

Kann jemals die Welt wieder heimisch werden?

von Liz. der Psychologie Gabriela Garcia

I. Einleitung:

Das heutige Fachforum trägt den Titel: Kann jemals die Welt wieder heimisch werden? Viele Menschen, die eine traumatische Erfahrung gemacht haben, berichten von zugleich belastenden und befremdenden Gefühlen. Sie fühlen sich extrem einsam und radikal anders als anderen Menschen ihrer Umgebung. Sie fühlen sich weder in ihrem Körper, noch in der Welt zuhause. Sie fragen sich, ob jemals die Welt für sie wieder heimisch werden kann. Und mit dieser offenen Frage möchte ich Sie in die Erlebniswelt von Menschen einladen, die derart tiefgreifende seelische Verletzungen erlitten haben. Wir alle kennen die Grunderfahrung, seelisch verletzt zu werden. Wir sagen dann: "Das hat mich tief getroffen", "Das hat mich verletzt", oder "Ich bin sehr gekränkt". Alle diese umgangssprachlichen Metaphern drücken in ihrem Kern aus, daß wir solche Erlebnisse von körperlichen Erfahrungen herleiten. Wir stützen uns also auf körperliche Verletzungen, um seelisches Leiden auszudrücken. Vielleicht deshalb, weil wir körperliche Wunden sehen und wir die offene Stelle erkennen können. Wir wissen auch, daß sie Behandlung bedürfen und wo die Behandlung ansetzen muß. Bei seelischen Wunden ist es schwieriger...

Mich beschäftigt diese Thematik aus unterschiedlichen Zusammenhängen seit mehr als zehn Jahren. Erlauben Sie mir, daß ich mein persönliches Interesse an diesem Thema kurz erläutere. Zunächst war es das persönliche Bedürfnis, Erfahrungen von Gewalt im gesamtgesellschaftlichen Kontext zu ordnen und zu verarbeiten. Ich komme aus Argentinien, wo Menschenrechtsverletzungen durch Staatsgewalt lange Jahre zum täglichen Brot der Argentinier gehörten. Später wurde ich als Psychologin mit der professionellen Notwendigkeit konfrontiert, die Erscheinungsformen von Traumatisierung in allen ihren Facetten zu erkennen und konzeptionell zu differenzieren. Mir stellten sich insbesondere zwei Fragen:

1. Welche Spuren hinterläßt die Gewalt in einer so flüchtigen Entität, wie der Seele?
2. Welche Folgen hat die Gewalterfahrung auf die Lebensgeschichte der Person ?

Aus diesem Anlaß heraus begann ich vor einiger Zeit mit einer Forschungsarbeit im Rahmen meiner Promotion. Zu diesem Zweck habe ich eine Reihe von argentinischen Journalisten interviewt, die aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit bedroht, körperlich angegriffen oder entführt worden waren. In meiner Dissertation untersuche ich psychodynamische Aspekte von Bedrohungs- und Gewalterfahrungen. Gefühle wie extreme Angst und Kontrollverlust stehen aus psychoanalytischer Sicht in enger Verbindung mit der Erfahrung des "Unheimlichen". Das ist mein spezifisches Forschungsthema. Mit dem Begriff des Unheimlichen ist – wie ich anfangs andeutete – insbesondere die Erfahrung von "beunruhigender Fremdheit" gemeint, die Menschen in einer Situation von psychischer Vernichtungsgefahr gegenüber sich selbst und anderen machen und das ist eine Erfahrung, die "das Leben danach" prägt.

Seit August 1998 arbeite ich als Fachkraft im Zentrum für Beratung, Diagnostik und Psychotherapie im Fachbereich Intensivpädagogik. Seitdem leite ich zusammen mit

meiner Kollegin Frau Rögner eine Multiplikatorenfortbildung für Mitarbeiter der Einrichtung. Neben diesem Qualifizierungsangebot begleite ich regelmäßig Klienten, für die ein psychotherapeutisches Angebot nicht möglich ist. Mein Arbeitsschwerpunkt liegt dabei in der Entwicklungsförderung von traumatisierten geistig behinderten Menschen.

Auch in meiner konkreten Arbeit mit Klienten in der Einrichtung tauchen die Folgen von erlittenen Gewalterfahrungen auf. Die Gewalt hat in diesem Rahmen andere Gesichter: Mißhandlung, Mißbrauch oder Vorgänge wie Hospitalisierung, Vernachlässigung, die Zeugenschaft von Gewalt, um nur einige zu nennen.

Im Behindertenbereich findet diese Thematik meiner Meinung nach bis heute noch unzureichende Beachtung. Dies ist besonders verwunderlich, vor allem wenn wir berücksichtigen, daß es sich hierbei um eine besondere Risikogruppe handelt. Wir werden uns im Laufe des Abends mit den verschiedenen Risikofaktoren beschäftigen, die diese Aussage plausibel machen. Um nur eines vorweg zu nehmen: Geistig behinderte Menschen erweisen sich als einfache Opfer von sexuellen Übergriffen und anderen Formen von Gewaltanwendung. Eine Untersuchung an der Londoner Tavistock-Klinik ergab, daß von 200 geistig behinderten Kindern und Erwachsenen, die wegen emotionaler Schwierigkeiten stationär behandelt wurden, 70 % sexuell mißhandelt worden waren (vgl. Sinason, in Hennicke/Rotthaus 1993). Es gibt kaum Forschungsergebnisse in diesem Bereich. Viele Übergriffe und Mißhandlungen bleiben unentdeckt, was letztendlich bedeutet, daß die Dunkelziffer sehr hoch ist.

Aber nicht nur im Bereich der geistigen Behinderung ist das Thema Traumatisierung lange vernachlässigt worden. Vielleicht wissen Sie, daß diese Thematik erst seit einigen Jahren eine angemessene Anerkennung findet. Das ist sicherlich zum einen darauf zurückzuführen, daß es sich bei seelischen Verletzungen, um unsichtbare und schwer greifbare Vorgänge handelt. Zum anderen spielen hier auch soziopolitische Hintergründe eine wichtige Rolle: Nach dem Vietnamkrieg und der hohen Zahl von traumatisierten Vietnamveteranen hätte die Anerkennung der Traumatisierung als eine psychische Störung von Krankheitswert erhebliche finanzielle Kosten für das US-Gesundheitssystem bedeutet. Erst im Jahr 1980 hat die Amerikanische Psychiatrie Gesellschaft die Posttraumatische Belastungsstörung in ihr Krankheitsklassifikationssystem DSM III aufgenommen.

Ich möchte mit meinem Vortrag heute Abend einige Anregungen für die weitere Erkundung dieser interessanten und brisanten Thematik geben und erhoffe mir einen produktiven Austausch mit Ihnen über die Bedeutung von Traumatisierung für unseren Bereich.

II. Was ist Traumatisierung?– Eine begriffliche Annäherung

Nun werde ich den groben theoretischen Rahmen unseres heutigen Themas skizzieren, in dem ich auf den Traumabegriff und auf die Hauptmerkmale der traumatischen Situation eingehe.

Das Wort Trauma läßt sich – wie bereits angeklungen – aus der griechischen Wortbedeutung für "Verletzung" oder "Wunde" herleiten und meint hier eine seelische Verletzung. Der Traumabegriff wird dementsprechend unterschiedlich weit gefaßt und teilweise unscharf verwendet. Dies ist insofern ungünstig, daß er mitunter bagatellisiert oder inflationär verwendet wird und von seiner klinischen Bedeutsamkeit ablenkt. Wenn die Begriffsdefinition von Trauma für bestimmte Grenzerfahrungen reserviert

bleiben soll, ist es wichtig den Fachaussdruck näher einzugrenzen, wie z.B. in der Definition von Weinberg:

"Trauma ist eine zeitlich umgrenzte gewaltsame Einwirkung auf die Psyche, die Menschen, die sich auf dem Entwicklungsniveau des Opfers befinden, selten seelisch heil überstehen können."

Andere Autoren, wie Reddemann & Sachsse betonen stärker die innere Reaktion auf das traumatische Ereignis:

"Traumatisierend wirkt ein Ereignis dann, wenn die natürlichen Reaktionsmöglichkeiten Kampf oder Flucht unmöglich sind. Im Kern jeder Traumatisierung findet sich die Erfahrung völliger Ohnmacht und Hilflosigkeit."

Betrachten wir die Situation für sich (obere Definition), dann ist sie durch eine bestimmte kritische Dauer oder Intensität gekennzeichnet, die sie als potentiell traumatisch erscheinen lassen. Die Person wird über eine eingegrenzte Zeitdauer psychischer oder körperlicher Gefahr ausgesetzt. Eine überhöhte Intensität versucht man durch die Bezeichnung "außergewöhnliches Ereignis" zu charakterisieren oder spricht wie hier in der Definition von "für das Entwicklungsalter unangemessener" Bedrohung. Dabei kann es sich gleichwohl um potentielle oder um reale Lebensgefahr handeln.

Legen wir unser Augenmerk auf die Reaktion der Person – wie in der unteren Definition –, dann sind für die Person natürliche Reaktionstendenzen wie Widerstand oder Flucht in der Situation nicht möglich. Das seelische System ist in seinen spontanen Bewältigungsmöglichkeiten situativ oder konstitutiv überfordert und bricht zusammen. In Folge dessen taucht eine Reihe von Gefühlen und Empfindungen auf. Die Person fühlt sich wehr- und hilflos. Sie erlebt sich in der Situation gänzlich ausgeliefert und empfindet Gefühle von intensiver Angst, Kontrollverlust und Todesnähe.

Diese Definitionen markieren sehr gut den Rahmen des Traumabegriffes. Ich selbst neige eher zu einer Definition, die die Betonung stärker auf die Relation zwischen Person und Situation legt. In diesem dritten Definitionsversuch ist Psychische Traumatisierung nach Fischer und Riedesser ein...

"vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt"

Nach dieser Definition ist nicht die Situation allein und auch nicht die unzureichenden Bewältigungsmöglichkeiten der Person ausschlaggebend. Es ist vielmehr ein vitales Diskrepanzerlebnis, ein existentiell bedrohliches Mißverhältnis also, das sich aus dem Spannungsfeld beider Aspekte ergibt, die eine Traumatisierung ausmachen.

Häufig ist die traumatische Erfahrung mit dem Ende der traumatischen Situation nicht ausgestanden. Nicht selten hinterlassen derartige Erlebnisse psychische Spuren, die sich, noch lange nachdem die akute Gefahr vorüber ist, in anhaltenden Beschwerden und Verhaltensauffälligkeiten ausdrücken. Man spricht hier von Posttraumatischen Reaktionen oder wie im DSM-IV auch von der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung. In der Traumadefinition dieses diagnostischen Manuals wird ein weiterer interessanter Aspekt aufgeführt. Menschen können auch dann traumatische Reaktionen zeigen, wenn sie unmittelbare Zeugen von Gewalt – vor allem an

bedeutsamen Mitmenschen – werden. Zeuge von Gewalt zu sein, ist demnach also eine weitere Form von direkter Betroffenheit.

Die erlebte Erschütterung kann mehr oder weniger umfassend sein und, wie wir bereits in der zweiten Definition sahen, sogar das Selbst- und Weltverständnis hinterfragen. In diesem Fall können wir annehmen, daß die traumatischen Erlebnisse – im wahrsten Sinne des Wortes – "grund-legende" seelische Strukturen und deren Regulierungsprinzipien erschüttert haben. Dabei wird in dokumentierten Studien durchgehend beschrieben, daß menschlich verursachte Traumata gravierender sind, als solche, die durch Naturkatastrophen entstehen. In der Fachliteratur finden zwei psychische Strukturen besondere Beachtung, die eine Erklärung für dieses Phänomen bieten. Eine Erklärung also für den Bruch, den die Traumatisierung für das Person-Umwelt-Kontinuum darstellt. Diese zwei dynamischen Strukturen, die sich im Laufe der Entwicklung kristallisieren, bezeichnet Fischer als Sachschemas und Beziehungsschemata.

Mit Sachschemas ist die pragmatische Kontrollerfahrung bzw. Kontrollüberzeugung gemeint, daß man die gegenständliche Welt beeinflussen und sogar beherrschen kann. Sachschemas sind in erster Linie gegenstandsbezogene kognitive Strukturen. Diese bilden sich zunächst aus dem Zusammenspiel zwischen Handlung und Wahrnehmung und entwickeln sich auf der Symbolebene als Repräsentationen weiter. Solche Strukturen werden nach dem pragmatischen Realitätsprinzip reguliert. Beziehungsschemata sind prinzipiell sozio-emotionale Strukturen, die das Selbst in Beziehung zum Anderen abbilden. Auch diese entwickeln sich von konkreten Erfahrungen zu abstrakten Gebilden. Sie werden anders als Sachschemas nach dem kommunikativen Prinzip reguliert, das die Anerkennung des Anderen als ebenfalls handelnden Partner mit einschließt und somit die verlässliche Regelung des intersubjektiven Lebensraumes festlegt. Sachbezogene und zwischenmenschliche Orientierung sind die zwei Seiten der Medaille des "Psychischen Realitätsprinzips". Dieses schwenkende "Goldstück" der Entwicklung dient der Vermittlung zwischen den persönlichen Bedürfnissen einerseits und den Erfordernissen der Realität andererseits – im psychoanalytischen Strukturmodell spricht man hier von einer zentralen Funktion des Ichs. Bei Naturkatastrophen wird tendenziell die sachbezogene Orientierung "durcheinander gebracht", so daß die menschlich übliche aber illusorische Grundüberzeugung, daß die Kräfte der Natur und der Technik prinzipiell beherrschbar seien, schlagartig entkräftet wird. Traumatische Beziehungserfahrungen sowie von Menschen verursachte Gewalttaten hinterfragen hingegen das kommunikative Realitätsprinzip und somit auch das Vertrauen in die Verlässlichkeit der mitmenschlichen Umwelt. Wir können in beiden Fällen davon ausgehen, daß solche Ereignisse, die die Berechtigung der eigenen Existenz anzweifeln und das fundamentalste Sicherheitsgefühl erschüttern. Während aber bei Naturkatastrophen vor allem die Selbsterhaltung in Frage steht, bedrohen menschlich verursachte Traumata gleichermaßen die Kontinuität des Selbst und des Miteinanders. Ereignen sich traumatische Erfahrungen in frühen Entwicklungsstadien, dann können sie auch die Entwicklung der Persönlichkeit beeinträchtigen, d.h. den Aufbau der grundlegenden psychischen Strukturen selbst, die die weitere Entwicklung prägen.

III. Wie sieht Traumatisierung bei geistig behinderten Menschen aus?

Nun kommen wir zur Übertragung dieser beschreibenden und erklärenden Konzepte auf den Bereich der schwergeistigen Behinderung – und somit zu dem Hauptteil meines Beitrags. Ich möchte mit Ihnen über drei Fragen laut nachdenken:

1. Unter welchen externen Umständen entstehen Traumatisierungen bei geistig behinderten Menschen?

2. Wie verarbeiten sie traumatische Erfahrungen? Und
3. An welchen Anzeichen können wir eine traumatische Reaktion erkennen?

Bezüglich der ersten Frage, die Entstehung von Traumatisierung, müssen wir zunächst klären, ob die traumatische Erfahrung an eine oder mehrere Extremsituationen gekoppelt ist, oder aus einem konstanten belastenden Umfeld mit traumatogenen Beziehungserfahrungen stammt. Lassen Sie mich mit einem Fallbeispiel beginnen, das traumatische Erfahrungshintergründe bei geistig behinderten Menschen anschaulich macht. Aus Datenschutzgründen habe ich natürlich einzelnen Daten der Person geändert bzw. ausgelassen.

Maria

Maria ist eine kleine, zierliche Frau, die seit fünf Jahren einem gravierenden nicht organisch bedingten Abbauprozess unterliegt. Dadurch sind viele ihrer früheren Fertigkeiten erheblich beeinträchtigt. Am allerliebsten liegt Maria in ihrem Bett, die Decke über den Kopf gezogen. Sie wirkt dann entspannt und es scheint, als ob sie die Welt so besser ertragen könne. Sobald sie im Kontakt mit anderen Menschen tritt, reagiert sie sehr schnell gereizt und unruhig. Trotz ihrer stark auffallenden körperlichen Unruhe wird sie als passiv und sogar als faul beschrieben. Sie ist zu keiner selbständigen Aktivität mehr bereit bzw. in der Lage. Maria spricht nicht und ist seit einem Jahr inkontinent. Früher war es anders...

Maria ist zu Kriegszeiten mit fünf Monaten an Meningitis erkrankt. Sie verbrachte aufgrund der Krankheit mehrere Monate in einem weit abgelegenen Krankenhaus und hatte durch diesen Umstand kaum Kontakt mit der Mutter während des ersten Lebensjahres. Dann kehrte sie zu ihrer Familie zurück. Als ihre geistige Behinderung diagnostiziert wurde, entschied ihre Mutter, sie an ein Heim abzugeben. Bei der Heimaufnahme war sie – laut Berichten der Mutter – ein lebhaftes, munteres Kind. Aufgrund von institutionellen Veränderungen war Maria im Laufe von fünf Jahren in vier verschiedenen Wohngruppen untergebracht. Die Verlegung erfolgte teilweise auf Bitten des Personals aufgrund starker Erregungszustände Marias. Sie wurde über längere Zeit fixiert und sediert. Sie arbeitete zwölf Jahre in einer Werkstatt in unterschiedlichen Aufgabenbereichen. Im Alter von 28 Jahren wurde sie mehrmals am Bein operiert und auch sterilisiert. Bald darauf konnte sie ihre berufliche Tätigkeit aufgrund von starken Erregungs- und Angstzuständen nicht mehr ausführen. Es folgten weitere Phasen von Übererregung und innerer Anspannung unter anderem mit Psychiatrieaufenthalten, bis der gegenwärtige Abbauprozess vor fünf Jahren begann. Momentan zeigt sie starke Stereotypen und ist für Aufforderungen nicht zugänglich. Sie wirkt abwesend und scheint gleichzeitig unter starken inneren Druck zu stehen.

Ich habe dieses Beispiel deshalb ausgewählt, weil hier insbesondere das gefährliche Zusammenspiel von Risikofaktoren im Vordergrund steht. Ich würde hier in Anlehnung an Kahn (1963) vom kumulativen Trauma sprechen. Sicher erkennen wir in der Biographie von Maria eine Reihe von belastenden Ereignissen und Umständen. Jeder dieser Umstände erscheint für sich alleine jedoch nicht als traumatisch. Betrachten wir aber diese in ihrem lebensgeschichtlichen Zusammenhang, dann ergeben sie als Ganzes eine traumatische Konstellation. Beim kumulativen Trauma ist also nicht die Intensität von Einzelereignissen ausschlaggebend, sondern die kritische Aufeinanderfolge von subtraumatischen Belastungserfahrungen (also Risikofaktoren) in Kombination mit dem Fehlen von Erholungsmöglichkeiten (spricht Protektive Faktoren). Eine solche Konstellation ist durchaus dazu imstande, den Reizschutz der Person nachhaltig zu durchbrechen und eine Traumatisierung zu verursachen. Zusammengefaßt finden wir bei Maria folgende Gefährdungsfaktoren, die generell in ihrer Kombination bei geistig Behinderten Menschen als potentiell traumatisch gelten:

- Frühe Trennungen von primären Bezugspersonen und von der vertrauten Umgebung
- Häufig wechselnde Bezugspersonen und wiederholte Beziehungsbrüche
- Hoch ambivalente Eltern-Kind-Beziehungen, charakterisiert durch widersprüchliche Gefühle und Beziehungsangebote
- Krankheit oder körperlichen Verletzungen, die ebenfalls Auslöser für zeitweilige Trennungen und längeren Krankenhausaufenthalten sein können
- ‚Privation‘ d.h. plötzlicher Verlust von primären Bezugspersonen, die bis dahin befriedigende Bindungen ermöglicht haben, und
- das massive und wiederholte Versagen der ‚haltenden Umwelt‘. Dieses Versagen der haltenden Umwelt erachte ich in unserem Arbeitsbereich als wesentlichen Risikofaktor für Traumatisierung.

Das nächste Beispiel soll einen weiteren Entstehungshintergrund anschaulich machen. Für dieses Fallbeispiel habe ich den fiktiven Namen ‚Lars‘ gewählt.

Lars

Lars ist ein 37 Jahre alter Mann, der meistens aufgrund seines kräftigen Körperbaus, seines schleppenden Ganges und seines tieftraurigen Blickes hochgradig erschöpft wirkt. Er scheint eine schwere Last mit sich zu tragen. Seine Stimmung wird als stark schwankend beschrieben: Mal niedergeschlagen und schüchtern, mal gereizt und unruhig. Er wird scheinbar ohne Anlaß - ‚wie aus heiterem Himmel‘ - von starken Angstzuständen überfallen. Weiterhin gäbe es Momente von Bewußtseinstrübung, in denen er impulsiv wegzulaufen versucht. Nachts habe er wiederholt Alpträume begleitet von Einnässen.

Lars wuchs bis zu seinem zwanzigsten Lebensjahr in seinem Elternhaus zusammen mit seiner Mutter, einem älteren Bruder und einer jüngeren Schwester auf. Die Mutter sei mit der Erziehung der drei Kinder überfordert gewesen. Nach Berichten seiner Schwestern ist er zwischen dem zehnten und fünfzehnten Lebensjahr wiederholt vom Bruder sexuell mißbraucht und geschlagen worden. Mehrfach hätte ihn der Bruder in seinem Zimmer unter einem Kopfkissen gedrückt und so die Luftzufuhr verhindert, bis ihm die Schwester zur Hilfe kam. Andere Male sei Lars in seinem Zimmer den ganzen Tag eingesperrt worden. Für seine Grundversorgung habe die Schwester im Rahmen ihrer Möglichkeiten gesorgt. Ab dem 16. Lebensjahr blieb Lars als einziges Kind zuhause. Unter diesen familiären Umständen habe sein selbstverletzenden Verhalten eingesetzt. Mit zwanzig ist Lars in einer Behinderteneinrichtung extrem geängstigt und in einem Zustand der Verwahrlosung aufgenommen worden.

Im Leben von Lars finden wir eine Folge von extrembelastenden Ereignissen, die wiederholt stattfanden. Wir erfuhren, daß Lars bereits als Kind mehrfach bedroht und sexuell mißhandelt wurde. Durch den anhaltenden Sicherheitsverlust und die unberechenbaren Bezugspersonen fehlten Lars die notwendigen Bedingungen, um die seelischen Verletzungen aufzuarbeiten. Man spricht hier von längerdauernden, wiederholten Ereignissen und zählt Extrembelastungen wie Geiselaft, Kriegsgefangenschaft, KZ-Haft und mehrfache Folter hinzu. Zu den wichtigsten längerdauernden traumatischen Situationsfaktoren in unserem Arbeitsbereich gehören – wie im Beispiel von Lars illustriert:

- Mehrfache Gewalterfahrungen wie sexueller Mißbrauch und körperliche Misshandlung
- Vernachlässigung

- Verwahrlosung aber auch
- Deprivation, im Sinne von unzureichenden sensorischen und Beziehungserfahrungen in einer relativ kontinuierlichen aber unsicheren Beziehungskonstellation.

Traumata können aber auch durch kurzdauernde traumatische Ereignisse von hoher Intensität verursacht werden. Charakteristisch ist hier die akute Lebensgefahr und die Plötzlichkeit des bedrohlichen Ereignisses. Solche punktuelle Traumatisierungen können zum Beispiel durch Unfälle oder auch durch einmalige Gewalterfahrungen, wie Überfälle, Mißbrauch, Mißhandlung entstehen. Auch Naturkatastrophen zählen zu diesem Typ von Traumen.

Für unseren Arbeitsbereich halte ich es für ausreichend und auch für besonders hilfreich, zwischen diesen drei besprochenen Entstehungskonstellationen zu unterscheiden: kurzandauernde, länger dauernde und kumulatives Trauma. Bei allen drei Entstehungsformen spielen nach meiner Erfahrung besondere Gewalthintergründe eine zentrale Rolle. Geistig behinderte Menschen geraten überdurchschnittlich oft in aggressiven Situationen und ambivalenten Beziehungskonstellationen, nicht zuletzt durch wachsende Frustrations- und Überforderungsgefühle bei ihren unmittelbaren Mitmenschen. Ihre Abhängigkeit, ihre Wehrlosigkeit und ihre Schwierigkeiten, sich in sozialen Situationen zu integrieren, lösen nicht selten Aggressionen in ihrer Umwelt aus. Der Aufbau von positiven Bindungen sieht sich ebenfalls durch die Enttäuschung und Hilflosigkeit der Bezugspersonen erschwert. Gewaltsame Übergriffe sind schließlich in unsere Gesellschaft auch aufgrund ihrer Schutzlosigkeit und der relativen Unantastbarkeit von unentdeckten Angreifern denkbar.

Wenden wir uns nun der Frage zu, wie geistig behinderten Menschen traumatische Erlebnisse verarbeiten. Hier muß meiner Meinung nach noch eine Menge konzeptionelle und empirische Forschungsarbeit geleistet werden. Das macht aber auch die Erkundung des Feldes besonders interessant. Ich möchte hier einige Denkanstöße geben. Ich gehe bisher von der Arbeitshypothese aus, daß die Regression, die Spaltung und die Dissoziation die zentralen psychotraumatischen Verarbeitungsversuche von schwergeistig behinderten Menschen sind. Diese Verarbeitungsversuche stellen sich als Bemühung der Psyche dar, die belastenden Erlebnisse zu verarbeiten. Bei allen drei handelt es sich um sehr sinnvolle und lebenserhaltende Verarbeitungswege. Sie ermöglichen eine gewisse Kontrolle des Selbst und der Situation. Sie stellen eine relative Sicherheit wieder her und sichern das psychophysische Überleben.

Ein Verarbeitungsweg ist die sogenannte Regression, die ich als kognitive und emotionale Regression des Ichs verstehe, also als ein Rückzug des Ichs vom Stand seines gegenwärtigen Entwicklungsniveaus zurück in frühere Entwicklungsstadien, zurück zu den altvertrauten Verhaltensweisen aber auch zu ‚sicheren Orten‘ - ins eigene Zimmer, aufs eigene Sofa oder wie bei Maria auf das eigene Bett. Dieser Gewinn an ‚Kontrolle durch Verortung und Verräumlichung‘ können wir sehr häufig bei traumatisierten geistig behinderten Menschen beobachten.

Ein weiterer Verarbeitungsweg, den wir bei extrembelastenden geistig behinderten Menschen beobachten können, ist die Spaltung. Dieser Schutzmechanismus ist besonders bei Menschen anzutreffen, die langanhaltende traumatische Erlebnisse durch bedeutsame Bezugspersonen erlitten haben. Die Spaltung ermöglicht in der unmittelbaren traumatischen Situation und im Anschluss daran, völlige Orientierungslosigkeit zu vermeiden. Diese kann sowohl bei der externen Realität als

auch beim inneren Erleben ansetzen. Die externe Spaltung hilft zu Orientierung, indem das Selbst seiner Umwelt polarisierte und generalisierte Zuordnungen zuschreibt. So werden Personen oder Räumlichkeiten pauschal z.B. als sicher, gefährlich, freundlich, feindlich, gut und böse wahrgenommen. Damit werden Aspekte der Situation und der zwischenmenschlichen Beziehungen wieder berechenbar. Intern hilft die Spaltung, z.B. mit Hilfe der Imagination und der Phantasie innere Welten zu schaffen, die ebenfalls polarisiert sind und Orientierung ermöglichen.

Als letzter Verarbeitungsweg möchte ich die Dissoziation erwähnen. Dieser Verarbeitungsversuch besteht in einer inneren Fluchttendenz. Sie hilft Gefühle, Gedanken, Verhalten oder Körperempfindungen voneinander abzutrennen. So können konfliktreiche Gefühle und Erfahrungen scheinbar problemlos nebeneinander beibehalten werden. Als Beispiel für Dissoziation erinnern wir uns an den inneren Rückzug von Maria, die häufig geistig abwesend wirkt. In anderen Fällen wird die Dissoziation durch spontane „Selbsthypnose“ erreicht, z.B. in dem die Person immer wieder ein-und-dasselbe-Wort oder einzelne Bewegungen wiederholt, um sich in einen tranceartigen Zustand zu wiegen. Bedeutsam ist die Dissoziation nicht nur für die akute traumatische Situation, sondern auch, weil dieser Verarbeitungsweg weitreichende Konsequenzen für die Speicherung der Erlebnisse hat. Deshalb werden anhaltende traumatische Reaktionen häufig auch als Störung der Wahrnehmungs- und Erinnerungsverarbeitung beschrieben. Mit ‚Erinnerung‘ meine ich hier nicht so sehr kognitive Erinnerungsspuren – die die Situation sozusagen als Videoclip des traumatischen Ereignisses abbilden – sondern vor allem isoliert gespeicherte ‚Körpererinnerungen‘ auf sensorischer und motorischer Ebene: Bilderfetzen, Gerüche, Körperempfindungen, Bewegungen. Da tiefgreifende seelische Verletzungen häufig nicht in Worten beschrieben werden können und sich primär auf elementaren niedrigen Repräsentationsebenen einschreiben, werden sie für uns auf plastischer oder metaphorischer Ebene in Form von körperlichen Reaktionen und Verhaltensauffälligkeiten sichtbar, wobei wir bei der dritten Frage wären, die Symptome, die das ganze faßbarer machen.

Die drei wesentlichen Reaktionsweisen nach erlebter Traumatisierung: Übererregung, Intrusion und Konstriktion, die Frau Marten ausführlich beschrieben hat, lassen sich auch am Verhalten schwer geistig behinderten Menschen erkennen.

So äußert sich Übererregung z.B. in

- körperlicher Unruhe - wie wir bei Maria sahen - oder durch
- Schlafschwierigkeiten,
- Reizbarkeit oder in einer generell erschwerten Impulskontrolle mit
- agitiertem bzw. aggressivem Verhalten.

Intrusionen können wir in Form von

- Alpträumen – wie bei Lars – oder in
- Reinszenierungen der traumatischen Situation und
- partieller Nachahmung des Erlebten beobachten.

Diese werden in der Regel durch äußere Auslöser – sogenannte Trigger – evoziert. Alles kann ein Auslöser für die Person sein: Töne, Gerüche, Dunkelheit, Treppenhäuser oder ein bestimmtes menschliches Aussehen. Solche Trigger können wie im Falle von Lars auch emotionale Ausbrüche mit starken Ängsten, panischen Reaktionen, oder plötzliches Weglaufen auslösen. Solche Notfallreaktionen tauchen niemals ohne Anlass auf. Es ist nur so, daß die Auslöser für uns oft unerkannt bleiben.

Konstriktion beobachten wir bei betreuten Klienten in Form von

- Rückzug
- Passivität
- Reaktionsarmut und
- Interessenverminderung.

Darüber hinaus tauchen bei schwergeistig behinderten Menschen weitere traumarelevante Symptome auf wie

- Nahrungsverweigerung und Appetitlosigkeit sowie
- Einnässen und Einkoten nach langen Phasen erfolgreicher Darm- und Blasenkontrolle
- ambivalentes Nähe-Distanz-Verhalten
- geistige Abwesenheit häufig in Kombination mit
- Selbststimulationsformen und Verhaltensstereotypen wie Schaukeln und leichtes Kopfschlagen, aber auch
- Selbstverletzendes Verhalten
-

Das selbstverletzende Verhalten wird im Traumakontext von Autoren wie Redemann und Sachse nicht nur als Symptom beschrieben, sondern auch in seiner funktionellen Eigenschaft, Druck, Überregung, Intrusionen und weitere Zustände zu beenden.

Noch deutlicher auf den sexuellen Mißbrauch verweist ein:

- unangemessenes sexualisiertes Verhalten

Im Bereich der geistigen Behinderung müssen wir natürlich auch den kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklungsstand und die Entwicklungsthemen der traumatisierten Person in besonderer Weise berücksichtigen. Diese prägen die Ausdrucksformen ihrer seelischen Wunden und die Möglichkeiten, die sie hat, den erlittenen Schmerz zu verarbeiten und zu integrieren. Als Faustregel ließe sich vorsichtig formulieren: Je früher in der Entwicklung sich traumatische Erfahrungen ereignen, desto deutlicher sind ihre Spuren und spontanen Verarbeitungsversuche sensomotorisch-konkret, szenarisch, phantasiegeprägt und egozentrisch.

Wenn wir solche Verhaltensäußerungen nicht im traumatogenen Kontext setzen, laufen wir Gefahr, diese ‚weisen Metaphern der Seele‘ als isolierte Verhaltensauffälligkeiten zu begreifen und sie dann fälschlich als das eigentliche Problem zu interpretieren.

IV. Intensivpädagogische Arbeit mit traumatisierten geistig behinderten Menschen

Wir haben vorhin ausgiebig darüber nachgedacht, wie schwerbehinderte Menschen Traumata erleben und auch woran wir dies erkennen können. Ebenso wichtig und herausfordernd ist die Frage, was wir nun tun können, um diese Menschen zu unterstützen. Ich werde nun die Prinzipien der Arbeit vorstellen, nach denen ich im Rahmen der Entwicklungsförderung vorgehe. Ich möchte meinen Ansatz anhand der Frage skizzieren:

Wie muß eine traumasensitive Entwicklungsförderung aussehen?

Ich arbeite nach einem topologischen Modell, das auf den gegenwärtigen Bedarf der Person und der Situation abgestimmt wird. Zu berücksichtigen bei dieser Abstimmung des Angebots sind die Entstehungshintergründe der traumatischen Erfahrung, sowie die traumaspezifischen Verarbeitungswege und -möglichkeiten, die je nach Entwicklungsstand, Entwicklungsaufgaben und bestehende soziale Ressourcen variieren. Nach meiner praktischen Erfahrung in der Entwicklungsbegleitung einzelner Klienten verläuft traumasensitive Entwicklungsförderung als dynamischer Prozess von

stabilisierenden und mobilisierenden Momenten. Ich spreche bewußt nicht von einer Stabilisierungsphase und einer Mobilisierungsphase, die aufeinander folgen, sondern von einem Zusammenspiel von sich abwechselnden Verarbeitungsmomenten. Diese zwei Hauptmomente und zentrale Prinzipien meines Arbeitsansatzes - Stabilisieren und Mobilisieren - setzen gleichermaßen an der Person und an dem sozialen Umfeld an und sind konzeptionell auf eine integrierte präventive und rehabilitative Förderung ausgerichtet.

Ich arbeite auch in sofern mit einem integrierten Konzept, daß ich Techniken unterschiedlicher Ansätze heranziehe. So habe ich Elemente der Konzentrativen Bewegungstherapie, der tiefenpsychologischen Spieltherapie, der Basalen Stimulation, der Basalen Kommunikation und der Sensorischen Integration als nützliches Handwerkszeug erlebt.

Unter Stabilisieren verstehe ich den Aufbau von inneren Strukturen, die das Erleben von Sicherheit, Konstanz und Kontinuität ermöglichen. Dies geschieht erstens durch die Etablierung von externen Strukturen, wie die Beachtung des Settings in den Dimensionen: Zeit, Raum und Person, oder die Einführung von festen Ritualen und wiederholten Aktivitäten innerhalb der Förderung. Die Überschaubarkeit des Settings vermittelt Orientierung und Sicherheit und dient als Stütze der inneren (Ich-) Strukturen. Stabilisierung wird zweitens durch einen kontinuierlichen Beziehungsaufbau erreicht. Es geht hier um bedeutsame Beziehungserfahrungen, wie die Erfahrung von Verlässlichkeit und Zuverlässigkeit, sowie die Erfahrung des 'Gestützt-' und 'Unter-stütztwerdens'. Wirksam wird hier die Holdingfunktion, wie sie Winnicott (1960) definierte. Demnach erfährt die Person existentielle Sicherheit und Kontinuität, in dem sie physischen wie psychischen Halt in der Interaktion erlebt.

Einen dritten Zugang zu Stabilisierungsmomenten ermöglicht der Körper. Seelische Grunderfahrungen beruhen, entwicklungspsychologisch gesehen, auf körperlichen Erfahrungen, die die Person mit sich selbst und mit primären Bezugspersonen macht; nämlich auf die Erfahrung von körperlicher Befriedigung und Körpergrenzen, durch welche die Person zwischen sich und anderen zu unterscheiden lernt. Diese erste elementare Selbsterfahrung - die sich nach Freud im 'Körper-Ich' niederschlägt - bildet die Basisstruktur unserer Psyche und ist somit der Kern unseres psychischen Selbst, unseres seelischen Erlebenszentrums. Traumatische Eingriffe auf die psychische Integrität gehen häufig mit der Bedrohung und Verletzung der eigenen Körpergrenzen einher und hinterlassen Spuren auf sensorischer und motorischer Ebene. Stabilisierende Körperarbeit bedeutet hier unter anderem, die Erfahrung des 'Gehalten-werdens' und das Spüren der eigenen Körpergrenzen zu ermöglichen. Durch ein behutsames Ansprechen aller Sinnessysteme werden angenehme und erholsame Körpererfahrungen unterstützt/ermöglicht. Stabilisieren bedeutet auch bisherige Verarbeitungswege zunächst als sinnvolle Bewältigungsversuche zu akzeptieren. Gerade in kritischen und schmerzhaften Momenten ist es sehr hilfreich, bisherige Verarbeitungswege als Überlebensstrategien zu deuten und zu handhaben.

Mobilisieren konzipiere ich im Sinne von Aktivieren der vorhandenen Ressourcen des Klienten. Ressourcenaktivierung ist insofern in diesem Kontext von zentraler Bedeutung, weil sie die punktuelle Verarbeitung von Teilaspekten der belastenden Erfahrungen ermöglicht. Dazu zählen nicht nur zurückliegende traumatische Erfahrungen sondern auch aktuelle Belastungen, die ebenfalls Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit auslösen. Aktiviert und gestärkt wird das emotionale Ausdrucks- und Handlungsrepertoire des Klienten mit den vorhandenen verbalen und nonverbalen

Kommunikationsmöglichkeiten. Erstrebt wird damit die Integration im „Hier und Jetzt“ von isoliert gespeicherten Körperempfindungen, Gefühlen, Handlungen und Kognitionen. Dieses gezielte Verbinden von Erlebnisebenen wirkt entgegen der dissoziativen und rigidisierten Wiederholungsprozesse des Klienten. Dadurch werden belastende Erfahrungen in einen sinngebenden Rahmen gesetzt und das Erleben der Person erneut in Fluß gebracht. Mobilisieren erfordert in diesem Sinne eine Funktion, die Bion (1962) Containing nannte. Containing bedeutet Rückhalt gewähren, sich sozusagen eine Zeitlang als 'Auffangbecken' der bis dahin unintegrierten Affekte und Empfindungen des Klienten zur Verfügung zu stellen. Diese Filter- und Reizschutzfunktion ist keine intrapsychische Haltung, sondern vielmehr eine Interaktionsform, die den Klienten vor Affektüberflutung bewahrt und ihm neue Verarbeitungswege eröffnet. Erfahrungen von Kontrollgewinn und Einfluß auf das Lebensumfeld sind hier ebenfalls bedeutsam. Dies geschieht in erster Linie durch ein aufmerksames Einbeziehen der situativen Bedürfnisse des Klienten während der Förderung, so daß er sich als einflußreicher Partner innerhalb einer Interaktion erleben kann. Fortschritte in Fertigkeiten und Fähigkeiten des Klienten während der Förderung sind ein indirekter Hinweis für Traumaverarbeitung, ohne daß diese gezielt 'geübt' werden. Die Energie, die die seelische Verletzung bis dahin gebündelt hat, wird freigesetzt und ermöglicht die schrittweise Entfaltung von adaptativen Fähigkeiten im Alltag.

Bis jetzt habe ich über meine direkte Arbeit mit Klienten berichtet. Nun möchte ich auf den präventiven Aspekt meines Arbeitskonzeptes eingehen. Meiner Meinung nach muß eine traumasensitive Begleitung auch präventive Maßnahmen beinhalten. Vorsorge ist auf den Ebenen der primären und sekundären Prävention denkbar. „Primäre Prävention“ bedeutet hier vor allem Informationsvermittlung und Sensibilisierung, z.B. durch Veranstaltungen wie diese oder gezielte psychoedukative Maßnahmen für Mitarbeiter und Angehörige. „Sekundäre Prävention“ muß parallel zur Entwicklungsbegleitung erfolgen und das System unterstützen und aktivieren, z.B. durch Beratung des Teams, das die traumatisierte Person betreut. Teamberatung umfaßt in diesem Kontext die Erarbeitung von Begleitungsstrategien, die die betroffene Person vor Chronifizierung oder Retraumatisierung schützen, sowie Maßnahmen für Mitarbeiter selbst, die auf den bewußten Umgang mit Stress und Belastungsgrenzen abzielen.

Trauma ist toxisch. Es betrifft nicht nur einzelne Menschen. Es betrifft Familien und institutionelle Strukturen, wie WG, Tagesförderstätten, Werkstätten, usw., in denen die traumatisierte Person lebt und wirkt. Die Erstversorgung übernimmt in der Regel das unmittelbare soziale Umfeld aus Familienangehörigen bzw. WG- und Tagesstätten-Mitarbeiter und leistet damit eine wesentliche Stabilisierungsarbeit für traumatisierte Menschen. Betreuer sind durch den unmittelbaren Kontakt mit dem seelischen Schmerz dieser Menschen stark belastet. Mitarbeiter berichten in diesem Zusammenhang von starken Gefühlen, wie Überforderung, Hilflosigkeit, Wut, Angst, Unsicherheit, Besorgtheit, Schuld und innere Unruhe. Solche Reaktionen sind in der Fachliteratur als „sekundäre Traumatisierung“ bekannt. Das Wissen darüber schützt Betreuer vor Burnout-Effekte und eröffnet die Möglichkeit, präventiv an sich selbst oder an Teamkollegen wirksam werden zu können. In diesem Rahmen haben sich eine Reihe von Empfehlungen und psychohygienischen Maßnahmen als besonders wichtig erwiesen. Dazu zählen Maßnahmen organisatorischer Art wie die vorübergehende Verbesserung der Personalbesetzung in der WG, und das Setzen von situativ angemessenen Prioritäten mit entsprechender Aufteilung der Zuständigkeiten. Als weiterhin hilfreich haben sich außerdem erwiesen: Die Schaffung von

Austauschmöglichkeiten im Team, die Sensibilisierung für persönliche Stressreaktionen und Belastungsgrenzen der Arbeit, die Erarbeitung von Ausgleichsmöglichkeiten während und nach der beruflichen Tätigkeit und die Begleitung des Teams durch externes, nicht unmittelbar betroffenes Fachpersonal.

Traumatisierte geistig behinderte Menschen benötigen neben fachspezifische Betreuung ein soziales Umfeld, das sie sensibel für ihre Situation im Alltag begleitet. Daher ist die Koordination zwischen Wohngruppen, Tagesförderstätten und Intensivpädagogik eine sinnvolle und wichtige Aufgabe. Diese Zusammenarbeit stellt sich nach meiner Erfahrung als große Herausforderung dar. Sie ist aber auch unsere gemeinsame Herausforderung, wenn wir möchten, daß die ‚Welt‘ für diese Menschen wieder heimisch wird.