

---

## Trauma und behindertes Leben - zum Auftrag der Pädagogik bei Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen

*"Ich bin mir nicht sicher, aber ich habe das Gefühl, dass Sie mich erklären wollen.  
Bitte bedenken Sie, dass das nicht zu schaffen ist.  
Ein Paradoxon muss man so stehen lassen.  
Trotzdem freue ich mich immer wieder, dass Sie es versuchen."  
(Veronika Raila, spastisch gelähmt und autistisch)*

*„Es steht hier nicht zur Diskussion,  
die Existenz der mentalen Zurückgebliebenheit (...) zu leugnen.  
Aber es muss die Art und Weise kritisiert werden,  
mit der in unserer Gesellschaft dieses Problem angegangen  
und durch die Technik der Behandlung noch verschlimmert  
und in Entfremdung verwandelt wird.“  
(Maud Mannoni 1972)*

---

Im Jahr 2006 verabschiedeten die Vereinten Nationen die Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, welche im Folgejahr von Deutschland unterzeichnet wurde. Ihre besondere innovative Bedeutung liegt in der aktiven Einforderung des Schutzes allgemeiner Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen, die zentral die volle gesellschaftliche Teilhabe, die Achtung der individuellen Autonomie und der sozialen Wertschätzung umfasst (Graumann 2008). Am Grad der Missachtung dieser drei Schlüsselbereiche lässt sich im Geiste der UN-Konvention der Grad der Behinderung festmachen. Somit stellt die Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen einen völlig neuen Verständnisansatz dar, da Behinderung bislang durch das Ausmaß körperlicher, geistiger oder seelischer Defizite und Störungen definiert wurde. Behinderung ist in diesem Sinne als soziales Konstrukt zu verstehen, als „Verbesonderung spezifisch menschlicher Entwicklung in Vielfalt und Differenz unter der Bedingung der Isolation“, also unabhängig von der genetischen oder physischen Bedingtheit des Individuums als Resultat „sozialer Wirklichkeiten, die auf Grund der Plastizität der Natur veränderbar sind, auch wenn sie oft wie versteinert erscheinen.“ (Jantzen 2003). Trotz des festzuhaltenden Paradigmenwechsels durch die UN-Konvention stellen Menschen, insbesondere Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen, neben anderen von Ausgrenzung betroffenen sozialen Gruppen, eine weitere Hochrisikogruppe in Bezug auf die Entwicklung möglicher traumatischer Folgestörungen in ihrer psychischen Entwicklung dar. Eine traumapädagogische oder psychotherapeutische Unterstützung zur Bewältigung belastender Lebenserfahrungen ist für diese Zielgruppe allerdings bisher nur in Ansätzen zu erkennen.

## Trauma und behindertes Leben

Auch wenn es aus behindertenpädagogischer Sicht in den letzten Jahrzehnten erhebliche

Fortschritte in der fachlichen Diskussion und ihrer pädagogischen Umsetzung gab, ist bis zum heutigen Zeitpunkt festzustellen, dass die Lebensrealität von jungen Menschen mit geistigen Behinderungen als eine durch weiter anhaltende Diskriminierung, emotionale Entwertung und physische Übergriffe und damit gewaltgeprägte Wirklichkeit verstanden werden muss, die als solche niemals akzeptiert werden kann. Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen sind also in hohem Maße schweren Belastungserfahrungen ausgesetzt, die sie in einer angemessenen physisch-psychischen Entwicklung beeinträchtigen. Bislang fehlen für Deutschland verlässliche Zahlen, wie viele Kinder und Jugendliche traumatisiert sind, insbesondere wenn sie zudem von geistigen Behinderungen betroffen sind. Folgende Daten vermitteln aber eine bedeutsame Prävalenz, wenn davon auszugehen ist, dass 3% der Bevölkerung einen IQ < 70 aufweisen, welcher das zentrale diagnostische Kriterium für eine „geistige Behinderung“ ist. Menschen mit Behinderungen weisen dabei ein erhöhtes Traumatisierungsrisiko auf (im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung):

- Physischer Missbrauch 9,4 % (4,5 %)
- Sexueller Missbrauch 3,5 % (2,0 %)
- Emotionaler Missbrauch 3,5 % (2,9 %)
- Opfer von Verbrechen 4 x höher
- 64% aller missbrauchten Kinder sind (körperlich oder geistig) behindert (Hensel 2012 a)

Eine Traumatisierung im Sinne einer psychische Verwundung ist zu verstehen als Destruktion des Dialogs eines Menschen mit dem eigenen Selbst, der Umwelt und dem Leben an sich (Kühn 2012). Mädchen und Jungen mit geistigen Behinderungen sind bedingt durch unzureichende Stressbewältigungsstrategien besonders gefährdet, sehr schnell und nachhaltig in diese Destruktionsprozesse zu geraten (Senckel 2008). In der sozialen Interaktion mit Bezugspersonen, denen spezifisches Erklärungswissen zu traumatologischen Zusammenhängen fehlt, kommt es in Folge zu Fehlinterpretationen des kindlichen Verhaltens mit fatalen Konsequenzen, da Kampf-, Flucht oder traumatische Reaktionen nicht als solche erkannt, sondern der sogenannten Behinderungssymptomatik selber zugeschrieben werden. Pädagogische Interventionen finden in diesem Sinne eher als Begrenzung auffälligen Verhaltens und Training anerkannter Umgangsformen statt, die eigentliche Not, die hinter entsprechenden „Störungen“ steht, wird nicht erkannt, ignoriert oder ausgeblendet. Solch eine reduktionistische Betrachtungsweise ist jedoch mehr als unzureichend, um sich der Bandbreite individueller Handlungsweisen unter traumatisierenden Lebensbedingungen bewusst zu werden und entsprechende pädagogische Förderplanungen zu gestalten (Schore 2001, Henniske 2011).

So lässt sich festhalten, dass Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen auf anhaltende Stresserfahrungen und existenzielle Bedrohungen genau so reagieren wie andere Menschen auch, nämlich im Ernstfall mit traumatischen Reaktionen (Seubert,

McDonagh 2002). Wird also unterschieden zwischen verhaltensbezogenen Traumasymptomen und den individuellen Bedingungen, die z.B. eine sogenannte verminderte Intelligenz oder ein beeinträchtigt Abstraktionsvermögen setzen, dann wird deutlich, dass es der traumabedingt beeinträchtigte soziale Austausch neben weiteren Risikofaktoren ist, der das Mädchen oder den Jungen behindert und nicht die individuellen kognitiven Fähigkeiten der einzelnen Persönlichkeit an sich. Behinderung ist somit als eine soziale Konstruktion zu begreifen, die sich umso schwerwiegender gestaltet je weniger sich das Individuum als aktiv handelndes Subjekt in Bezug auf sein eigenes Sein und seiner Geschichte begreifen und erfahren kann (Séguin 2011, Jantzen 2012). Der destruktive Charakter des Traumas stellt in diesem Sinne eine weitere zusätzliche Bedrohung der individuellen Autonomie dar und verstärkt somit die behindernde Lebenswirklichkeit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen.

### ***Risiken in der Familie als primärem Bindungsraum***

Dieser Prozess existenzieller Infragestellung beginnt bereits im vor- und frühen nachgeburtlichen Bereich, wenn werdende Eltern die Nachricht erhalten, dass sie unter Umständen ein behindertes Kind bekommen werden oder dies nach der Entbindung erfahren. Viele persönliche Gespräche mit Eltern aus dem Selbsthilfeumfeld haben immer wieder verdeutlicht, wie kompliziert sich die emotionale Annahme des Kindes realisiert und wie belastend sich diese widersprüchlichen Empfindungen in der Annahme der Elternrolle für eine gelingende Bindung zwischen Eltern und Kind gestalten lässt. Angst, Abwehr und eventuell sogar Ablehnung auf Elternseite sind somit häufig schon Kontrapunkte von Anfang an, mit denen Kinder mit geistigen Behinderungen ihren Weg ins Leben starten (Niedecken 1998, Gahleitner, Loch, Schulze 2012). In dieser Entwicklungsphase der größten Abhängigkeit und Verletzbarkeit bedeutet ein Unvermögen der Eltern, als primäre Bezugs- und Bindungspersonen emotional verfügbar zu sein, für das Kind dasselbe wie Gleichgültigkeit, Verweigerung oder Abwesenheit der Eltern (Gaeth 1999). Solche negativen Beziehungserfahrungen, die ein Mensch in seinem ersten Lebensjahr erlangt, stellen eine zentrale Grundlage für alle weiteren sozialen Begegnungen in späteren Entwicklungsphasen dar (Senckel 2012). Um diesem Risiko entgegen wirken zu können, ist die Beratung und Begleitung von betroffenen jungen Familien unbedingt zu verbessern, da diese mit der Diagnose „geistige Behinderung“ häufig völlig alleine gelassen werden und sich wichtige, wirksame Unterstützungsmöglichkeiten mühsam eigenständig erarbeiten müssen. Und auch wenn die Annahme des Kindes durch die engsten Bezugspersonen gelingt, stellt sich das familiäre Umfeld oftmals später als ein das Individuum in seinen Entwicklungsspielräumen begrenzender „Schutz“ vor einer von den Angehörigen empfundenen bedrohlichen, feindlichen Umwelt dar, in der sich die Autonomieentwicklung des Mädchen oder Jungen mit einer geistigen Behinderung nur zum Teil oder nur unter erschwerten Bedingungen entfalten kann (Uphoff, Kauz, Schellong 2010, Katzenbach 2004). So wachsen diese Mädchen und Jungen häufig in einer überbehütenden und -kontrollierenden Atmosphäre auf, die dann zwar nicht selten von emotionaler Nähe und

Fürsorge, aber gleichzeitiger Entmündigung und erzwungener Passivität geprägt ist. Aus Sorge vor weiteren Angriffen oder Entwertungen durch die Umwelt werden ausdrucksstarke Gefühlsäußerungen des Kindes oder Jugendlichen unterbunden, um in der Öffentlichkeit nicht weiter aufzufallen (Gaedt ebd.). Die Folge ist ein erziehungsbedingt eingeschränktes Gefühlsrepertoire des Kindes, das eine zukünftige selbständige Kontaktaufnahme im zwischenmenschlichen Bereich grundlegend beeinträchtigt, wenn nicht gar verhindert (Seubert, McDonagh ebd.).

### ***Über-Leben in zwiespältigen Wirklichkeiten***

Neben diesen innerfamiliären Faktoren stellen destruktive Umwelterfahrungen in noch weitaus größerem Maße Bedrohungen dar, die als anhaltende Traumatisierungen verstanden werden müssen (Zimmermann 2012).

Oft schon von Geburt an sind Kinder mit geistigen Behinderungen verhältnismäßig häufig begleitend invasiven medizinischen Eingriffen und schmerzhaften Behandlungen oder Therapien ausgesetzt, deren hoch belastende Auswirkungen von außen durch Bezugspersonen nur rudimentär wahrgenommen werden können (Irblich 2012). Sind die Bezugspersonen selber aktiv in diese Behandlungen mit eingebunden, indem sie beispielsweise bei einer physischen Fixierung im Behandlungsprozess helfen sollen, werden diese für das betroffene Kind Teil des Tätersystems und schwere Bindungsstörungen und Traumatisierungen können die Folge sein. Somit ist die Behandlung von Menschen mit geistigen Behinderungen für medizinische Prozesse und ihr Personal eine nicht zu unterschätzende Herausforderung (Harenski 2007).

Mädchen und Jungen mit geistigen Behinderungen zeigen zudem ein 3-4 faches Risiko, Opfer von anderweitigen wiederholten Stress- und Gewalterfahrungen zu werden (Erdélyi, Mischo, 2011). Neben physischer und sexualisierter Gewalt gehören dazu eine Vielzahl an Erfahrungen von Demütigung, Entwertung und sozialem Ausschluss zum Alltag der Kinder und Jugendlichen, wenn deren Bewältigungsmöglichkeiten von Angst und Stress begrenzt sind (Fischer, Riedesser 1999, Hensel 2012 b) und so im Alltag zu einer ständigen Überforderung der Lern- und Leistungsfähigkeit führen (Senckel 2008). So werden Stresserfahrungen zu unbewältigbaren Problemen, die sich in der Summe aufrechnen und in der Wirkung potenzieren (siehe Abb. 1).



*Abbildung 1: Die Traumafaktoren-Mauer bei jungen Menschen mit geistigen Behinderungen*

Ein besonderes Problemfeld stellen Gewalterfahrungen von Mädchen und Jungen mit geistigen Behinderungen dar, die sie in betreuenden Einrichtungen machen. Dort, wo es eigentlich um ihre persönliche Förderung, Entwicklung und ein beziehungsorientiertes Lebensumfeld gehen soll, führen allzu leicht entstehende Überforderungs- und Überlastungsreaktionen der BetreuerInnen zu retraumatisierenden Faktoren und Strukturen, denen die betreuten Kinder und Jugendlichen zumeist hilflos ausgeliefert sind. Diese destruktiven Interaktionsprozesse zeigen sich auf unterschiedlichste Weisen, beginnend mit negativen verbalen und emotionalen Reaktionen der PädagogInnen und können, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt und vermieden werden, schnell im Ausagieren physischer und psychischer Gewalthandlungen enden. Antworten die Kinder und Jugendlichen darauf mit auffälligen Verhaltensweisen, werden diese in der Regel nicht als widerständige oder abwehrende Reaktionen bewertet, sondern als der sogenannten Behinderung inhärente Symptome (Irblich 1999, Kühn 2009 a). Es entsteht ein eskalierende Gewaltspirale, in der die professionellen Fachkräfte auf „unerwünschte“ Verhaltensweisen offen oder verdeckt mit einer Zunahme an pädagogischen und therapeutischen Interventionen reagieren, anstatt den eigentlichen Sinn des Verhaltens in einem verstehenden Prozess zu entschlüsseln und zur wesentlichen Grundlage der Wiederherstellung eines dialogischen Prozesses zu machen (Jantzen 2001). Aus pädagogischen und therapeutischen Hilfen wird so Be-Handlung und die gesellschaftliche Diskriminierung setzt sich so gesehen verschleiert und getarnt als fachliche Hilfe in der betreuenden Einrichtung fort, wenn es nicht zu einer umfassenden Aufarbeitung diskriminierender Wirkungsweisen kommt (Scherr 2011). Dieser Prozess der Aufarbeitung wird nicht auf kurzem Weg zu bewältigen sein, da sich Menschen mit geistigen Behinderungen mit einer widersprüchlichen, zwiespältigen gesellschaftlichen Realität

konfrontiert sehen, die ihnen auf der einen Seite das Recht auf umfassende inklusive gesellschaftliche Teilhabe zugestehen möchte, ihnen auf der anderen Seite z.B. durch die rasante Weiterentwicklung der Pränataldiagnostik (Nieder 2012) ein Lebens- und Existenzrecht abspricht. Ein pädagogischer Ansatz zur Traumabearbeitung versteht sich daher immer auch als ein sozialpolitischer, der die Wurzeln und Ursachen auch struktureller Gewalt in der fachlichen Diskussion nicht ausblendet, sondern im Gegenteil stets dessen Überwindung und ein Ende der Widersprüchlichkeit postuliert.

### **Zum Referenzrahmen der Pädagogik in der Traumabearbeitung**

Im 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung wird die Forderung nach einer erhöhten Traumasensibilität für pädagogische Fachkräfte erhoben, um den besonderen Bedingungen in der Versorgung, Betreuung und Begleitung traumatisierter Mädchen und Jungen gerecht zu werden (Deutscher Bundestag 2009). Ohne entsprechende Kenntnisse psychotraumatologischer Kontexte entwickeln sich pädagogische Betreuungs- und Fördersettings ansonsten nur all zu schnell zu retraumatisierenden Strukturen, die häufig durch eine zunehmende Eskalation von Abwehrreaktionen der betreuten Kinder und Jugendlichen und gleichzeitiger Ablehnungstendenzen bei den betreuenden PädagogInnen geprägt sind.

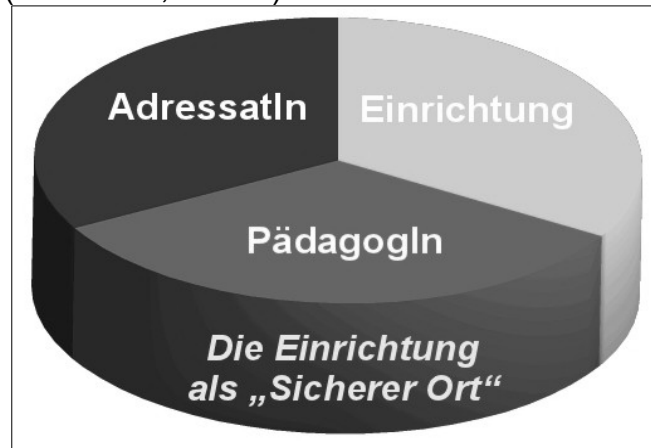
Die Bedeutung sozialer, pädagogischer Arbeit für die Bearbeitung traumatischer Lebenserfahrungen wird bislang all zu oft unterschätzt. Die Fokussierung auf rein klinisch-therapeutische Lösungen ignoriert, dass

- die effizienteste Technik zur Traumabewältigung im Aufbau verlässlicher sozialer Beziehungen besteht (Unfried, Dreiner 2011)
- korrigierende Beziehungserfahrungen hauptsächlich in der pädagogischen, psychosozialen Einflussphäre stattfinden (Gahleitner 2010)
- Chancen für Verhaltensveränderungen auf der Verarbeitung neuer emotionaler Erfahrungen im Rahmen einer entwicklungsfreundlichen Beziehung beruhen (Gaedt ebd.)

Die Diskussion um die Nutzung traumapädagogischer Konzepte bei Mädchen und Jungen mit geistigen Behinderungen wird gegenwärtig noch sehr zurückhaltend geführt, da von diesen Handlungsansätzen angeblich kognitive Leistungen erwartet werden, die von den betroffenen jungen Menschen mit geistigen Behinderungen in dieser Form nicht zu erbringen seien (Irblich, Blumenschein 2011). Dem ist entgegen zu halten, dass sich die dort vorgestellten Alternativvorschläge sehr wohl z.B. in das traumapädagogische Konzept einer „Pädagogik des Sicheren Ortes“ integrieren lassen, da sie im Kern denselben Zielen und Prinzipien folgen, nämlich der individuellen Eigenaktivierung des Mädchens oder des Jungen. Der Prämisse von der Destruktion des Dialogs durch das Trauma folgend, gilt es im pädagogischen Arbeitsfeld genau solche dialogischen Angebote zu gestalten, die es dem Mädchen oder Jungen ermöglichen, neue korrigierende Erfahrungen zwischenmenschlicher Begegnungen, geprägt durch Anerkennung und Wertschätzung, zu machen, die der traumatischen Erwartung des Individuums diametral entgegenstehen. Dies klingt einfach, ist jedoch in seiner

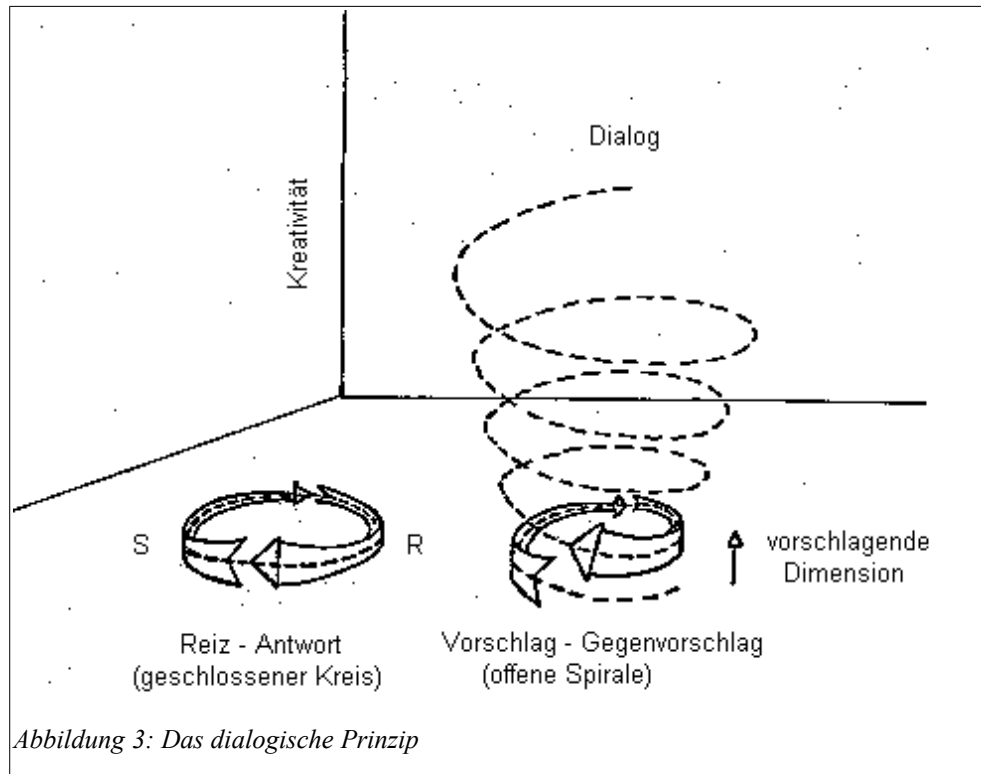
Komplexität nicht zu unterschätzen, da sich traumatisierte Kinder und Jugendliche auch in wohlwollenden, gut gemeinten Beziehungsangeboten vor weiteren Grenzverletzungen auf sehr drastische und wirksame Weise zu schützen versuchen (Herz 2005).

Für die Gestaltung solcher Angebote gilt es also zu beachten, dass es einer ganzheitlichen Sichtweise bedarf, um der zerstörerischen Macht der Traumatisierung Wirksames entgegen setzen zu können. Dazu gehört u.a. die Berücksichtigung der triadischen Reflexion (Kühn ebd., Abb. 2):



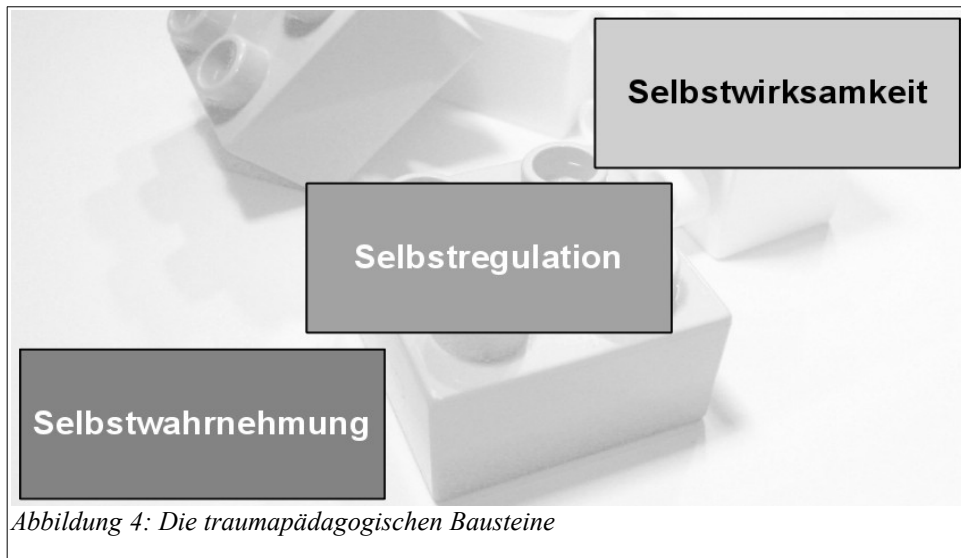
Zur Gestaltung eines „Sicheren Ortes“ bedarf es aber nicht nur einer förderlichen, traumasensiblen Begegnung zwischen Erwachsenem und Kind, sondern auch handlungssicherer Betreuungspersonen und eines ausreichend ausgestatteten organisatorischen und strukturellen Umfeldes. Werden z.B. Überforderungsreaktionen von BetreuerInnen nicht als solche erkannt oder ignoriert, entstehen von Gewalt geprägte Begegnungen, die mal versteckter oder offener ausgelebt werden, da sich die Fachkräfte selber einer verhängnisvollen Dynamik von eigenen Bedrohungsempfindungen, unbewältigbarer Hilflosigkeit und aggressivem Abwehrverhalten ausgesetzt sehen (Wagner 2003). In diesem Sinne wird deutlich, wie wichtig gleichberechtigt eine traumasensible Praxis und eine gute Kompetenz zur Selbstfürsorge der PädagogInnen nebeneinander ist (Weiß 2009). In pädagogischen Arbeitsfeldern mit Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen stellt diese Balance eine besondere Herausforderung dar, da es einer Transformation von der Beobachtung zum Teil erheblich unverständlicher Verhaltensweisen hin zu einem verstehenden Prozess gerade diesen Verhaltens bedarf, welches für das Individuum immer einen hoch sinnhaften Charakter hat. Gelingt diese Transformation nicht, entstehen Machtverhältnisse, in denen institutionelle Strukturen auf angebliche Nichtanpassung der Mädchen und Jungen mit zunehmender Reglementierung und Sanktionierung reagieren und in denen ein Dialog zur Herstellung von Teilhabe so gar nicht erst zustande kommt (Jantzen 2001). Traumapädagogisches Handeln ist somit immer auch aktives gewaltpräventives Handeln, dass die Überwindung zwischenmenschlicher und institutioneller Gewalt zum Ziel hat. Die pädagogische Gestaltung solch eines dialogischen Angebotes ist ein ergebnisoffener Prozess von Vorschlag und Gegenvorschlag (Milani Comparetti, Roser 1987), der erst

den kreativen Prozess für Veränderung eröffnet, in dem sowohl die besonderen Bedingungen der Traumafolgereaktionen als auch der geistigen Behinderungen zu berücksichtigen sind.



Nur in solchen neuen, anders gestalteten zwischenmenschlichen Begegnungen können sich die dysfunktionalen emotionalen Bewertungen traumatisierter Mädchen und Jungen von ständig anhaltender Bedrohung durch andere Menschen beginnen zu verändern. Die Entwicklung einer solchen modifizierten Selbstwahrnehmung stellt den ersten wichtigen traumapädagogischen Baustein dar, der notwendig ist, um die weiteren folgenden Entwicklungsleistungen über die Regulation hin zur Selbstwirksamkeit aus der traumatischen Falle heraus erfolgreich bewältigen zu können:





Für Kinder und Jugendliche mit geistigen Behinderungen hat dabei die Berücksichtigung ihrer individuellen Lebensgeschichte und den daraus abzuleitenden individuellen Bewältigungskompetenzen eine zentrale Bedeutung für die pädagogische Gestaltung entsprechender Entwicklungsräume zur Bearbeitung traumatischer Erfahrungen (Zimmermann ebd.). Dies garantiert die Gewährleistung von Ergebnisoffenheit seitens der PädagogInnen und stellt eine Grundvoraussetzung zur Eigenaktivierung der Mädchen und Jungen dar. Diese Eigenaktivierung ist der Kern traumabewältigender Vorgänge für die eventuell im Einzelfall die Berücksichtigung besonderer Kommunikationsformen durch entsprechend kompetente Fachkräfte hilfreich ist. Nicht über Sprache zu verfügen, bedeutet von umweltbeeinflussenden Prozessen abgekoppelt zu sein. Kommt eine traumabezogene dialogische Destruktion hinzu, sind die grundlegenden Erfahrungen von Isolation und Nichtverstandenwerden übermächtig und ein „fruchtbarer Boden für Verhaltensauffälligkeiten“ ist bestellt (Theunissen 2005). In diesem Sinne ist es auch aus traumapädagogischer Sicht von enormer Bedeutung, sich neue passende Formen der Kommunikation zu erarbeiten, um den traumabedingt zerstörten Dialog wieder aufzunehmen. Vorliegende praktische Beispiele dafür wären u.a.

- die „Unterstützte Kommunikation“ (Erdélyi, Mischo ebd.)
- das „funktionale Kommunikationstraining“ (Sarimski, Steinhausen 2008)
- die „leichte Sprache“ (Netzwerk Leichte Sprache 2008)
- das „TEACCH-Konzept“ (Häussler 2005)
- METACOM (Kitzinger 2013)

und weitere Formen der Visualisierung oder Neustrukturierung von Sprache und Kommunikation, bis hin zur Gestaltung eines basalen Dialogs, der auf Berücksichtigung von Körperspannung, Atem und anderen physischen Reaktionen beruht. Zu berücksichtigen ist also, dass diese Prozesse weder alters- noch intellektabhängig sind, sondern hoch individuell gestaltet werden müssen, da sie von den zur Verfügung stehenden Kommunikationskanälen des Kindes oder Jugendlichen abhängig sind. Kann der Dialog mit dem traumatisierten Mädchen oder Jungen mit einer geistigen

Behinderung angebahnt und aufgebaut werden, lassen sich vorhandene traumapädagogische Konzepte (Weiß ebd., Kühn 2008) sehr wohl auch für die fachliche Arbeit in der Behindertenhilfe adaptieren. Hilfreich unterstützend sind dabei u.a. auch

- die traumapädagogische Bindungsorientierung (Scherwath, Friedrich 2012)
- die „Positive Verhaltensunterstützung“ (Theunissen 2011)
- Methoden der Selbstberuhigung und -stabilisierung (Progressive Muskelrelaxion, Atemübungen, usw.)

Weiterführend kommen so auch partizipativen Prozessen zwischen PädagogInnen und traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen eine besondere entwicklungsfördernde und heilpädagogische Bedeutung zu (Senckel ebd., Perry 2002, Kühn 2009), wie sie z.B. in folgenden methodischen Ansätzen enthalten sind:

- das „personenzentrierte Denken“ (Sanderson, Taylor 2008)
- das „Path“-Konzept (O'Brien, J., Pearpoint, J., Kahn, L. 2010)
- die „Photovoice“-Methode (Palibroda, Krieg, Murdock, Havelock 2009)

So lassen sich unnötige, entmündigende Hilfen, da wo irgend möglich, reduzieren und vorhandene Kompetenzen des Mädchen oder Jungen werden sicht- und abrufbar (Irblich, Blumenschein ebd.) immer mit dem Ziel, so selbständig wie möglich zu sein (Nielsen 2005).

### **Ausblick**

Menschen, die existenzielle, grausame, bedrohliche oder persönlichkeitsentwertende Erfahrungen erleiden mussten, sind niemals nur Opfer. Sie sind ebenso Überlebende, die mit unbeschreiblichem Energieaufwand Leidvolles überstanden haben. Die Anerkennung dessen, was sie erlitten haben, und die Wertschätzung ihrer Überlebensleistung ist der Beginn der Wiederherstellung einer dialogischen Begegnung zwischen dem einzelnen Mädchen oder Jungen mit geistiger Behinderung und der pädagogischen Fachkraft. Die pädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen ist eine große Herausforderung für alle Beteiligten, da vielschichtige Traumaerfahrungen bei ihnen ineinander greifen und somit die Gestaltung traumabearbeitender Entwicklungsräume erheblich beeinträchtigen (Gahleitner 2012). Umso bedeutsamer ist es, dass sich psychotraumatologisches Wissen in heil- und behindertenpädagogischen Arbeitsfeldern etabliert, um die beteiligten Professionellen in die Lage zu versetzen, retraumatisierende Teufelskreise in den Hilfen zu unterbrechen. Dazu braucht es jedoch fach- und themenbezogene Unterstützung und Orientierung für die Fachkräfte (Kinderschutz-Zentrum Kiel o.J., Zottmann-Neumeister 2011), um mit eigenen Belastungen professionell umgehen zu können und für die Mädchen und Jungen verlässliche Bezugspersonen zu sein, die der destruktiven Traumadynamik gegenüber standhaft und handlungssicher sind. Dabei können die Professionellen viel von den wirklichen ExpertInnen lernen: den Eltern von Kindern mit geistigen Behinderungen und anderen Beeinträchtigungen. Diese mussten bereits Ressourcen aktivieren und kreative Wege und Lösungen finden, um ihre Kinder in dieser zwiespältigen Wirklichkeit zu

begleiten und aufzuziehen (Retzlaff 2010). Für die Kinder und Jugendlichen ergeben sich so wirkungsvolle Wege aus der Traumafalle, hin zur Wiederherstellung wirklicher sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe.

(© 2014 Martin Kühn, Julia Bialek)

BT-Drs. 16/12860 (2009): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 13. Kinder- und Jugendbericht und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin: Deutscher Bundestag. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf> (Zuletzt geprüft am 22.03.2013)

Erdélyi, A. & Mischo, S. (2011): Da bist Du sprachlos ...! Theoretische Grundlagen und praktische Perspektiven zur Unterstützten Kommunikation bei geistigen Beeinträchtigungen und herausforderndem Verhalten. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 4/2011

Fischer, G. & Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhardt Verlag

Gaedt, C. (1999): Fremd- und selbstverletzendes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung - Reinszenierung eigener Gewalterfahrung; in: Henricke, K. u. Seidel, M. (Hrsg., 1999): Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung; Berliner Beiträge Bd.8. Diakonie-Verlag

Gahleitner, S.B. (2010): Psychosoziale Traumaarbeit, Traumaberatung und Traumapädagogik; in: Fegert, J., Ziegenhain, U., Goldbeck, L. (Hrsg.): Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland; Juventa

Gahleitner, S.B., Loch, U., Schulze, H. (2012): Psychosoziale Traumatologie – eine Annäherung; in: Schulze, H., Loch, U., Gahleitner, S.B. (Hrsg., 2012): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen; Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 28, Schneider

Graumann, S. (2008): Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen; in: IMEW konkret Nr. 11

Harenski, K. (2007): Geistig behinderte Menschen im Krankenhaus - Alles andere als Wunschpatienten; in: Deutsches Arzteblatt; 104(27)

Häussler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus. Basel

Henricke, K. (2011): Erscheinungsformen auffälligen Verhaltens – Wozu macht es Sinn, diese zu unterscheiden?; in: Henricke, Klaus (Hrsg.): Verhaltensauffälligkeiten Problemverhalten Psychische Störungen – Herausforderungen für die Praxis, Materialien der DGSG, Bd. 25

Hensel, T. (2012 a): EMDR mit Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung; Vortragskript, EMDRIA Tagung Köln

Hensel, T. (2012 b): Ambulante Traumatherapie mit geistig behinderten Kindern und Jugendlichen – Methoden und Techniken; in: Henricke, K. (Hrsg., 2012): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung; Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Herz, B. (2005): Ist die konfrontative Pädagogik der Rede wert?. In: Zeitschrift für Behindertenpädagogik, Psychosozial-Verlag, 04/2005

Irblich, D. (1999): Gewalt und geistige Behinderung. In: Geistige Behinderung 2/99

Irblich, D. & Blumenschein, A. (2011): Traumatisierung geistig behinderter Menschen und pädagogische Handlungsmöglichkeiten. In: Trauma & Gewalt, 01/2011

Irblich, D. (2012): Psychotraumatisierung bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung – Eine Herausforderung für Pädagogen und Therapeuten; in: Henricke, K. (Hrsg., 2012): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung; Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.

Jantzen, W. (2001): Unterdrückung mit Samthandschuhen - Über paternalistische Gewaltausübung (in) der Behindertenpädagogik. In: Müller, A. (Hrsg.): Sonderpädagogik provokativ. Luzern: SZH

- Jantzen, W. (2003): Natur, Psyche und Gesellschaft im heilpädagogischen Feld; in: Zeitschrift für Heilpädagogik 54
- Jantzen, W. (2012): Die Idiotie ist nicht im Gehirn, sie ist nicht draußen und sie ist nicht drinnen. Vortrag auf dem Symposium zum 200. Geburtstag von Edouard Séguin in Marburg, Jan. 2012, verfügbar unter: [http://www.basaglia.de/Artikel/Die Idiotie ist nicht im Gehirn.pdf](http://www.basaglia.de/Artikel/Die%20Idiotie%20ist%20nicht%20im%20Gehirn.pdf) (zuletzt geprüft am 31.01.2013)
- Katzenbach, D. (2004): Das Problem des Fremdverstehens. Psychoanalytische Reflexion als Beitrag zur Professionalisierung geistigbehindertenpädagogischen Handelns. In: Wüllenweber, Ernst (Hg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart: Kohlhammer
- Kinderschutz-Zentrum Kiel, Arbeitskreis Plön (o.J.): Kinder mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Kinder und Gewalt - Empfehlungen für Berufsgruppen. Verfügbar unter: <http://www.kinderschutz-zentrum-kiel.de/Flyer/Kinder%20mit%20Behinderung%20oder%20von%20Behinderung%20bedrohte%20Kinder%20und%20Gewalt%20-%20Empfehlungen%20fuer%20Berufsgruppen.pdf> (zuletzt geprüft am 15.01.2013)
- Kitzinger, A. (2013): Metacom – Symbolsystem zur unterstützten Kommunikation; verfügbar unter <http://www.metacom-symbole.de> (zuletzt geprüft am 12.06.2013)
- Kühn, Martin (2008): Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. In: Trauma und Gewalt, (Jg. 2) 04
- Kühn, M. (2009): Traumapädagogik und Partizipation – Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe; in: Bausum, J., Besser, L., Kühn, M., Weiß, W. (Hrsg.): Traumapädagogik – Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis; Juventa
- Kühn, M. (2012): Trauma als Destruktion des Dialogs mit dem Selbst, der Umwelt und dem Leben an sich. In: Sozial Extra 11|12
- Milani-Comparetti, A., Roser, L.O. (1987): Förderung der Normalität und der Gesundheit in der Rehabilitation - Voraussetzung für die reale Anpassung behinderter Menschen. In: Wunder, M. & Sierck, U. (Hrsg.): Sie nennen es Fürsorge: Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand, Frankfurt am Main; Dr. med. Mabuse
- Netzwerk Leichte Sprache (2008): Leichte Sprache; verfügbar unter <http://www.leichtesprache.org> (zuletzt geprüft am 12.06.2013)
- Niedecken, D. (1998): Namenlos. Geistig Behinderte verstehen. Luchterhand
- Nieder, H. (2012): Umstrittener Bluttest ist auf dem Markt; in: Süddeutsche Zeitung vom 20.08.2012, verfügbar unter <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/down-syndrom-umstrittener-bluttest-ist-auf-dem-markt-1.1383100> (zuletzt geprüft am 18.06.2013)
- Nielsen, L. (2005): Mehrfachbehinderte Menschen – Trainingsobjekte oder Subjekte im Dialog. in: Sinn & Sinne im Dialog, Heft 4
- O'Brien, J., Pearpoint, J., Kahn, L. (2010): The PATH & MAPS Handbook. Person-Centred Ways to Build Community; Inclusion Press
- Palibroda B., Krieg, B., Murdock, L., Havelock, J. (2009): A Practical Guide to Photovoice: Sharing Pictures, Telling Stories and Changing Communities; verfügbar unter: [http://www.pwhce.ca/photovoice/pdf/Photovoice\\_Manual.pdf](http://www.pwhce.ca/photovoice/pdf/Photovoice_Manual.pdf) (zuletzt geprüft am 18.06.2013)
- Perry, B. (2002): Surviving Childhood Part III. Zu finden unter: [http://www.childtraumaacademy.com/surviving\\_childhood/lesson03/page03.html](http://www.childtraumaacademy.com/surviving_childhood/lesson03/page03.html) (zuletzt geprüft am 12.01.2013)
- Retzlaff, R. (2010): Familien-Stärken: Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Klett-Cotta
- Sanderson, H., Taylor, M. (2008): Celebrating Families; HSA Press
- Sarimski, K., Steinhausen, H.-C. (2008): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Göttingen
- Scherr, A. (2011): Was meint Diskriminierung?. In: Sozial Extra 11|12
- Scherwath, C., Friedrich, S. (2012): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung; Reinhardt

- Schore, A. (2001): The effects of secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and mental health. In: Infant Mental Health Journal, 22
- Séguin, E.. (2011): Moralische Behandlung, Hygiene und Erziehung der Idioten [1846]. Marburg
- Senckel, B. (2008): Wunden, die die Zeit nicht heilt. In: Geistige Behinderung, 03/2008
- Senckel, B. (2012): Die sichere Bindung als Chance für das traumatisierte Kind; in: Hennische, K. (Hrsg., 2012): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung; Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
- Seubert, A., McDonagh, J. (2002): EMDR mit geistig behinderten Menschen. Zu finden unter: <http://www.traumatherapie.de/users/seubert/seubert.html> (zuletzt geprüft am 28.03.2013)
- Theunissen, G. (2005): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten; Bad Heilbrunn
- Theunissen, G. (2011): Positive Verhaltensunterstützung; Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V.
- Unfried, N., Dreiner, M (2011):. Hilflose Helfer; in: ZPPM, 9. Jg., Heft 1
- Uphoff, G., Kauz, O., Schellong, Y. (2010): Junge Menschen mit geistiger Behinderung am Übergang zum Erwachsenwerden - Bildungsprozesse und pädagogische Bemühungen. In: Zeitschrift für Inklusion, Nr. 1
- Wagner, W. (2003): Wenn die Beziehung ins Wanken gerät; Orientierung 3/2003
- Weiß, W. (2009): Phillip sucht sein Ich. Juventa
- Zimmermann, D. (2012): Behinderung und Psychotraumatologie. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 01/2012
- Zottmann-Neumeister, F. (2011): Pflegekinder mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen; in: Forum Erziehungshilfen, 4/2011

*zuerst erschienen in:*  
*Silke Gahleitner, Thomas Hensel, Martin Baierl, Martin Kühn, Marc Schmid (Hrsg., 2014):*  
*Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern:*  
*Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik; Vandenhoeck & Ruprecht*