé, F. & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (1), 5-25.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>
- Häussler, A. (2016). *Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus: Einführung in Theorie und Praxis* (5., erweit. Aufl.). Verlag modernes lernen Borgmann.
- Huber, M. (2020). *Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung, Teil 1* (6., überarb. Aufl.). Junfermann.
- Hüther, G., Korittko, A., Wolfrum, G. & Besser, L. (2010). Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung psychotraumabedingter Symptomatiken. *Trauma & Gewalt*, 4 (1), 18-31.
- Kamp-Becker, I. & Bölte, S. (2021). *Autismus* (3., überarb. Aufl.). Ernst Reinhardt.
- Kessler, H. (2021). *Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie* (4., überarb. Aufl.). Georg Thieme.
- Kessler, T. (2016). Behindert uns nicht! Ansätze, Ideen und Entwicklungsaufgaben für eine Traumapädagogik in der Behindertenhilfe. In W. Weiss, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 232-242). Beltz.
- Kokemoor, K. (2016). *Autismus neu verstehen: Begegnung mit einer anderen Kultur*. Fischer & Gann.
- Köllner, V. (2019). Posttraumatische Belastungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (5. Aufl., S. 443-460). Springer.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5>
- Krautkrämer-Oberhoff, M. & Haaser, K. (2023). Traumapädagogik und Jugendhilfe: Eine Institution macht sich auf den Weg - Werkstattbericht. In J. Bausum, L.-U. Besser, M. Kühn & W. Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (4. Aufl., S. 68-89). Beltz Juventa.
- Kremsner, G. (2020). Gewalt und Machtmissbrauch gegen Menschen mit Lernschwierigkeiten in Einrichtungen der Behindertenhilfe. *Teilhabe: die Fachzeitschrift der Lebenshilfe*, 59 (1), 10-15.
- Kühn, M. (2023). „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“. Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In J. Bausum, L.-U. Besser, M. Kühn & W. Weiss (Hrsg.), *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis* (4. Aufl., S. 26-38). Beltz Juventa.
- Kühn, M. & Bialek, J. (2017). Ein Sicherer Ort in einer behindernden Welt?. In D. Zimmermann, H. Rosenbrock & L. Dabbert (Hrsg.), *Praxis Traumapädagogik: Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern* (S. 20-34). Beltz Juventa.

- Landolt, M. A. (2021). *Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen* (3., überarb. Aufl.). Hogrefe.
- Lang, B. (2013a). Die PädagogInnen als Teil der Pädagogik. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 127-144). Beltz Juventa.
- Lang, B. (2013b). Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik: Freude und Spass als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 121-124). Beltz Juventa.
- Lang, B., Schirmer, C., Lang, T., Andreae de Hair, I. Wahle, T., Bausum, J., Weiss, W. & Schmid, M. (2013). Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik: Begegnungen gestalten. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 106-107). Beltz Juventa.
- Lang, T. (2013). Bindungspädagogik – Haltgebende, verlässliche und einschätzbare Beziehungsangebote für Kinder und Jugendliche. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 187-217). Beltz Juventa.
- Lang, T. (2016). Bindung und Trauma: Co-Regulation und Selbstregulation – die äussere und die innere Welt korrigierender Beziehungserfahrungen. In W. Weiss, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 272-281). Beltz.
- Levine, P. A. (2011). *Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. Kösel
- Lorenz, J. (2022). *Trauma im Autismusspektrum: über die Folgen welche therapeutischen Mittel helfen*. <https://www.autismusspektrum.info/post/trauma-im-autismusspektrum-%C3%BCber-die-folgen-und-welche-therapeutischen-mittel-helfen>
- Maercker, A. (2013). Besonderheiten bei der Behandlung und Selbstfürsorge für Traumatherapeuten. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4., überarb. Aufl., S. 159-174). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-35068-9>

- Mertens, K. (2020). Snoezelen: Ein Angebot zum Wohlbefinden. In E. Wüllenweber & G. Theunissen (Hrsg.), *Zwischen Tradition und Innovation: Methoden und Handlungskonzepte in der Heilpädagogik und Behindertenhilfe* (4., überarb. Aufl, S. 163-171). Lebenshilfe.
- Pausch, M. J. & Matten, S. J. (2018). *Trauma und Traumafolgestörung: In Medien, Management und Öffentlichkeit*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17886-4>
- Rajendran, G. & Mitchell, P. (2007). Cognitive theories of autism. *Developmental Review*, 27 (2), 224-260. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.02.001>
- Rehadat. (2023). Die ICF. *Rehadat kompakt*, 3 (10). 1-2. <https://www.rehadat.de/export/sites/rehadat-2021/lokale-downloads/rehadat-publikationen/rehadat-kompakt-10-icf.pdf>
- Riedel, A. & Clausen, J. J. (2016). *Autismus-Spektrum-Störungen bei Erwachsenen*. Psychiatrie Verlag.
- Rittmannsberger, D., Lueger-Schuster, B. & Weber, G. (2023). Traumafolgestörungen. In T. Sappok (Hrsg.), *Psychische Gesundheit bei Störungen der Intelligenzentwicklung: Ein Lehrbuch für die Praxis* (2., überarb. Aufl., S. 175-184). Kohlhammer.
- Schaller, U. M. (2015). Amygdala. In G. Theunissen, W. Kulig, V. Leuchte & H. Paetz (Hrsg.), *Handlexikon Autismus-Spektrum: Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht* (S. 27). Kohlhammer.
- Scherwath, C. & Friedrich, S. (2016). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung* (3., aktual. Aufl.). Ernst Reinhardt.
- Schirmer, C. (2013). Institutionelle Standards: Worauf es bei traumapädagogischen Konzepten in den Institutionen ankommt. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 241-267). Beltz Juventa.
- Schirmer, C. (2016). Die Entwicklung der traumapädagogischen Standards: Ein Meilenstein in der stationären Erziehungshilfe. In W. Weiss, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 439-448). Beltz.
- Schmidt, P. (2015). Beziehungsstörungen. In G. Theunissen, W. Kulig, V. Leuchte & H. Paetz (Hrsg.), *Handlexikon Autismus-Spektrum: Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht* (S. 78-79). Kohlhammer.
- Schupp, H. T., Öhman, A., Junghöfer, M., Weike, A. I., Stockburger, J. & Hamm, A. O. (2004). The Facilitated Processing of Threatening Faces: An ERP Analysis. *Emotion*, 4 (2), 189-200. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.4.2.189>

- Senckel, B. (2011). *Du bist ein weiter Baum: Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung* (4. Aufl.). C.H. Beck.
- Spek, A. (2022). *Achtsamkeit für Menschen mit Autismus: Ein Ratgeber für Erwachsene mit ASS und deren Betreuerinnen und Betreuer* (2. Aufl.). Hogrefe
- Staub, T. & Seidl, S. (2024). *Traumapädagogik: Grundlagen und Praxiswissen zu (Kindheits-) Trauma und traumapädagogischen Standards*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-68724-6>
- Stavropoulos, K., Bolourian, Y. & Blacher, J. (2018). Differential Diagnosis of Autism Spectrum Disorder and Post Traumatic Stress Disorder: Two Clinical Cases. *Journal of Clinical Medicine*, 7 (4), 71-81.
- Teufel, K. & Soll, S. (2021). *Autismus-Spektrum-Störungen*. Hogrefe.
- Theunissen, G. (2022). *Autismus und herausforderndes Verhalten: Praxisleitfaden Positive Verhaltensunterstützung* (5., aktual. Aufl.). Lambertus.
- Tiefenthaler, S. & Gahleitner, S. B. (2016). Traumapädagogik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In W. Weiss, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 176-184). Beltz.
- Uttendörfer, J. (2008). Traumazentrierte Pädagogik: Von der Entwicklung der Kultur eines «Sicheren Ortes». *Unsere Jugend*, 60 (2), 50-65.
- Vogeley, K. (2015). Theory of Mind. In G. Theunissen, W. Kulig, V. Leuchte & H. Paetz (Hrsg.), *Handlexikon Autismus-Spektrum: Schlüsselbegriffe aus Forschung, Theorie, Praxis und Betroffenen-Sicht* (S. 367-369). Kohlhammer.
- Wahle, T. & Lang, T. (2013). Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik: Transparenz als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 119-121). Beltz Juventa.
- Weiss, W. (2013a). Selbstbemächtigung/Selbstwirksamkeit: ein traumapädagogischer Beitrag zur Traumaheilung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 145-156). Beltz Juventa.
- Weiss, W. (2013b). Traumapädagogik: Geschichte, Entstehung und Bezüge. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 32-44). Beltz Juventa.

- Weiss, W. (2016a). Die Pädagogik der Selbstbemächtigung: Eine Einführung. In W. Weiss, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 93-105). Beltz.
- Weiss, W. (2016b). Die Pädagogik der Selbstbemächtigung: Eine traumapädagogische Methode. In W. Weiss, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 290-302). Beltz.
- Weiss, W. (2016c). Traumapädagogik: Entstehung, Inspirationen, Konzepte. In W. Weiss, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 20-32). Beltz.
- Weiss, W. (2017). Quo vadis Traumapädagogik? Inspirationen, Konzepte, Fragen. In M. Jäckle, B. Wuttig & C. Fuchs (Hrsg.), *Handbuch Trauma-Pädagogik-Schule* (S. 634-654). Transcript.
- Weiss, W. (2021). *Philipp sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (9., überarb. Aufl.). Beltz Juventa.
- Weiss, W. & Schirmer, C. (2013). Die Grundhaltung der BAG Traumapädagogik: Wertschätzung als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. Andreae de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiss & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 112-114). Beltz Juventa.
- Wilczek, B. (2024). *Autismus, Trauma und Bewältigung: Grundlagen für die psychotherapeutische Praxis*. Kohlhammer.
- Wilken, E. (2014). Kommunikation und Teilhabe. In E. Wilken (Hrsg.), *Unterstützte Kommunikation: Eine Einführung in Theorie und Praxis* (4., überarb. Aufl., S. 7-16). Kohlhammer.
- Wolf, K. (2020). Wie Menschen im Autismus-Spektrum ihre Gefühle ausdrücken. *Zeit online*.  
<https://www.zeit.de/zett/2020-09/wie-menschen-im-autismus-spektrum-ihre-gefuehle-ausdruecken>
- Wöller, W. (2006). Bindungstrauma und Persönlichkeitsstörung: Befunde aus Bindungsforschung und Neurobiologie und Konsequenzen für die Therapie. In K. Schreiber-Willnow & G. Hertel (Hrsg.), *Rhein-Klinik: Aufsätze aus dem Innenleben* (S. 157-171). VAS.
- Wübker, E. J. (2020). *Die Relevanz der Traumapädagogik für die stationäre Erziehungshilfe*. Beltz Juventa.