

Wunden, die die Zeit nicht heilt – Trauma und geistige Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung erleiden überdurchschnittlich oft Traumatisierungen. Traumatisierungen, also psychische Verletzungen, bilden eine wichtige Ursache für die Entwicklung psychischer Störungen, unter denen geistig behinderte Menschen ebenfalls drei- bis viermal so häufig leiden wie nicht behinderte. Wie ist diese Tatsache zu verstehen?

1. Gründe für die häufigen Traumatisierungen von Menschen mit geistiger Behinderung

Eine wichtige Ursache, weshalb geistig behinderte Menschen so häufig Traumatisierungen erleiden, liegt in der geistigen Behinderung selbst. Wieso? Um das zu verstehen ist es hilfreich, sich noch einmal die Definition eines psychischen Traumas zu vergegenwärtigen. Nach Fischer und Riedesser ist ein Trauma „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.“ Ob ein Erleben traumatisch wirkt, hängt also nur zum Teil von der Bedrohlichkeit der äußeren Situation ab. Eine wesentliche Rolle spielt außerdem, inwieweit das Individuum fähig ist, mit dieser Bedrohung umzugehen, ob es also Strategien besitzt, sie konstruktiv zu meistern. Je effektiver die Bewältigungsstrategien sind, umso intensiver kann eine Bedrohung sein, ohne traumatisch zu wirken. Umgekehrt gilt auch: Je schlechter seine sogenannten Coping-Strategien ausgebildet sind, desto eher wird der Mensch sich überfordert und deshalb bedroht sowie hilflos ausgeliefert und schutzlos preisgegeben fühlen. Und wenn er diese Situation als existentiell bedeutsam erlebt, also mit starken Affekten, besonders solchen der Angst, reagiert, dann wirkt sie vermutlich traumatisierend. Das trifft auch dann zu, wenn es sich um objektiv „harmlose“ und sogar unvermeidbare Situationen handelt. Wiederholen sich derartige Erfahrungen, so festigt sich das Trauma.

- Das „große“, zeitlich bestimmbare Trauma

Aus dem Gesagten folgt: Als Trauma haben zweifelsohne die großen, „objektiven“ Bedrohungen für Leib und Leben zu gelten, also Naturkatastrophen, schwere Unfälle und Gewalteinwirkungen wie Misshandlungen, Folter oder sexueller Missbrauch, aber auch der plötzliche Verlust einer Bezugsperson, die existentiell so bedeutsam war, dass sie gleichsam das seelische Überleben garantierte. Bei solchen zeitlich bestimmbaren Ereignissen reicht meist das einmalige Erlebnis, um die traumatische Wirkung, erkennbar an den typischen Reaktionen, auszulösen. Im günstigen Fall kann der Betroffene die psychische Verletzung in der Folgezeit selbst bewältigen, häufig benötigt er dabei jedoch Hilfe; andernfalls chronifiziert sie sich als post-traumatische Belastungsstörung.

- Die schleichende Traumatisierung

Doch auch sich oftmals wiederholende maßvollere und trotzdem unbewältigbar erscheinende Bedrohungssituationen können sich auf die Dauer gesehen auf die gleiche Weise auswirken. Das gilt umso mehr, je früher der Mensch mit ihnen konfrontiert wird. Ein Säugling beispielsweise, dessen Bedürfnis nach Nahrung, Zuwendung und Geborgenheit nur unzuverlässig beachtet wird, erlebt diesen Mangel vermutlich als existentiell bedrohlich und ist ihm hilflos ausgeliefert. Sein kaum zu beruhigendes Schreien, Schlafstörungen, eingeschränktes Interesse an der Umwelt oder dergleichen zeigen seine Not an. Sinnvolle Bewältigungsstrategien kann er in dem frühen Alter noch nicht ausbilden. Stattdessen entwickelt er eine frühe psychische Störung. Solche frühen Störungen gründen also in traumatisierenden Lebensbedingungen oder – anders ausgedrückt – sie sind die Antwort auf

eine schleichende Traumatisierung durch zahllose, klein erscheinende Verletzungen, die man Mikrotraumata nennt. Die Unfähigkeit, das traumatische Erleben in das eigene Selbst- und Weltverständnis zu integrieren, die als zentrale Konsequenz einer Traumatisierung gilt, führt in diesem jungen Alter, in dem das Selbst- und Weltverständnis ja erst aufgebaut wird, dazu, dass dieser Aufbauprozess fundamental gestört wird. Für solche früh traumatisierten Kinder ist es daher weder möglich, ein konsistent-konstruktives Welt- und Selbstkonzept zu entwickeln, noch eine sichere Bindung an seine Bezugspersonen einzugehen. Vielmehr werden sie häufig desorganisierte Bindungsmuster aufweisen.

- Geistige Behinderung als Risikofaktor

Nun zu dem Phänomen der geistigen Behinderung: Das zentrale Merkmal der geistigen Behinderung besteht in einer Reizverarbeitungsschwäche. Das bedeutet: Geistig behinderten Menschen fällt es schwerer als nicht behinderten, aus der Umwelt oder dem eigenen Körper stammende Reize in sinnvolle Informationen umzuwandeln und angemessen auf sie zu reagieren. Sie haben also Probleme, ihre Wahrnehmungen zu organisieren und zu verstehen. Das erschwert es ihnen, Handlungen zu planen und durchzuführen, den Erfolg zu bewerten und aus Erfahrungen zu lernen, also das Verhalten bei Misserfolg abzuwandeln und durch zweckmäßigeres zu ersetzen. Daraus folgt weiterhin, dass es ihnen nur selten gelingt, differenzierte, an die Situation angepasste Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Diese Gesetzmäßigkeit gilt von Geburt an. Bezogen auf die Gefahr der Traumatisierung bedeutet diese Ausgangslage: Geistig behinderte Menschen werden sich viel häufiger als nicht behinderte in Situationen vorfinden, die sie nicht verstehen und nicht bewältigen können, die sie aber gleichwohl (oder gerade deswegen!) als existentiell bedrohlich empfinden. Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit verbunden mit großer Angst treten bei ihnen also viel öfter auf. Das beginnt im Säuglingsalter, setzt sich ihr Leben lang fort und bezieht sich gleichermaßen auf den Umgang mit sozialen Ereignissen und mit praktischen Anforderungen. Etwas konkreter: äußerlich betrachtet „harmlose“, aber für das Erleben von Menschen mit geistiger Behinderung starke Herausforderungen, können dann traumatisierend wirken, wenn das Vertrauen in die Beziehung fehlt und der behinderte Mensch sich der Situation nicht entziehen kann. Solche Situationen können sein: unverständliches Kommunikations- und Interaktionsverhalten, Änderungen der äußeren Lebenssituation, die eine emotionale und praktische Umstellung erfordern, oder eine andauernde Überforderung der Lern- und Leistungsfähigkeit.

Die evolutionär verankerten Notfallreaktionen für starke Bedrohungen wären, aus der Situation zu fliehen, sich aggressiv zu wehren oder sich totzustellen. Wenn das eine nicht geht und die anderen Reaktionsweisen nichts nützen, dann muss man andere Bewältigungsmuster entwickeln. Ohne angemessenes Verständnis der Problemlage gelingt das alleine nur im Glücksfall durch ungeplantes Ausprobieren. Alle höher organisierten Wege der selbstständigen Bewältigung setzen Einsicht voraus, mithin die Fähigkeit, Zusammenhänge zu erkennen, Erfahrungen zu übertragen und das Verhalten gezielt abzuwandeln. Diese kognitiven Fähigkeiten sind mit zunehmendem Behinderungsgrad immer geringer entwickelt. Parallel dazu wächst die Wahrscheinlichkeit der Traumatisierung.

Um die Gefahr der seelischen Verletzung zu bannen, benötigen Menschen mit geistiger Behinderung also Hilfestellung, und zwar je jünger oder schwerer behindert sie sind umso dringender. Diese wird am besten geleistet durch Bezugspersonen, die sich in ihre Empfindungswelt einfühlen können und überfordernde, emotional bedrohliche Situationen stellvertretend für sie entschärfen. Das verlangt aber von den Eltern und Betreuern eine über das durchschnittliche Maß deutlich hinausgehende Einfühlungsfähigkeit, weil Menschen mit geistiger Behinderung ihre Gefühle und Bedürfnisse oftmals undifferenziert und deshalb für die Umwelt schwer verständlich mitteilen. Die misslingende

Kommunikation führt ebenfalls zu Gefühlen der Ohnmacht, der Angst und des Ausgeliefertseins und erhöht dadurch die Gefahr der Traumatisierung erneut.

- Traumatisierende Lebenserfahrungen

Soviel zu den behinderungsbedingten Risikofaktoren, die gleichsam „in der Natur der Sache selbst“ liegen. Hinzukommen zahlreiche Risiken, die durch das Verhalten anderer Personen oder die äußeren Lebensbedingungen entstehen.

- Schwerwiegende medizinische Eingriffe

Es gibt sogar unvermeidbare traumatisierende Ereignisse. Zu ihnen zählen in erster Linie Traumata, die eine Folge medizinischer Eingriffe sind. Sie finden häufig bald nach der Geburt statt, wenn das Neugeborene in der Klinik bleiben muss, um im Brutkasten selbständig lebensfähig zu werden, oder wenn eine Operation seine körperliche Verfassung bessern soll. Beides bedeutet für den Säugling den Verlust der einzigen vertrauten Reize – nämlich der Herztöne, Bewegungsrhythmen und Stimme der Mutter – sowie das Erleben von Verlassenheit und körperlichen Schmerzen. Bei vielen behinderten Kindern häufen sich derartige Erfahrungen, so dass immer wieder Existenz- und Verlassenheitsängste ausgelöst und verstärkt werden. Sie prägen, wie eingangs erläutert, die Gesamtstruktur der sich bildenden Persönlichkeit und treten nicht mehr als isolierte Traumafolge in Erscheinung.

- Schwerwiegende Vernachlässigung

Ähnlich einschneidend wirkt die schwerwiegende Vernachlässigung, von der geistig behinderte Säuglinge besonders oft betroffen sind. Ein Grund liegt darin, dass die Eltern durch die Tatsache der Beeinträchtigung ihres Kindes emotional sehr belastet sind und sich durch seine besonderen Bedürfnisse und ungewohnten Reaktionsweisen leicht überfordert fühlen, weshalb sie sich innerlich von ihm distanzieren. Die Problematik verschärft sich, wenn das Kind zusätzlich Gedeihstörungen aufweist. Die Eltern fühlen sich hilflos, reagieren „genervt“ oder aggressiv, resignieren und überlassen es sich selbst. Die unzuverlässige Versorgung führt aber in ihm wiederum zu Existenzängsten, Verlassenheit und Hilflosigkeit, wirkt mithin traumatisierend.

- Körperliche Misshandlung

Die Vernachlässigung paart sich oft mit direkter körperlicher Misshandlung, die oftmals schon im Säuglingsalter beginnt und sich durch die Kindheit bis ins Erwachsenenalter fortsetzt. Denn geistig behinderte Menschen lösen in ihren Bezugspersonen durch ihre Abhängigkeit, die Enttäuschung von Erwartungen und ihr auffälliges, oftmals unbequemes Verhalten viel Hilflosigkeit aus, die oft in Ablehnung oder Ärger und aggressives Verhalten umgemünzt wird. Außerdem eignen sie sich „als schwächstes Glied der Kette“ gut zur Projektionsfläche für negative Gefühle und zum Sündenbock. Ihre behinderungsbedingte Wehrlosigkeit verführt zusätzlich dazu, die aggressiven Impulse an ihnen auszuleben. Denn man wiegt sich in weitgehender Sicherheit, ungestraft davonzukommen. So werden geistig behinderte Menschen überdurchschnittlich häufig Opfer von Gewalt.

- Sexueller Missbrauch

Vergleichbares gilt für den sexuellen Missbrauch, von dem geistig Behinderte deutlich öfter betroffen sind als normal Begabte, denn sie erweisen sich wiederum als einfache Opfer. In der täglichen Pflege sind sie auf Hilfe angewiesen und deshalb nicht gewöhnt, einen Intimbereich für sich zu beanspruchen. Durch ihre Abhängigkeit vermögen sie auch kaum „nein“ zu sagen, besonders wenn der Täter, wie zumeist der Fall, aus dem Kreis der Bezugspersonen stammt. Hinzu kommt die Zwiespältigkeit der Situation: Denn einerseits gewährt sie die oftmals schmerzlich entbehrte Nähe,

vielleicht sogar Zärtlichkeit, andererseits missachtet sie persönliche Grenzen. Der Übergriff, die Ausnutzung des Machtgefälles im Dienste der Selbstbefriedigung, wird zwar häufig nicht erkannt, wohl aber empfunden und als psychische Verletzung erlebt, insbesondere wenn zusätzlich Gewalt ins Spiel kommt. Doch bedingt durch ihre Kommunikationsschwierigkeit, ihre emotionale Verwirrung, die schon erlittene Traumatisierung und die akuten oder latenten Existenzängste verschweigen sie zumeist den Übergriff. Versuchen sie dennoch sich verbal mitzuteilen, so laufen sie Gefahr, dass man ihnen nicht glaubt, sondern ihre Äußerungen als sexuelle Phantasien abtun. So können sie ihre seelische Not, die Folgen des Traumas, nur durch körperliche Symptome oder durch Verhaltensauffälligkeiten ausdrücken.

- Stigmatisierung

Eine weitere Traumatisierung ergibt sich allzu oft durch die gesellschaftliche Realität. Geistig behinderte Menschen werden gering geschätzt, mit Vorurteilen belegt und ausgegrenzt, mit einem Wort: stigmatisiert. Denn sie erfüllen die „Qualitätsstandards“ nicht, die in unserer Leistungsgesellschaft gelten. Sie werden immer Unterstützung bei der Lebensführung benötigen und ihren Lebensunterhalt bestenfalls teilweise durch eigene Arbeit verdienen. „Geistig Behinderte kosten nur“, lautet ein häufig zu hörendes, abwertendes Urteil. Oder die Argumentation spiegelt das Unwissen und das Unvermögen, sich einfühlsam auf die Wahrnehmung behinderten Lebens einzulassen. „Die verstehen doch nichts; die haben doch nichts vom Leben und leiden nur“. Damit wird ihr Leben zugleich als sinnlos abgetan. Außerdem erscheinen sie als gefährlich: Fälschlicherweise wird ihnen häufig eine erhöhte Aggressivität und Triebhaftigkeit, insbesondere sexuelle Zügellosigkeit unterstellt. Schließlich wird moralisch geurteilt: „Die Eltern tragen durch ihren Lebenswandel (z.B. Trinken, sonstige Drogen, Geschlechtskrankheiten) die Schuld an der Behinderung ihres Kindes, jetzt sollen sie auch die Folgen verantworten.“ Selbst wenn die Vorurteile nicht so deutlich formuliert werden, so drücken sie sich doch im ausweichenden Verhalten vieler Bürger aus. Man hält Distanz.

Die ständigen Zurücksetzungen, Ausgrenzungen, Entwertungen wirken sich, selbst wenn sie rational nicht begriffen werden, auf die emotionale Befindlichkeit geistig behinderter Menschen aus. Sie spüren, dass sie „eigentlich nicht gewollt“ sind und deshalb keinen angemessenen Platz im gemeinschaftlichen Leben bekommen. Selbstwertzweifel, Depressivität, oftmals auch tief sitzende Ängste um die eigene Existenzberechtigung sind die Folge.

Bei Menschen mit leichter geistiger Behinderung, die sich ihrer Beeinträchtigung bewusst sind, erhöht auch dieses die emotionale Störanfälligkeit. Denn für sie wird die Unbegreiflichkeit des „Warum?“ zur seelischen Belastung, die häufig zu diffusen Schuldgefühlen führt. Oft erleben sie ihre Behinderung als Strafe, immer als fortwährende Kränkung ihres Selbstwertgefühls. Ihre Wünsche und Sehnsüchte orientieren sich am „normalen Leben“, und sie begreifen ihre Perspektivlosigkeit. So wird für sie aufgrund der gesellschaftlichen Reaktion ihre Behinderung zum Trauma.

- Rigide, kontrollierende Lebensbedingungen

Während grobe Vernachlässigung, Gewalt und sexueller Missbrauch den „großen“ Traumata zuzurechnen sind, zählen die Erfahrungen stets erneuter Ausgrenzung eher zu den sich wiederholenden Mikrotraumata, die dem Motto: „Steter Tropfen höhlt den Stein“ gehorchen. Zu dieser Kategorie gehört unter ungünstigen Bedingungen sogar der Lebensort, und zwar sowohl das Heim als auch die Ursprungsfamilie oder die eigene Wohnung. Dass das Leben im Heim traumatisierend wirken kann, ist unter dem Stichwort „Hospitalisierung“ allgemein bekannt. Ein Heim im Sinne einer „totalen Institution“ kann durch seine vorgegebenen Rahmenbedingungen und die Kontrolle als ein heftiger Angriff auf die eigene Individualität und Autonomie empfunden werden. Widersetzlichkeit wird sanktioniert.

Derartig rigide Strukturen trifft man nicht nur im Heim, sondern auch im familiären Kontext. Sie missachten persönliche Grenzen und fördern dadurch Gefühle der Angst, der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins. Um ihnen zu entgehen, passen sich die geistig behinderten Menschen bis zur Selbstaufgabe an und verzichten auf ihre Eigeninitiative. Unter Umständen identifizieren sie sich mit den Gegebenheiten und „wollen es gar nicht mehr anders“. Diese Reaktionsweisen entsprechen durchaus denen, die man auch bei Opfern von grober Vernachlässigung, von Gewalt oder sexuellem Missbrauch findet. Gepaart mit der Erfahrung, vollständig „verwaltet“ zu werden, führen sie zum Symptombild des Hospitalismus, der ebenso wie die soziale Deprivation als schleichende Traumatisierung aufgefasst werden kann.

- Soziale Isolation

Das selbstständige Leben in einer eigenen Wohnung scheint die Lösung dieses Problems zu versprechen. Doch auch hier lauert die Gefahr der Traumatisierung. Die Ursache ist diesmal die permanente Überforderung gekoppelt mit der gesellschaftlichen Ausgrenzung. Zwar bietet das selbstständige Leben einen großen Spielraum für die Autonomie und die individuelle Lebensgestaltung; doch bedarf es zahlreicher Kompetenzen, um die damit verbundenen Anforderungen zu meistern. Gemeint sind hier nicht nur die lebenspraktischen und kognitiven Fähigkeiten, sondern in noch größerem Maß die sozio-emotionalen. Es braucht ein hohes Maß an Selbststeuerung und sozialer Kompetenz, z.B. Einfühlungs- und Konfliktfähigkeit, um sein eigenes Bedürfnis nach mitmenschlicher Zugehörigkeit befriedigen und Beziehungen gestalten zu können. Sind diese Fähigkeiten nicht in ausreichendem Maße entwickelt, so ist das Scheitern vorprogrammiert. Das Scheitern selbst, die Neuauflage der gesellschaftlichen Ausgrenzung und die Einsamkeit, die sich als Folge der sozialen Isolation einstellt, alle drei Faktoren wirken auf Dauer traumatisierend.

Im Hinblick auf die verschiedenen Traumaursachen lässt sich zusammenfassend feststellen: eine bedrohliche Erfahrung wirkt dann traumatisierend, wenn sie den Aufbau einer intakten Persönlichkeitsstruktur verhindert oder wenn die eigenen Bewältigungsstrategien nicht hinreichen, sie in die Persönlichkeitsstruktur zu integrieren. Damit bestimmt die Reife der Persönlichkeit und ihrer Coping-Strategien das Maß an Bedrohung und emotionaler Verletzung, das unbeschadet verarbeitet werden kann. Dabei kann beides gleichermaßen bedrohlich sein, das heißt Angst und Hilflosigkeit auslösen: eine extreme seelische Erschütterung und mäßige, aber dauerhafte psychische Qualen, denen man nicht enttrinnen kann.

2. Traumafolgen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Traumatisierungen lassen sich also auf sehr unterschiedliche Erfahrungen zurückführen. Wie zeigen sich nun ihre Folgen bei Menschen mit geistiger Behinderung? Sie zeigen sich in Prinzip nicht anders als bei nicht behinderten Menschen auch. Nur darf man sich beim Vergleich nicht am realen Lebensalter orientieren, sondern muss den Grad der psychischen Differenzierung beachten, der seinerseits vom Schweregrad der Behinderung abhängt. Je schwerer die geistige Behinderung, desto eher ähnelt auch im höheren Lebensalter die Symptomatik der von traumatisierten Kindern oder sogar Säuglingen.

- Neurophysiologische und intrapsychische Konsequenzen

Wie bildet sich die traumaspezifische Symptomatik?

Eine ausweglos scheinende Bedrohungssituation, die Angst und Entsetzen, Hilflosigkeit und Ohnmacht auslöst, führt zu einer Übererregung im Gehirn, und zwar in der sogenannten Amygdala, auch Mandelkörper genannt. Die übererregte Amygdala speichert die emotionale Bewertung der Situation und schränkt den weiteren Prozess der Wahrnehmungsverarbeitung durch die Großhirnrinde,

der der Überprüfung des Gefühlsurteils dient, ein, oder sie blockiert ihn ganz. Damit verhindert sie eine Neubewertung der Situation – etwa die realitätsgerechte Erkenntnis: „So schlimm ist es gar nicht.“ Das heißt eine Traumatisierung verhindert weitere Lernprozesse. Als Folge reagiert das Gehirn auch zukünftig auf alle Reize, die der traumatisierenden Ausgangslage ähneln, mit derselben emotionalen Erregung, verbunden mit derselben Angst, demselben Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins. So wiederholt und festigt sich das Trauma auch durch die Konfrontation mit Hinweisreizen.

Eine Situation wirkt – wie bereits gesagt – deshalb traumatisierend, weil keine Methoden verfügbar sind, die Bedrohung real zu bewältigen. Wenn an der äußeren Bedrohung nichts geändert werden kann, muss die Änderung innerpsychisch erfolgen, um die Situation zu ertragen. Das geschieht auch beim Erleben eines Traumas, und zwar auf eine Weise, die die weitere Persönlichkeitsentwicklung im geringeren oder größeren Maß beeinträchtigt. Die unmittelbare Wirkung eines Traumas zeigt sich unterschiedlich. Möglicherweise verliert der behinderte Mensch zeitweilig seine Fähigkeiten zur bewussten Selbststeuerung und zu geplanten Handlungen. In diesem Fall verhält er sich aufgelöst und agitiert, er schreit beispielsweise, schlägt und tritt um sich, verletzt andere und sich selbst. Er entwickelt dabei Kräfte, die sein übliches Maß übersteigen, man hat den Eindruck, er weiß nicht, was er tut, und er ist verbal nicht erreichbar.

Eine weitere unmittelbare Wirkung des Traumas kann in einer Schockreaktion bestehen, bei der der behinderte Mensch erstarrt und völlig handlungsunfähig wird, oder aber er funktioniert völlig emotionslos, reagiert gleichsam automatisch situationsgerecht. Er dissoziiert. Seine Emotionen werden abgekoppelt und treten erst später ins Erleben.

Auch eine völlige Selbstaufgabe ist möglich, bei der der Betroffene sich ebenfalls völlig aus seinem Empfinden zurückzieht – also wiederum dissoziiert – und zum willenlosen Opfer wird. Bei all diesen Reaktionsweisen ist die kognitive Verarbeitung vorübergehend gestört, so dass Erinnerungslücken entstehen und die Ereignisabfolge nicht zusammenhängend oder in der richtigen Reihenfolge wiedergegeben werden kann.

Wie bereits erwähnt, tendieren traumatisierte Menschen – gleichgültig, ob geistig behindert oder nicht – dazu, in Situationen, die in irgendeiner Hinsicht der traumatisierenden Ausgangslage ähneln, wieder mit der gleichen Heftigkeit zu reagieren wie in der Ursprungssituation. Hinweisreize können also die traumatischen Reaktionen reaktivieren und zur vorübergehenden Einbuße der Selbststeuerung führen. Um sich davor zu schützen, versuchen die Betroffenen bei traumabezogenen Hinweisreizen die äußere oder innere Flucht zu ergreifen. So entwickeln sie ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, das sich zunächst in Angst oder Aggression wandelt, wenn ihm nicht stattgegeben wird. Wird auf der Konfrontation mit dem Hinweisreiz weiterhin bestanden, so besteht wiederum die Gefahr eines erneuten Verlusts der Selbststeuerung.

Ausgeprägte Vermeidungsstrategien finden sich bei geistig behinderten Menschen sehr oft. Sie können ein Anzeichen einer Traumatisierung sein.

- Kontrollverlust

Für die Begleiter geistig behinderter Menschen ergeben sich aus dem dargelegten Zusammenhang mehrere Schwierigkeiten. Oft wissen sie gar nicht, ob und wie die ihrer Aufmerksamkeit anvertrauten Menschen traumatisiert sind. Sie erleben nur das hinderliche, abwehrende Vermeidungsverhalten oder bzw. und „das Ausrasten“, das heißt den Kontrollverlust in für sie nicht nachvollziehbaren Zusammenhängen. Denn sie kennen die für einen gewöhnlichen Menschen unbedeutend erscheinenden Hinweisreize nicht. Zwei Beispiele mögen das Gemeinte veranschaulichen:

Herr Thomas F., ein mittelgradig geistig behinderter Mann von sechsundzwanzig Jahren, ist ein stiller, unauffälliger Zeitgenosse. Ins Heim kam er im Alter von vier Jahren aufgrund hochgradiger Vernachlässigung. Hier ist also die Traumatisierung grundsätzlich bekannt, wenngleich nicht in ihren Einzelheiten. Thomas F. lebt in einer Gruppe etwa Gleichaltriger sehr zurückgezogen, beteiligt sich von sich aus nicht an Aktivitäten, äußert keine Bedürfnisse, vermeidet Körperkontakt, bemüht sich aber Anforderungen zu erfüllen. Werden andere in seiner Gegenwart scharf kritisiert, so beginnt er zu zittern und nässt ein. Weil er so still ist, überlässt man ihn viel sich selbst. Man will, dass er – wie die übrigen Gruppenmitglieder – seine Belange vertritt, beispielsweise um Brotbelag bittet, was er rein kognitiv gesehen könnte. Schenkt man ihm über längere Zeit – etwa zwei bis drei Stunden – keine Aufmerksamkeit, so „verliert“ er sich. Er steht dann wie erstarrt – zumeist am Fenster – und blickt ins Leere. Durch Ansprache ist er in solchen Situationen nicht mehr zu erreichen. Bei Herrn Thomas F. wiederholt sich das Trauma der Vernachlässigung. Als Hinweisreize können hier die Kritik, bzw. der scharfe Ton der Stimme, und die mangelnde Zuwendung gelten.

Anders liegt der Fall bei Frau Amrei G., einer jungen leicht geistig behinderten Frau, die ebenfalls als Kind schwere Traumata erlitt, und zwar als Säugling Vernachlässigung und Gewalt. Noch im Kindergartenalter kam sie ins Heim, wo man sie sehr rigide erzog. In der Pubertät wurde sie sexuell missbraucht. Anschließend erfolgten in kurzen Abständen mehrere Heimwechsel, unterbrochen von Psychiatrie-Aufenthalten. Frau G. bemüht sich, an sie gestellte Anforderungen zu erfüllen. Doch wenn es ihr schlecht geht, ignoriert sie auch alltägliche, freundlich geäußerte Aufforderungen, etwa: „Wisch bitte den Tisch ab.“ Amrei G. geht aus dem Raum. Beharrt man, immer noch freundlich, auf der Anweisung, so beginnt Amrei G. unruhig hin und her zu laufen und in schneller Sprache zu wiederholen: „Ich bin lieb, ich bin lieb, ich mach nicht mehr.“ Zeitweilig weint sie dabei. Wenn man weiterhin auf der Forderung besteht und beispielsweise in unwirschem Ton erwidert: „Natürlich bist du lieb, aber nun wisch den Tisch ab“, so rutscht Amrei G. in einen autoaggressiven Kontrollverlust. Sie beißt sich, schlägt sich, wenn man in ihre Reichweite kommt, schlägt sie blindlings um sich. Es kann auch vorkommen, dass sich ihre Erregung noch mehr steigert und sie ihr Zimmer verwüstet. Bei Amrei G. bestehen die traumabezogenen Hinweisreize in der leisesten Kritik und – bei schlechter emotionaler Verfassung – in jeglichen Anforderungen an sie. Dabei vermag sie verbal nicht zu äußern, dass es ihr schlecht geht, obwohl sie die Umgangssprache flüssig beherrscht.

- Emotionale Verarmung und sozialer Rückzug

Noch eine weitere psychische Konsequenz dient dazu, eine Wiederbegegnung mit dem traumatischen Erleben zu vermeiden: die Verringerung der emotionalen Ansprechbarkeit und Empfindungsfähigkeit. Viele Traumaopfer – gleichgültig, ob geistig behindert oder nicht – wirken emotional abgestumpft. Sie sind kaum einfühlungsfähig, teilnahmslos, schwer erreichbar, schwer zu interessieren oder motivieren. Sehr häufig tritt dieses Phänomen im Zusammenhang mit dem Hospitalismus auf – was als Hinweis gewertet werden kann, dass es sich bei ihm tatsächlich um die Folge einer schleichenden Traumatisierung handelt.

Verbunden mit der emotionalen Verarmung sind häufig ein Rückzug aus sozialen Kontakten, eine Entfremdung von anderen Menschen und das Verharren in einer eigenen Welt, was sich beispielsweise an ausgeprägten Stereotypen zeigt. Herr Thomas F. wäre hier wiederum als Beispiel zu nennen. Er zieht sich, wenn man nicht auf ihn zugeht, auf sich selbst zurück und blättert stereotyp in seinem Polizeibilderbuch, ohne die Bilder zu betrachten, obgleich die Polizei das einzige Thema ist, für das er sich interessiert. Doch auch bei Zuwendung lässt er sich nur schwer auf gemeinsame Aktivitäten ein.

- Flashback

So sehr Traumaopfer versuchen, der Erinnerung an das Trauma zu entkommen, so sehr bleibt es doch psychische Gegenwart. Es taucht immer wieder auf, und zwar auf unterschiedliche Art und Weise. Eine Form ist die, dass das traumatische Geschehen plötzlich ganz oder teilweise ins Bewusstsein tritt. Das kann sich im Schlaf als Alptraum ereignen oder im Wachzustand als Flashback, also als unwillkürliche „Rückblende“, bei der alle mit dem Trauma verbundenen Empfindungen bis hin zum Verlust der Selbststeuerung erneut erscheinen. Die Gründe für das Auftreten von Alpträumen oder Rückblenden bleiben Außenstehenden zumeist verborgen. Wenn sie durch Hinweisreize ausgelöst werden, so sind diese minimal und für Beobachter kaum identifizierbar.

Als Beispiel mag der etwa fünfundvierzigjährige, mittelgradig geistig behinderte Herr H. dienen. Über seine Lebensgeschichte ist wenig bekannt, man weiß nichts über eventuelle Traumatisierungen. Er ist ein friedlicher Mensch. Gleichwohl kommt es immer wieder vor, dass er, wenn er friedlich bei der Arbeit oder beim Essen sitzt, plötzlich wie von der Tarantel gestochen aufspringt. Er rennt dann in der Gruppenwohnung herum oder aus dem Haus hinaus und schreit minutenlang ohne Unterbrechung „Halt dei Gosch!“ Immer wieder „Halt dei Gosch!“ – sonst nichts. Wenn man ihn beruhigt anspricht, passiert es oft, dass er kräftig zuschlägt. Dabei scheint er nicht zu merken, wen er trifft.

Um Schläge zu vermeiden, lässt man ihn am besten gewähren und wartet, bis er aufhört zu brüllen. Dann kann man ihn auch wieder ansprechen und ihn vollends beruhigen. Er vermag aber nicht zu sagen, was ihn so erregt hat und wer die „Gosch“ halten soll oder von ihm verlangt hat, die „Gosch“ zu halten. Das heißt, über den realen Hintergrund des Geschehens sind keine Informationen zu erhalten. Die Wahrscheinlichkeit ist aber groß, dass es sich bei seinem Verhalten um eine traumabedingte Rückblende handelt.

- Posttraumatische Verhaltensmuster

In bizarren oder automatisierten Verhaltensmustern drücken sich ebenfalls häufig Aspekte der traumatischen Situation aus. Sie absorbieren den Handelnden emotional, ohne dass er den Zusammenhang mit dem weitergehend vergessenen – sprich verdrängten – Trauma durchschaut.

Ein Beispiel für solch posttraumatische Handlungsweise bietet Carola J., eine leicht geistig behinderte Frau von achtunddreißig Jahren. Auch bei ihr ist nichts von einer Traumatisierung bekannt, doch deutet ihr Verhalten stark darauf hin. Sie hat ihrer rechten Hand eine besondere Funktion erteilt: Sie ist die „Hand Schulze“, die die „Aufsicht führt und verurteilt.“ Die „Hand Schulze“ tritt beispielsweise dann schimpfend und strafend in Aktion, wenn Frau J. alleine ist oder wenn sie – vermutlich – einen Wunsch hat, der eventuell verboten oder abgelehnt werden könnte. Beim Kaffeetrinken etwa wettet die Hand, bevor Frau J. irgendetwas geäußert hat, plötzlich los: „Nein, du kriegst keinen Kuchen mehr! Du bist gefräßig, hier wird nicht gefressen.“ Oder wenn man sie auffordert, ihre Schuhe anzuziehen, kann es sein, dass „die Hand Schulze“ sie anfährt: „Nun mach endlich, du faule Sau, ich sag es nicht noch einmal!“ Oft steigert sich das Verhalten und „die Hand Schulze“ beginnt Frau J. heftig auf die Backe und das Ohr zu schlagen – abwechselnd rechts und links – so dass die Ohren dauerhaft angeschwollen sind. Wenn ein Betreuer versucht, das Schlagen zu verhindern, geht „die Hand Schulze“ auch auf ihm los. Man hat zu diesem Zeitpunkt den Eindruck, dass Frau J. völlig außer sich ist, den Bezug zur Realität verloren hat und nicht mehr weiß, was sie tut.

Ähnlich verhält er sich mit dem post-traumatischen Spiel. Hier wird mit großem Ernst und hoher Intensität die traumatische Erfahrung ganz oder partiell reinszeniert, ohne ein Bewusstsein für den Zusammenhang zu besitzen und ohne dass eine emotionale Entlastung einträte.

Der elfjährige leicht geistig behinderte Dieter beispielsweise, der in seinen ersten Lebensjahren zusah, wie sein Vater seine Mutter verprügelte und mit dem Messer bedrohte, verbringt viel Zeit mit grausamen Spielen, in denen die Spielfiguren bedroht und gequält werden – immer wieder. Dabei

wirkt er automatenhaft unbeteiligt und bedient sich einer monotonen Kunstsprache (sinnlose Silben), die nur von wenigen Sätzen unterbrochen wird.

Das Außer-sich-Geraten, das mit dem Verlust der Selbststeuerung einhergeht, ist ein Zeichen von Depersonalisation und Derealisation, die für die post-traumatische Belastungs-Störung ebenso typisch sind wie die Dissoziation, bei der die eigentlich zusammengehörenden Denk-, Erlebens- und Handlungsweisen in ihre Einzelheiten zerfallen, so dass es zu Gedächtnis-, Wahrnehmungs- und Handlungsstörungen kommt. Dass neben den beschriebenen Symptomen auch die der anhaltenden Übererregung – etwa Einschlafprobleme, nächtliche Ängste – sowie psychosomatische Beschwerden auftreten, versteht sich von selbst. Allerdings ist bei letzteren der Zusammenhang mit dem Trauma oft nicht direkt nachweisbar, da die Traumatisierung bereits lange zurückliegt. Doch sei erwähnt, dass Herr Thomas F. stets körperlich verspannt und äußerst schreckhaft ist. Er schläft verkrampft, immer halb sitzend und erwacht beim leisesten Geräusch. Frau Amrei G.s Erregung zeigt sich beispielsweise in ihrem Essverhalten: In Gesellschaft isst sie hastig und wenig, um dann später, alleine, sich maßlos „vollzustopfen“. Sie scheint kein Sättigungsgefühl zu besitzen.

- Ausblick auf den pädagogischen Umgang

Ein letztes Wort gilt dem Umgang mit traumatisierten Menschen mit geistiger Behinderung im Alltag. Aus dem bisher Gesagten dürfte hervorgegangen sein, dass das oberste Gebot darin besteht, Retraumatisierungen zu vermeiden. Das heißt konkret: Es ist alles zu tun, damit der Traumatisierte nicht in eine Situation gerät, in der er Gefahr läuft, seine Selbststeuerung einzubüßen. Er sollte die Kontrolle über die Situation und damit über sich selbst behalten dürfen. Hinweisreize, so weit sie bekannt sind, sind deshalb unbedingt zu beherzigen, Anforderungen in Belastungssituationen zurückzunehmen und eine wohlwollende, Sicherheit spendende Beziehung anzubieten. Letzteres erfordert nicht nur verlässliche äußere Rahmenbedingungen, sondern auch, dass man sich als Bezugsperson zum Erwerb korrigierender Erfahrungen zur Verfügung stellt, damit Vertrauen aufgebaut, eine sichere Bindung erworben werden und allmählich auch die Kontrolle zeitweilig wieder abgegeben werden kann. Zugleich ermöglicht so eine Beziehung am ehesten, brach liegende Ressourcen zu reaktivieren, neue Kompetenzen aufzubauen und das Selbstbild in eine positive Richtung zu beeinflussen. Damit stabilisiert sich die Persönlichkeit. Allerdings bleibt eine erhöhte psychische Verletzlichkeit bestehen, weshalb dieses pädagogische Konzept über einen langen Zeitraum – vielleicht sogar dauerhaft – beibehalten werden sollte. Die institutionellen Vorgaben sollten sich auf die damit verbundenen Erfordernisse einstellen.

Literatur:

Fischer, G., Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie. München 2003

Irblich, D.: Posttraumatische Belastungsstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung 2/06, 45, Jg.

Reddemann, L., Dehner-Rau, C.: Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart 2004

Steiner, B., Krippner, K.: Psychotraumatheorie. Stuttgart 2006