



Schriftleitung: Prof. Dr. Erik Weber, Philipps-Universität Marburg, Pilgrimstein 2, 35032 Marburg, Tel.: 06421-2823828, Fax: 06421-2824914, E-Mail: erik.weber@uni-marburg.de

Ständige Mitarbeiter:innen: Prof. Dr. Georg Feuser, Zürich | Prof. Dr. Christiane Hofmann, Gießen | Prof. Dr. Reimer Kornmann, Heidelberg | Prof. Dr. Rudi Krawitz, Koblenz | Dr. med. Horst Lison, Hannover | Prof. Dr. Holger Probst, Marburg | Prof. Dr. Helmut Reiser, Hannover | Prof. Dr. Peter Rödler, Koblenz | Prof. Dr. Alfred Sander, Saarbrücken | Prof. Dr. Ursula Stinkes, Reutlingen | Prof. Dr. Hans Weiss, Reutlingen

## Inhalt

Editorial	103
Menschen mit Behinderungen und traumatischen Lebenserfahrungen in besonderen Wohnformen Eine besonders vulnerable Zielgruppe <i>Ann-Kathrin Scholten</i>	106
Pädagogische Karrieren Die Flakhelfer-Generation der Heil- und Sonderpädagogik <i>Thomas Hoffmann</i>	131
Sind Inklusionsprojekte (noch) pädagogisch? <i>Hendrik Trescher</i>	146
Die strukturbezogene Untersuchung von Kommunikation und Kooperation im Kontext Schule Hausaufgaben oder die verpasste Chance, über Prozesse der Resymbolisierung institutionelle Verfestigungen partiell zu verflüssigen und die Machtverhältnisse zu verändern <i>Daniel Barth</i>	166

## **Behindertenpädagogik in Hessen**

Schwerpunktthema: Inklusion und Teilhabe	184
<b>Beziehungsorientiertes inklusives Klassenmentoring in Kassel (biKK)</b>	186
Ein Konzept zur postgradualen Professionalisierung von Lehrkräften im Umgang mit herausfordernden Klassen <i>Mara Walch, Susanne Jurkowski &amp; Andreas Behnken</i>	
<b>Bildung bei chronisch kranken Schüler:innen</b>	192
Einbezug einer längerfristig erkrankten Schülerin in den täglichen Unterricht durch den Einsatz eines Avatars <i>Angela Meyer</i>	
<b>Aus der Verbandsarbeit</b>	195
<b>Impressum</b>	200

# Editorial

Behindertenpädagogik 2/2024, 63. Jg., 103–105  
<https://doi.org/10.30820/0341-7301-2024-2-103>  
[www.psychosozial-verlag.de/bp](http://www.psychosozial-verlag.de/bp)

Liebe Leser:innen,

am 27.02.2024 fand in Berlin die Veranstaltung »Neuer Schwung für die UN-BRK in Deutschland: Wie weiter nach der zweiten Staatenprüfung?«, veranstaltet vom Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Jürgen Dusel, und dem Deutschen Institut für Menschenrechte, statt.

Der Tenor dieser Veranstaltung war klar: Es ist bislang noch viel zu wenig geschehen! Das bezieht sich auf alle Felder, die auch Gegenstand von Foren auf der genannten Veranstaltung waren: Sowohl im Bereich *Bildung*, als auch in den Bereichen *Barrierefreiheit*, *Gewaltschutz*, *Betreuungsrecht*, *Arbeit*, *Wohnen*, *Partizipation* und *Umsetzungsstrukturen* sowie *Verhinderung von Zwang* ist der Handlungsbedarf, sich an die Erfordernisse der UN-BRK anzunähern, weiterhin groß.

So ist beispielsweise dem Thema des De-Institutionalisierens – hier schon des Öfteren Gegenstand des Editorials gewesen – eine erfreuliche Aufmerksamkeit zuteil geworden, was nicht zuletzt an den überaus interessanten Vorgaben des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum Abbau von Sondereinrichtungen, den *Leitlinien zur Deinstitutionalisierung* liegt (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention, 2023). Hier heißt es unmissverständlich: »Institutionalisierung widerspricht dem Recht von Menschen mit Behinderungen auf ein selbstbestimmtes Leben und Inklusion in die Gemeinschaft« (ebd., S. 2), und Deinstitutionalisierung »umfasst miteinander verknüpfte Prozesse, die sich darauf konzentrieren sollten, Menschen mit Behinderungen ihre Autonomie, Wahlfreiheit und Kontrolle darüber zurückzugeben, wie, wo und mit wem sie leben wollen« (ebd., S. 3).

Dass die Verhältnisse in Deutschland weiterhin weit entfernt davon sind, fassen jüngst Seifert und Metzler fast schon resignativ wie folgt zusammen:

»Der Wandel der Betreuungskonzepte hat das Hilfesystem jedoch nicht grundlegend verändert. Es ist geprägt durch ein Nebeneinander von tradierten Konzepten und individuellen sozialraumorientierten Unterstützungssettings. »Besondere

Wohnformen« im Sinne stationärer Angebote dominieren. Insbesondere für Menschen mit höherem Unterstützungsbedarf gibt es kaum Alternativen zum Leben im Heim« (Seifert & Metzler, 2024, S. 99f.).

Das Zukunftsprojekt hieße daher Wahlfreiheit schaffen durch mehr ambulante Unterstützungsangebote und die oben erwähnten Leitlinien zur Deinstitutionalisierung fordern daher auch eine umfassende Bestandsaufnahme in den Vertragsstaaten, bezüglich folgender Punkte: Relevante Rechtsvorschriften, Einrichtungsstrukturen, gemeindenahen Dienste, Entwicklung neuer Unterstützungssysteme, Qualifikationen des Personals und bezüglich arbeitsmarktpolitischer Entwicklungen in den relevanten Sektoren (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention, 2023, S. 11f.).

Weitere programmatische Herausforderungen ließen sich hier stichpunktartig ergänzen:

- Eine konsequente Umsetzung des Anspruches auf eine sozialräumliche Orientierung der Unterstützungsleistungen;
- die Schaffung funktionierender Beratungs- (!) und Beteiligungsmöglichkeiten (bei den Themen Wahlmöglichkeiten, Teilhabeplanung etc.);
- die Koordination von Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen und deren Finanzierung (im Kontext des BTHG);
- eine Analyse von Prozessen der (De-)Professionalisierung im Kontext des Fachkräftemangels;
- (Weiter-)Entwicklung von Standards für die unterstützte Teilhabe von behinderten Menschen (für noch bestehende Einrichtungen bzw. für neu zu schaffende Unterstützungsdienste).

Zu fordern wäre überdies zum gegenwärtigen Zeitpunkt daher Folgendes:

- Es gibt bereits Versuche, Qualitätsstandards für eine Unterstützung zur Teilhabe (im Lebensbereich Wohnen) zu erstellen (vgl. Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft, 2021). Solche Eckpunkte müssen weiter ausgearbeitet werden (unter stärkerer Einbindung von Menschen mit Institutionalisierungs-Erfahrung!) und einerseits in noch bestehende Einrichtungen getragen werden bzw. in neu zu schaffende Unterstützungsdienste implementiert werden.
- Die in den Leitlinien zur Deinstitutionalisierung skizzierte *Bestandsaufnahme* muss in Deutschland umgesetzt werden. Es müssen (partizipative) Forschungsvorhaben über die aktuelle Lebenssituation von institutionalisierten Menschen mit Beeinträchtigungen (Anzahl, Orte, Lebensbedingungen, Perspektiven etc.) und bezüglich vorhandener gemeindenaher Unterstützungssettings (best practice) ermöglicht und durchgeführt werden.
- Die Erstellung des in den Leitlinien zur Deinstitutionalisierung geforderten »qualitativ hochwertigen und strukturierten Plans für die Deinstitu-

tionalisierung« (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention, 2023, S. 12) muss in Deutschland umgesetzt werden, ggf. mittels einer (der Planerstellung vorgelagerten) Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages, wie es im weiteren Kontext der *gesellschaftlichen Inklusion* weiterhin im Rahmen der Initiative des Vereins *Politik gegen Aussonderung* (POgA)<sup>1</sup> gefordert wird.

Die Beiträge in vorliegendem Heft berühren diese Belange nur indirekt, aber sie alle verstehen sich in einer kritischen Traditionslinie der Aufdeckung von Aussonderung und Ermöglichung von Teilhabe!

Erik Weber  
Die Redaktion

## Literatur

- Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (2021). *Standards zur Teilhabe von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und komplexen Unterstützungsbedarf*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Deutsches Institut für Menschenrechte, Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention (2023). *Leitlinien zur Deinstitutionalisierung. Vorgaben des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen zum Abbau von Sondereinrichtungen*. Berlin. <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/detail/leitlinien-zur-deinstitutionalisierung> (06.03.2024).
- Seifert, M. & Metzler, H. (2024). Entwicklung und Stand der Forschung zum unterstützten Wohnen von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen in Deutschland. In F. Dieckmann, T. Heddergott & A. Thimm (Hrsg.), *Unterstütztes Wohnen und Teilhabe* (S. 33–114). Wiesbaden: Springer VS.

1 Vgl. <https://politik-gegen-aussonderung.net/initiative/> (06.03.2024).

# Menschen mit Behinderungen und traumatischen Lebenserfahrungen in besonderen Wohnformen

## Eine besonders vulnerable Zielgruppe

Ann-Kathrin Scholten

Behindertenpädagogik 2/2024, 63. Jg., 106–130  
<https://doi.org/10.30820/0341-7301-2024-2-106>  
[www.psychosozial-verlag.de/bp](http://www.psychosozial-verlag.de/bp)

*Zusammenfassung:* Menschen mit Behinderungen haben ein deutlich erhöhtes Risiko, traumatische Lebenserfahrungen zu machen und Traumafolgesymptome zu entwickeln – insbesondere, wenn sie in besonderen Wohnformen leben. Eine geringe soziale Einbindung, Armut, geringe Bildungsabschlüsse und fehlende Beratungs- und Therapieangebote potenzieren das Risiko häufig. Mit der Traumapädagogik liegt ein Ansatz vor, mit dem Wohnangebote traumasensibel gestaltet werden können, um Betroffenen ein sicheres Lebensumfeld zu bieten. Eine Perspektive auch für besondere Wohnformen für erwachsene Menschen mit Behinderungen.

*Schlüsselwörter:* traumatische Lebenserfahrungen, Entwicklungstraumatisierungen, besondere Wohnformen, Menschen mit Behinderungen, Traumapädagogik

People with disabilities who experienced traumatic life events  
A vulnerable group in residential homes

*Abstract:* People with disabilities are at a high risk to experience traumatic life events and to develop trauma sequelae – especially when living in residential homes. A lack of social inclusion, poverty, low levels of education and deficient options of therapy and counselling often increase the risk. Traumapedagogy is an approach to create trauma informed residential homes and to offer a secure living environment. A chance also for residential homes for adult people with disabilities.

*Keywords:* traumatic life events, adverse childhood experiences, residential homes, people with disabilities, traumapedagogy

## Einleitung

Menschen mit Behinderungen sind eine besondere Risikogruppe hinsichtlich des Erlebens und Verarbeitens traumatischer Lebenserfahrungen – insbesondere,

wenn sie in besonderen Wohnformen leben; gleichzeitig ist diese Betroffenen-Gruppe noch selten im Blick. Der vorliegende Beitrag soll für das Risiko und die besondere Situation von Menschen mit Behinderungen und traumatischen Lebenserfahrungen sensibilisieren und praktische Möglichkeiten traumasensibler Begleitung aufzeigen.

Dazu wird zunächst ein gemeinsames Verständnis traumatischer Lebenserfahrungen entwickelt und es werden mögliche Folgen jener dargestellt. Auf dieser Grundlage wird die besondere Vulnerabilität von Menschen mit Behinderungen für traumatische Lebenserfahrungen herausgestellt, um anschließend besondere Wohnformen als Risikoräume für traumatische Lebenserfahrungen in den Blick zu nehmen. Verschiedene traumpädagogische Ansätze werden abschließend als Perspektiven für eine traumasensible Gestaltung besonderer Wohnformen vorgestellt, sodass deutlich werden kann, welche Möglichkeitsräume sich auch in besonderen Wohnformen für korrigierende/heilende Erfahrungen entwickeln können.

## **Traumatische Lebenserfahrungen – Definition und Folgen**

Um die Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen, die traumatische Lebenserfahrungen gemacht haben und in besonderen Wohnformen leben, genauer in den Blick nehmen zu können, ist zunächst ein gemeinsames Verständnis von traumatischen Lebenserfahrungen wichtig.

### **Definition traumatischer Lebenserfahrungen**

Der Begriff Trauma stammt ursprünglich aus dem Griechischen (»traûma«) und kann übersetzt werden mit »Verletzung« oder »Wunde« (vgl. Fischer & Riedesser, 2020, S. 24). Nachdem er zunächst vor allem in der Medizin verwendet wurde, um unterschiedliche Verletzungen zu beschreiben, fand er im 19. Jahrhundert zunehmend Eingang in die Psychologie. Dort hat sich die Bezeichnung »Trauma« zur Benennung seelischer Verletzungen, die nach verschiedenen belastenden Ereignissen eintreten können, inzwischen fest etabliert (vgl. Lackner, 2004, S. 3).

Eine in der Psychotraumatologie weitreichend anerkannte Definition traumatischer Lebenserfahrungen stammt von Fischer und Riedesser. Sie beschreiben ein Trauma als ein »vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt« (Fischer & Riedesser, 2020, S. 88).

Nach dieser Definition gibt es folglich vier Merkmale für traumatische Lebenserfahrungen:

1. Es besteht eine bedrohliche Situation.
2. Ein individueller Mensch kann mit seinen vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten (z. B. sich wehren, fliehen, um Hilfe bitten) diese Situation aus eigener Kraft nicht beenden.
3. Daraus entsteht ein Gefühl von Hilflosigkeit und schutzlosem Ausgeliefertsein.
4. In der Konsequenz ist häufig der Blick auf sich selbst und die Welt langfristig erschüttert – Betroffene nehmen beispielsweise die Welt als grundsätzlich bedrohlich und sich selbst als grundsätzlich wertlos wahr (vgl. van der Kolk, 2021, S. 26f.).

Daraus ergibt sich, dass traumatische Lebenserfahrungen immer höchst individuell sind und es von den Ressourcen einer Person abhängt, ob eine bedrohliche Situation für sie zum Trauma wird. Dennoch gibt es einige Erfahrungen, die für viele Menschen traumatisch sind. Dazu zählen vor allem Gewalterfahrungen, Folter, Flucht, Kriege, Naturkatastrophen, (schwere) Unfälle oder (plötzliche) Todesfälle unter besonderen Umständen wie Morde oder Suizide (vgl. ebd., S. 31).

Besonders hervorzuheben sind zudem sogenannte »Entwicklungstraumatisierungen«. Unter diesem Begriff werden belastende Entwicklungsbedingungen in der Kindheit zusammengefasst, die oft besonders nachhaltige Folgen für die Entwicklung und das gesamte Leben der davon betroffenen Menschen haben. Zu diesen Bedingungen zählen beispielsweise

- wiederholte Gewalt (durch Eltern/enge Bezugspersonen) in der Kindheit,
- das Aufwachsen in einem Klima von emotionaler Gewalt durch Entwerten, Erniedrigen, Ignorieren oder Isolieren des Kindes,
- körperliche und/oder psychische Vernachlässigung (vgl. ebd., S. 192ff.).

## **Mögliche Folgen traumatischer Lebenserfahrungen**

Wie bereits angedeutet, können traumatische Lebenserfahrungen nachhaltige Folgen für die Lebensvollzüge und die Entwicklung eines Menschen haben. Dies liegt insbesondere darin begründet, dass sich durch traumatische Lebenserfahrungen Prozesse im Gehirn verändern können, die zu einer anderen Verarbeitung von (auch nicht traumatischen) Erlebnissen führen als dies bei Menschen ohne Traumata der Fall ist (vgl. dazu z. B. van der Kolk, 2021). Daraus ergibt sich auch, dass Betroffene selbst wenig bis keinen Einfluss auf diese Symptome haben, auch wenn sie ihnen kognitiv bewusst sind. Welche der unten beschriebenen Folgen und Symptome sich konkret bei einem betroffenen Menschen zeigen, ist sehr individuell und abhängig von biologischen, psychologischen und sozialen Dispositionen. Außerdem können sich Traumafolgen über die Zeit verändern oder erst nach Jahren erstmals auftreten (vgl.



Seidler, 2013, S. 112; Glaesmer et al., 2019, S. 572f.; Streeck-Fischer, 2019, S. 548).

## Typische Traumafolgesymptome

Bei von traumatischen Lebenserfahrungen betroffenen Menschen zeigen sich oft Symptome aus drei verschiedenen Merkmalsbereichen: Überregungszeichen, überwältigende Erinnerungen und Flashbacks, Vermeidungsverhalten und Dissoziationen. Tabelle 1 gibt einen differenzierten Überblick über die Definition der Merkmalsbereiche und darüber, wie Symptome sich im Alltag eines Menschen zeigen können (vgl. Seidler, 2013, S. 112f.; Krüger, 2014, S. 46ff.; Weiß et al., 2014; Hecker & Maercker, 2015, S. 549; Herman, 2018, S. 47ff.; Wagner, 2019, S. 212ff.; van der Kolk, 2021, S. 26ff.).

Tabelle 1: Typische Traumafolgesymptome

Merkmalsbereich + Definition	Mögliche Ausprägungen
<p>Überregungszeichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Stete Bereitschaft des Organismus, auf eine möglicherweise auftretende Gefahr zu reagieren</li> <li>– Die erhöhte Reaktionsbereitschaft besteht sowohl im Schlaf als auch im Wachzustand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erhöhte Wachsamkeit</li> <li>– Schreckhaftigkeit</li> <li>– Reizbarkeit</li> <li>– Motorische Unruhe</li> <li>– Innere Unruhe</li> <li>– Konzentrationsschwierigkeiten</li> <li>– Schlafstörungen wie Ein- und Durchschlafprobleme</li> <li>– Gefühls- und Stimmungsschwankungen</li> <li>– Wut- und Impulsdurchbrüche</li> <li>– Chronische Schmerzen</li> <li>– Vegetative Zeichen von Anspannung wie erhöhte Herzfrequenz, schnelle Atmung, erhöhter Blutdruck</li> </ul>
<p>Überwältigende Erinnerungen und Flashbacks</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Belastende und ungewollte Erinnerungen an das traumatische Erleben, die wieder in das Bewusstsein drängen, eine Ablenkung ist kaum möglich</li> <li>– Die Erinnerungen betreffen oft die schlimmsten Momente einer traumatischen Situation</li> <li>– Überwältigende Erinnerungen und Flashbacks können sowohl im Wachzustand als auch in Träumen auftreten</li> <li>– Während bei überwältigenden Erinnerungen eine Unterscheidung zwi-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sinneseindrücke und Affekte werden wie in der traumatischen Situation erneut durchlebt, inkl. Gerüchen, Geschmäckern, Geräuschen etc.</li> <li>– Gefühle von panischer Angst bis hin zu Todesangst</li> <li>– Panikattacken mit teils starken vegetativen Symptomen wie Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Zittern, Schwitzen Herzrasen</li> <li>– Gefühle von Ohnmacht und tiefer Verzweiflung</li> <li>– Gefühle von Betäubung und innerer Leere</li> <li>– Traumatische Träume, in denen das traumatische Erleben wie real wirkt; Träume ha-</li> </ul>

Merkmalsbereich + Definition	Mögliche Ausprägungen
<p>schen Gegenwart und Vergangenheit noch möglich ist, ist dies bei Flashbacks nicht der Fall; für Betroffene wirkt es, als passiere das traumatische Geschehen in der aktuellen Situation</p>	<p>ben oft die immer gleiche und sich wiederholende Form</p>
<p>Vermeidungsverhalten und Dissoziationen          – (unbewusster) Versuch, sich vor der erneuten Konfrontation mit dem traumatischen Geschehen und den damit verbundenen Erinnerungen/Gefühlen zu schützen          Dissoziationen sind eine Sonderform der Vermeidung und bezeichnen die (unbewusste) Abspaltung von der eigenen Körper- und Gefühlswahrnehmung</p>	<p>Vermeidungsverhalten          – Vermeidung von Situationen, Orten, Gegenständen, Personen, Hobbies etc., die mit der traumatischen Situation in Verbindung stehen; oft geht damit ein sozialer Rückzug einher          Numbing als Form emotionaler Vermeidung          – Emotionale Taubheit/Abflachung der Gefühlswahrnehmung          – Gefühl der emotionalen Entfremdung von anderen Menschen          – Gefühl, die eigene Zukunft ist eingeschränkt/das eigene Leben verkürzt          – Versuch, Gedanken, Gefühle und Erinnerungen an das traumatische Geschehen und zu unterdrücken          Dissoziationen          – Depersonalisation als Abspaltung von der eigenen Körperwahrnehmung (»über sich schweben«, »neben sich stehen«)          – Derealisation als Abspaltung von der Umwelt (»sich wie im Film fühlen«)          – Dissoziative Spaltung der Persönlichkeit in verschiedene Ich-Anteile, die den Betroffenen aber bewusst sind          – Dissoziative Amnesie als Fehlen von Erinnerungen an das traumatische Erleben          – Unwillkürliches Bewegen bis hin zu unbewussten Ortswechseln/Weglaufen          – Taubheitsgefühle in verschiedenen Körperbereichen          – Probleme bei der sensorischen Wahrnehmung</p>

Häufig werden typische Traumafolgesymptome durch sog. *Trigger* (*Hinweisreize*) ausgelöst. Diese Trigger stehen zumeist in irgendeinem Zusammenhang zu der ursprünglichen traumatischen Situation, sodass Betroffene sie (unbewusst) mit dem traumatischen Geschehen assoziieren und können sehr vielfältig sein, z. B. Berührungen, Personen mit Ähnlichkeiten zu Tatpersonen, Geschmäcker, Gerüche, Gegenstände, Orte, klimatische Verhältnisse, aktuelle Ereignisse/Medienberichte oder Jahrestage (vgl. Herman, 2018, S. 47ff.; Wagner, 2019, S. 218).

## Mögliche Folgen von Entwicklungstraumatisierungen

Forscher:innen, die sich schwerpunktmäßig Entwicklungstraumatisierungen widme(te)n, stellen heraus, dass neben den genannten typischen Traumafolgesymptomen bei Menschen mit Entwicklungstraumatisierungen andere Folgen für das Leben und die Entwicklung zusätzlich eine große Rolle spielen (vgl. Terr, 1995; van der Kolk, 2021):

- Repetitive Verhaltensweisen, z. B.:
  - Motorische Stereotypen wie Wiegebewegungen des eigenen Körpers
  - Traumatisches Spiel (insbesondere bei Kindern) – das Erlebte wird im Spiel immer wieder reinszeniert
  - Reinszenierung der traumatischen Situationen in aktuellen Beziehungen – sowohl in der Rolle der betroffenen Person (unterwürfiges, angepasstes Verhalten) als auch in der Rolle der Tatperson (aggressives, dominierendes Verhalten)
- Traumaspezifische Ängste, z. B.:
  - Ängste verlassen zu werden, Trennungsängste
  - Angst vor dem Trauma ähnlichen Situationen
  - Angst vor unbekanntem/neuen Erfahrungen – Betroffene verharren daher teilweise auch in Beziehungen/Situationen, von denen traumatischer Stress ausgeht
- Veränderte/durch das Trauma geprägte Einstellung zu sich selbst, zum Leben, zu anderen Menschen und zur Zukunft, z. B.:
  - Gefühle von eigener Unzulänglichkeit, Wertlosigkeit, Wirkungslosigkeit
  - Probleme in der Selbstwahrnehmung und fehlendes Selbst(-wert)gefühl
  - Negative Zukunftserwartungen
  - Verlust des Vertrauens in andere Menschen und Unfähigkeit, Unterstützung anzunehmen bei gleichzeitigem großem Bedürfnis nach Versorgung
  - Mangelnde Empathiefähigkeit
  - Fehlende Wahrnehmung von Gefahren für das eigene Leben/die eigene Gesundheit
- Dysregulation von Gefühlszuständen/Emotionen, z. B.:
  - Rasch wechselnde und intensiv wahrgenommene Stimmungen und Gefühle
  - Heftige Reaktionen auch auf eher geringe emotionale Reize
  - Schwierigkeiten, eigene Gefühle zu beschreiben
  - Schwierigkeiten, sich (selbst) zu beruhigen
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme, z. B.:
  - Mangelnde Konzentration und leichte Ablenkbarkeit
  - Verweigerung von Leistungserwartungen/(plötzlicher) Leistungsabfall/Unfähigkeit, das eigene Potenzial auszuschöpfen

- Schwierigkeiten, flexibel auf Situationen zu reagieren
- Probleme beim planenden und vorausschauenden Denken sowie bei der zeitlichen und räumlichen Orientierung
- Schwierigkeiten beim Erfassen von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen und ggf. eigener Beteiligung darin (vgl. van der Kolk, 2009, S. 578ff.; Brisch, 2013, S. 158; Herman, 2018, S. 51; Glaesmer et al., 2019, S. 569; Streeck-Fischer, 2019, S. 551ff.; Fischer & Riedesser, 2020, S. 323; van der Kolk, 2021, S. 192f.).

Gerade bei Menschen mit Entwicklungstraumatisierungen kann zudem häufig eine Komorbidität mit weiteren psychischen Erkrankungen beobachtet werden. Besonders zu erwähnen sind: Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen (insbes. Borderline), Psychosen, Depressionen, Zwangs- und Angsterkrankungen, Psychosen, Essstörungen und selbstverletzendes Verhalten (vgl. Reardon et al., 2014; Dulz & Rönfeldt, 2019).

### **Folgen traumatischer Lebenserfahrungen bei Menschen mit Behinderungen**

Bislang gibt es wenige Studien zu den Folgen traumatischer Lebenserfahrungen bei Menschen mit Behinderungen. Eine größere deutsche Studie führte Leiersender (2015) durch, indem sie Berater:innen von 56 Beratungsstellen in Niedersachsen nach den von ihnen wahrgenommenen Traumafolgen bei Frauen mit Lernschwierigkeiten fragte. Heinke et al. (2019) interviewten sieben Menschen mit Behinderungen und eine Bezugsperson nach wahrgenommenen Folgen von traumatischen Lebenserfahrungen. Bereits 1996/1997 beschäftigten sich in Österreich Zemp und Pircher bzw. Zemp, Pircher und Schoible mit den Folgen sexualisierter Gewalt bei Frauen und Männern mit Behinderungen. Sie befragten dazu Menschen mit Behinderungen selbst nach ihrer psychischen Gesundheit und wahrgenommenen Belastungen.

Ohne an dieser Stelle detailliert auf die Ergebnisse eingehen zu können, lässt sich Folgendes aus den genannten Studien resümieren: Die Symptome von Menschen mit und ohne Behinderungen unterscheiden sich nach aktuellen Erkenntnissen nicht grundsätzlich – Unterschiedlichkeiten liegen eher in der ohnehin gegebenen Individualität von Traumafolgen (vgl. Zemp & Pircher, 1996; Zemp et al., 1997; Leiersender, 2015). Gleichzeitig können Behinderungen wie Lernschwierigkeiten oder Sprachstörungen an sich Folgen traumatischer Lebenserfahrungen sein (vgl. Amor, 2015, S. 51).

Dennoch betont Leiersender (2015, S.72), dass es Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen gibt, welche vor allem im Umgang mit Traumafolgen liegen. Dazu zählt zunächst, dass Traumafolgesymptome bei Menschen mit Behinderungen seltener als solche erkannt und häufiger als durch die Behinderungen bedingte Verhaltensauffälligkeiten interpretiert

werden. Dies kann einerseits darin begründet liegen, dass Menschen mit Behinderungen (v. a. Menschen mit Lernschwierigkeiten) größere Schwierigkeiten haben, ihre psychischen Belastungen mit traumatischen Lebenserfahrungen in Verbindung zu bringen und dann entsprechend zu berichten, zum Beispiel auch aufgrund eines mangelnden Wortschatzes. Andererseits fehlt vielen Bezugspersonen von Menschen mit Behinderungen spezifisches Fachwissen aus dem Themenbereich der Psychotraumatologie, sodass sie Traumafolgen schwerer erkennen können (vgl. Amor, 2015, S. 51; Kühn & Bialek, 2017, S. 227; Grüter, 2019, S. 22; Liesegang, 2023, S. 247). Weiterhin gibt es für Menschen mit Behinderungen zu wenige therapeutische und beraterische Angebote. Dies konnten u. a. Göpner und Maskos (2015) in einer Studie zu Beratungsangeboten für Frauen mit Behinderungen verdeutlichen. Beratungsangebote sind oft nicht ausreichend barrierefrei oder bieten aufgrund eines (vermuteten) Mangels an beraterischen Kompetenzen keine Beratung für Menschen mit Behinderungen an. Darüber hinaus erreichen Informationen über Beratungsangebote betroffene Menschen mit Behinderungen selten, u. a., weil Informationsmaterial nicht (barrierefrei) verfügbar ist oder Betroffene sich von jenem nicht angesprochen fühlen (vgl. Göpner & Maskos, 2015; Amor, 2015).

Hier deutet sich bereits eine höhere Vulnerabilität von Menschen mit Behinderungen an, welche nachfolgend vertiefend in den Blick genommen wird.

## **Menschen mit Behinderungen – eine besonders vulnerable Gruppe**

Zwei Perspektiven auf das Leben von Menschen mit Behinderungen werden in diesem Abschnitt fokussiert, um die besondere Vulnerabilität von Menschen mit Behinderungen zu verdeutlichen:

- Die erhöhte Wahrscheinlichkeit im Laufe des Lebens traumatische Erfahrungen zu machen.
- Die oft größere Anzahl an Risikofaktoren im Lebenslauf.

## **Traumatische Lebenserfahrungen im Lebenslauf von Menschen mit Behinderungen**

Menschen mit Behinderungen haben ein erhöhtes Risiko, in ihrem Lebenslauf traumatische Erfahrungen zu machen und dies schon vor der Geburt und im frühen Säuglingsalter. Schwangerschaft und Geburt eines Kindes mit Behinderungen sind für viele Eltern eine besondere Belastung. Sorgen um das Leben des Kindes, seine Zukunftschancen sowie die Veränderungen im eigenen Leben sind Themen, die viele Eltern beschäftigen. Manchen Eltern fällt es in der Folge schwerer, Kontakt zu ihrem Kind zuzulassen, ihm fürsorglich zu begegnen und die Elternrolle (weiter) auszufüllen. Darüber hinaus kommt

ein Teil der Kinder mit Behinderungen als Frühgeborene auf die Welt, wodurch sich einige Eltern noch unvorbereitet in ihrer Elternrolle wiederfinden und ihr Kind durch die notwendige intensivmedizinische Behandlung oft nicht selbst versorgen sowie nur einen Teil des Tages mit ihm verbringen können. Ein Bindungsaufbau kann durch diese Umstände deutlich erschwert sein. Für das Kind bedeutet eine zu frühe Geburt, neben der Trennung von den Eltern, häufig eine intensivmedizinische Versorgung mit schmerzhaften Behandlungen und vielen Lärm- und Lichtreizen (vgl. Brisch, 2019, S. 198ff.; Sarimski, 2019, S. 135ff.; Sarimski, 2020, S. 37f., 57ff., 167f.; von der Wense & Bindt, 2021, S. 115ff.).

Die oft bereits kurz nach der Geburt begonnenen medizinischen und therapeutischen Behandlungen setzen sich zumeist im weiteren Lebenslauf fort. Gerade mit dem medizinischen Fortschritt geht schnell ein Behandlungsanspruch einher, bei dem das Optimum der Entwicklungsmöglichkeiten mehr im Blick ist als die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen mit Behinderungen. Selten werden Therapiepläne und -ziele mit den Menschen mit Behinderungen abgestimmt und Therapieansätze verstehbar gemacht. So kann Therapie zu einem Machtinstrument werden und Überlastungs- und Ohnmachtsgefühle auslösen (vgl. Kühn & Bialek, 2016, S. 67, 75; Gebrande & Schäfferling, 2019; Spaett, 2019, S. 39).

Und auch eine Ablehnung durch das soziale Umfeld spielt im gesamten Lebenslauf von Menschen mit Behinderungen oft eine Rolle. So berichten in einer Studie von Liljeberg und Magdanz (2022) Eltern von Kindern mit Behinderungen, dass sie bereits seit frühester Kindheit ihres Kindes mit Behinderungen Diskriminierung erleben. Diese nehmen laut der Eltern im Laufe des Lebens zu. Während ein Viertel der Eltern davon berichtet, dass ihr Kind mit Behinderungen in der Kindertagesstätte nicht anerkannt wird, tut dies ein Drittel der Eltern von Schulkindern. Austin-Cliff et al. (2022) befragten Schulkinder/Jugendliche mit Behinderungen selbst zu ihren Diskriminierungserfahrungen und konnten den Eindruck bestätigen. So sagt fast jedes dritte befragte Schulkind, es sei bereits beleidigt/beschimpft worden, mehr als jedes vierte gibt an, ausgelacht oder komisch angeschaut/angestarrt worden zu sein. Im Erwachsenenalter setzen sich solche Diskriminierungserfahrungen fort, wie Studien von Schröttle et al. (2012/2013) und Jungnitz et al. (2013) bestätigen. Mindestens eine Form von Diskriminierung haben zwischen 80% und 99% der von Schröttle et al. (2012/2013) befragten Frauen erlebt. Gerade die in besonderen Wohnformen lebenden Frauen sind davon betroffen. Männer mit 68% seltener von Diskriminierungen betroffen als Frauen, dennoch ist der Anteil der Betroffenen hoch. Zu den am häufigsten erlebten Formen von Diskriminierung zählen: nicht ernst genommen werden, ignoriert werden, angestarrt werden, beschimpft werden (vgl. Schröttle et al., 2012, S. 36f.; Jungnitz et al., 2013, S. 15, 128f.).

Nicht zuletzt erleben vielen Menschen mit Behinderungen Gewalt. Für

Deutschland geben die Studien von Schröttle et al. (2012/2013) und Jungnitz et al. (2013) die aktuell fundierteste Datenbasis. Es wurden jeweils in Wohnangeboten lebende Frauen in allgemeiner und in Leichter Sprache befragt sowie in Privathaushalten lebende Frauen und Männer. Tabelle 2 zeigt, dass bereits in der Kindheit ein nennenswerter Anteil von Frauen und Männern mit Behinderungen Gewalt erlebt hat.

*Tabelle 2: Gewalterleben von Frauen und Männern mit Behinderungen in der Kindheit*

<b>Form von Gewalt</b>	<b>Frauen Privathaushalt (allgemeine Sprache)</b>	<b>Männer Privathaushalt (allgemeine Sprache)</b>	<b>Frauen Wohnangebot (allgemeine Sprache)</b>	<b>Frauen Wohnangebot (Leichte Sprache)</b>	<b>Durchschnittsbevölkerung</b>
Gewalt zwischen den Eltern (Zeuginenschaft)	20%	20%	26%	23%	18%
Körperliche Gewalt durch Eltern	85%	89%	90%	55%	81%
Psychische Gewalt durch Eltern	53%	48%	61%	34%	36%
(Körperliche) Gewalt durch andere Kinder/Jugendliche	57%	68%	49%	[2% in offener Frage]	/
Körperliche Gewalt im Kinderheim	/	/	[zu geringe Fallzahl]	35%	/
Psychische Gewalt im Kinderheim	/	/	[zu geringe Fallzahl]	48%	/
Sexualisierte Gewalt durch Erwachsene	24%	8%	31%	20%	10%
Sexualisierte Gewalt durch andere Kinder/Jugendliche	11%	5%	10%	9%	/