

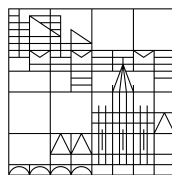
**Trauma und geistige Beeinträchtigung-
eine Studie zur Anwendung der NET
(Narrativen Expositionstherapie)
bei Menschen mit geistiger oder psychischer
Beeinträchtigung**

**Dissertation zur Erlangung des
akademischen Grades eines Doktors der
Naturwissenschaften (Dr.rer.nat.)**

vorgelegt von
Mayer, Birgit

an der

Universität
Konstanz



Mathematisch-Naturwissenschaftliche Sektion
Fachbereich Psychologie

Konstanz, 03. Juli 2020

Tag der mündlichen Prüfung: 12.10.2020

Referent/in: Prof. Dr.rer.soc. Brigitte Rockstroh

Referent/in: Prof. Dr.rer.soc. Thomas Elbert

Referent/in: Prof. Dr. med. et phil. Klaus Schonauer

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Thomas Elbert dafür, dass er mir ermöglichte, die Idee dieses Forschungsprojektes umzusetzen, für die Geduld, meine vielen Fragen zu beantworten und mich immer wieder mit Rat und Tat zu unterstützen.

Ebenso gilt mein aufrichtiger Dank Ulrich Elbing für die jahrelange Zusammenarbeit bei diesem Thema. Erst durch häufige Austauschgespräche, Diskussionen und die Entwicklung gemeinsamer Ideen, konnte ich meinen heutigen Wissensstand zu diesem Thema in dieser Form entwickeln und viele Fachansätze weiterdenken.

Danken möchte ich auch Johanna Sill für die KERF-Vergleichsdaten und Dorothea Isele für die KERF-Versionen, die Auswertungsanleitung und die Beantwortung vieler Fragen.

In unserer Institution danke ich der Betriebsleitung, Jethro Geng, für die Bereitschaft, dieses Projekt zu unterstützen, ebenso wie der Amtsleitung des Kantonalen Sozialamts, Rudi Hofstetter, der mir in meiner Funktion den Freiraum ließ, dieses Projekt durchzuführen.

Großer Dank gilt unseren Klienten, die mir unermüdlich ihr Vertrauen schenken und die mir durch ihre Offenheit die Möglichkeit gaben, Einblick in die Schwierigkeiten und unendlichen psychische Nöte von Menschen mit Beeinträchtigungen zu erhalten. Erst durch sie war dieser Weg möglich. Vielen von ihnen war und ist wichtig, dass durch diese Arbeit anderen Menschen mit Beeinträchtigungen geholfen wird und dass ihr Leiden vielleicht durch die Fachwelt gesehen und anerkannt werden kann.

Auch den Experten der Kantonalen Ethikkommission gilt mein Dank dafür, dass sie meinen Projektantrag wohlwollend bearbeitet und genehmigt haben, obwohl ich als Praktikerin über keinerlei Forschungserfahrung und zu diesem Zeitpunkt auch noch über keine Veröffentlichungen verfügte. Danken möchte ich auch Thomas Ostermann, Uni Witten/Herdecke für seine Unterstützung bei der Statistik.

Mein Dank gilt vielen weiteren externen Fachpersonen, die mich auf unterschiedliche Art unterstützten und mir mit Rat und Tat zur Seite standen, aber auch vielen involvierten Mitarbeitern des Tilia, die in unterschiedlicher Form Unterstützung lieferten.

Auch meiner Familie möchte ich ganz herzlich danken, für die lange Zeit, in der ich recht absorbiert war und dafür, dass sie mir immer wieder Mut zugesprochen haben. Mein besonderer Dank gilt meiner Mama, die mir das Gefühl gab, dass ich alles schaffen kann, was ich mir vornehme und die mich immer bedingungslos unterstützte.

Einleitung

2015 lebten in Deutschland 7.615.560 Menschen mit Schwerbehinderung (BGW Forschung, 2017), 21% davon durch cerebrale Störungen oder geistige und seelische Behinderungsarten verursacht. In der Schweiz leben ca. 1.5 Mio. Menschen über 16 Jahre mit Behinderungen (Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Statistik, 2019). Davon gelten 26% als stark beeinträchtigt. Darunter sind ca. 50.000 Menschen mit geistiger Behinderung (Schweizerische Eidgenossenschaft, Department des Inneren, 2019). Viele sind gut in die Gesellschaft integriert und leben alleine oder mit Assistenzmodellen. Sie werden von der Gesellschaft immer mehr wahrgenommen und entsprechend unterstützt. Viele der Menschen mit Beeinträchtigungen leben jedoch in kleinen oder größeren Einrichtungen. Dazu gehören vor allem diejenigen Menschen, die entweder stärkere Beeinträchtigungen, oder einen erhöhten Unterstützungsbedarf bei der Lebensführung haben. Vor allem bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und zusätzlichen psychischen Problemen, bzw. Schwierigkeiten im und mit dem sozialen Umfeld, ist die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschwert.

Obwohl seit Jahren bekannt ist, dass viele Menschen mit Intelligenzminderung zusätzliche psychische Störungen haben (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson & Allen 2007) und auch die Wahrscheinlichkeit, Traumatisierungen zu erleben, bei dieser Klientel erhöht ist, muss man die psychotherapeutische Versorgung in diesem Bereich als schlecht bezeichnen (DGPPN, 2009).

Forschung findet kaum statt, obwohl sie dringend notwendig wäre.

Aufgrund der vielfältigen behinderungsbedingten Erschwernisse in der therapeutischen Arbeit mit dieser Klientel werden sie nach wie vor häufig von der psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen, weil nur wenige Therapeutinnen und Therapeuten für die Arbeit mit dieser Klientel ausgebildet sind und sie sich diese Arbeit nicht zutrauen, da sie selten mit dieser Klientel in Kontakt kommen und deshalb auch praktische Erfahrungen fehlen.

Abstract:

Hintergrund: Bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung ist die Wahrscheinlichkeit, traumatische Ereignisse zu erleben, im Vergleich zur Normalbevölkerung, deutlich erhöht (Elbing & Mayer, 2018, Mevissen-Renckens, 2018, Mevissen, Lievegoed, Seubert, & De Jongh, 2012). Obwohl sie für negative Folgen traumatischer Erlebnisse besonders vulnerabel sind (Rittmannsberger, Lueger-Schuster & Weber, 2018, Whitaker & Read, 2006), ist das Thema „Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung“ ein seltenes Forschungsthema. Diagnoseinstrumente für Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sind im deutschsprachigen Raum erst in Vorbereitung (Rittmannsberger et al. (a), 2018). Speziell für diese Klientel adaptierte Therapiemethoden gibt es nicht und der Wissenstand zu dieser Thematik kann als dürftig bezeichnet werden.

Forschungsstand: Nur wenige Publikationen berichten die Anwendung von Trauma-Therapie-Methoden bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung. Dabei handelt es sich um deskriptive Literaturstudien (Focht-New et al., 2008, Ryan, 2000) und um Einzelfallstudien (Sinason, 2000, Mevissen, Lievegoed, Seubert, & De Jongh, 2012), häufig mit der Beschreibung der Behandlung von PTSD mittels EMDR, aber auch mit kognitiver Verhaltenstherapie (Lemmon und Mizes, 2002). Randomisierte Studien mit Kontrollgruppe wurden bisher nicht veröffentlicht.

Methode: In einer Interventions-Studie mit Kontrollgruppe (Wartegruppe) wird die Hypothese geprüft, ob die Anwendung der NET (Narrative Expositionstherapie, Schauer, Neuner, & Elbert, 2011) bei Menschen mit geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen eine signifikante Verbesserung bewirkt. Die NET ist eine Kurzzeittherapiemethode, die stark strukturiert ist und mit Veranschaulichung durch Visualisierung durch das Legen einer Life-Line arbeitet. Dabei wird die Lebensgeschichte als Narrativ erarbeitet. Eingesetzt wurde eine durch Leichte Sprache (Lebenshilfe Bremen, 2013, Netzwerk People First, 2019) adaptierte Form der NET. Studienteilnehmer sind Klienten des Wohnheim Tilia, einer Einrichtung für Menschen mit geistiger und/oder psychischer Beeinträchtigung. In wie weit sie an Traumafolgestörungen leiden, war bis zum Projektbeginn nicht bekannt. Die Probanden meldeten sich nach Präsentationen in «Leichter Sprache» zum Thema «Trauma», «Traumafolgestörungen» und zum geplanten Forschungsvorhaben freiwillig zur Teilnahme. Die Teilnehmer (n = 15), unterteilen sich in eine Gruppe Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und ggf. einer chronischen psychischen Erkrankung, (Gruppe gB; n1 = 10) und eine Gruppe Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung, die zu einer Berentung geführt hat (Gruppe pB; n2 = 5).

Diese Gruppen wurden paarweise parallelisiert und in Behandlungs- und Wartegruppe randomisiert aufgeteilt. Die Parallelisierung erfolgte nach Art und Grad der Beeinträchtigung und nach Kommunikationsniveau. Die Wartegruppe wurde nach der Wartezeit ebenfalls mit NET behandelt.

Die Verlaufskontrolle erfolgte mit PTSS-10 (Maerker, 1998) zu Projektbeginn (T1, n = 15), nach Abschluss der Wartephase (T2, n = 6) und bei Behandlungsabschluss (T3, n = 10). Zur Diagnostik wurde zu T1 zusätzlich der KERF (Forschungsversion, Isele et al., 2014) eingesetzt.

Ergebnisse:

Nach der Wartezeit ergab sich im PTSS-10 kein signifikanter Unterschied der Werte der Wartegruppe zu Beginn und am Ende der Wartezeit. Die NET wurde nach einem drop out von 3 in der Gruppe gB und einem drop out von 2 in der Gruppe pB von insgesamt 10 Personen abgeschlossen. Die mit dem PTSS-10 gemessene Symptombelastung war zum Abschluss der Behandlung mit $p < .001$ signifikant gebessert.

Der zeitliche Aufwand der Durchführung der NET in der Gruppe gB war deutlich geringer als in der Gruppe pB. Obwohl bis zur Durchführung des Projektes keiner der Teilnehmer die Diagnose einer PTBS erhalten hatte, mussten einige der Diagnosen überarbeitet und neben PTBS bei einigen Studienteilnehmern auch komplexere Traumafolgestörungen diagnostiziert werden.

Diskussion:

Die Ergebnisse sind ein erster Beleg für eine mögliche und erfolgreiche Durchführung der in Leichter Sprache adaptierten Form der NET bei Menschen mit Intelligenzminderung und Doppeldiagnose, auch bei stark herausforderndem Verhalten. Der gleichfalls erstmalige Einsatz von PTSS-10 und KERF weist auch auf deren Tauglichkeit bei dieser Zielgruppe hin. Aufgrund der kleinen Stichprobe ist weitere Forschung unabdingbar, vor allem in Hinblick auf die sehr schweren, bis dahin nicht entdeckten Traumatisierungen der Klienten.

Keywords: geistige Beeinträchtigung, Intelligenzminderung, Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Narrative Expositionstherapie (NET), komplexe Traumafolgestörungen, DESNOS, sexuelle Gewalt, KERF, PTSS-10, Doppeldiagnose, Leichte Sprache.

Inhaltsverzeichnis

Trauma und geistige Beeinträchtigung- eine Studie zur Anwendung der NET (Narrativen Expositionstherapie) bei Menschen mit geistiger oder psychischer Beeinträchtigung.....	i
1. Trauma und Behinderung“- ein Überblick über den Forschungsstand.....	6
1.1. Motivation.....	6
1.2. Geistige Behinderung.....	9
1.2.1. Leichte Sprache.....	10
1.3. Trauma.....	11
1.3.1. Folgen früher Traumatisierungen.....	13
1.3.2. Komplexe Traumafolgestörungen.....	21
1.3.3. DESNOS (Disorder Of Extreme Stress, Not Otherwise Specified), oder kurz «Complex PTSD».....	22
1.3.4. Diagnosevorschlag «Entwicklungsbezogene Traumafolge-störung» (Developmental Trauma Disorder).....	24
1.3.5. Dissoziative Identitätsstörung (DIS).....	25
1.3.6. Diagnosen posttraumatischer Störungen in der ICD-11.....	26
1.4. Geistige Beeinträchtigung und Trauma.....	27
1.4.1. Prävalenz von sexueller Gewalt bei Menschen mit Intelligenzminderung.....	31
1.4.2. Geistige Beeinträchtigung und PTSD.....	34
1.4.3. Geistige Beeinträchtigung und komplexe Traumafolgestörungen.....	36
1.5. Gründe für das Übersehen von Traumafolgestörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung.....	37
1.5.1. „Diagnostic Overshadowing“.....	37
1.5.2. Underreporting durch eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit.....	37
1.5.3. Zugänglichkeit von Beratungsstellen.....	39
1.6. Behandlung und Diagnostik von Posttraumatischen Belastungs-störungen bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung.....	39
1.7. Diskussion der Befundlage.....	46
2. Fragestellung und Arbeitshypothesen.....	48
2.1. Begründung der Studie.....	48
2.2. Arbeitshypothesen.....	49
2.2.1. Arbeitshypothese a) NET ist durchführbar bei Menschen mit Beeinträchtigungen.....	49
2.2.2. Arbeitshypothese b) NET ist wirksam bei Menschen mit Beeinträchtigungen.....	49
2.2.3. Arbeitshypothese c) Menschen mit Beeinträchtigungen berichten von mehr erlebten traumatischen Ereignissen, als die Normalpopulation.....	50
2.3. Wirksamkeitsparameter.....	50
2.4. Definition der primären und sekundären Endpunkte.....	51
2.5. Umgang mit fehlenden Daten bei vorzeitigem Studienabbruch von Teilnehmern.....	51

3. Methode.....	52
3.1. Studiendesign – Consort Diagramm.....	52
3.2. Allgemeine Charakterisierung der Stichprobe.....	53
3.3. Rekrutierung der Versuchspersonen.....	56
3.3.1. Ausschlusskriterien.....	56
3.3.2. Ort der Studiendurchführung.....	57
3.4. Intervention: NET – Narrative Expositionstherapie.....	57
3.4.1. „Klassische“ Durchführung der NET.....	60
3.4.2. Die Anwendung der NET bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	63
3.5. Hauptzielparameter und sekundäre Zielparameter.....	67
3.6. Randomisierte Gruppenteilung in Wartegruppe und Behandlungsgruppe.....	68
3.7. Finanzierung.....	69
3.8. Verwendete Instrumente PTSS-10 und KERF.....	70
4. Ergebnisse.....	74
4.1. Rekrutierung.....	74
4.2. Studienteilnehmer Ein- und Ausschlüsse.....	74
4.3. Klienten-Charakteristika zu Studienbeginn.....	77
4.4. Anzahl Studienteilnehmer.....	80
4.5. Allgemeine Ergebnisse.....	80
4.5.1. Anzahl erlebter Traumata – Poly-Victimisation.....	80
4.5.2. Traumatisierungsdauer in den ersten 18 Lebensjahren.....	82
4.5.3. Arten traumatischer Ereignisse und Verursacher.....	83
4.6. Hypothesenbezogene Ergebnisse.....	84
4.6.1. Hypothesenbezogene Ergebnisse Hypothese a.....	85
4.6.2. Hypothesenbezogene Ergebnisse Hypothese b.....	87
4.6.3. Hypothesenbezogene Ergebnisse Hypothese c.....	91
4.7. Behaviorale Veränderungen der Teilnehmer nach der Durchführung der NET.....	97
4.8. Unvorhergesehener Schaden für Studienteilnehmer.....	99
5. Diskussion.....	100
5.1. Interpretation der höheren Gesamt-Werte im KERF bei Klienten mit geistiger Behinderung, bzw. Doppeldiagnose.....	100
5.1.1. Erlebte traumatische Ereignisse und Verursacher.....	102
5.2. Interpretation der höheren Werte im Vergleich einzelner Subskalen des KERF der Behandlungsgruppe mit einer Gruppe traumatisierter Flüchtlingsfrauen.....	103
5.3. Diskussion der hypothesenbezogenen Ergebnisse Hypothese a.....	103
5.4. Diskussion der hypothesenbezogenen Ergebnisse Hypothese b.....	104
5.5. Diskussion der hypothesenbezogenen Ergebnisse Hypothese c.....	105
5.6. Generalisierbarkeit der Ergebnisse.....	105
5.7. Diagnostik von Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	106
5.8. Bedeutung der eigenen Ergebnisse.....	110
5.9. Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die bestehende Literatur.....	112
5.10. Bedeutung der Ergebnisse in Hinblick auf die Umsetzung der UN-BRK.....	114

5.11. Begrenzungen der Studie	115
6. Literatur:	117
7. Anhang:	133
7.1. Anhang I: Verzeichnis der Akronyme.....	133
7.2. Anhang II: Intelligenzstörungen nach ICD 10 (DIMDI, ICD-10-GM Version 2018).....	135
7.3. Anhang III: Traumadiagnosen	138
7.4. Anhang IV: KERF- Ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen	147
7.5. Anhang V: PTSS-10	155

Tabellenverzeichnis:	Seite
Tabelle 1: Faktoren, die das Risiko eine PTBS zu entwickeln, beeinflussen	18
Tabelle 2: Mögliche Hinweise auf eine PTBS bei Menschen mit geistiger Behinderung	35
Tabelle 3: Übersicht der im KERF verwendeten ACEs (Adverse Childhood Experiences)	71
Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Stichprobe	77
Tabelle 5: Altersdurchschnitt der Gruppen gB / DD und pB	78
Tabelle 6: Diagnosen der Probanden vor Projektbeginn	78
Tabelle 7: Vergleich der PTSS-10 Werte der Treatment Gruppe mit der drop-out Gruppe (T1)	84
Tabelle 8: Notwendige Sitzungen zur Erarbeitung der Life-Line, bzw. Exposition	86
Tabelle 9: Test bei gepaarten Stichproben Wartegruppe: Vergleich der Werte im PTSS-10 T1 versus T2 (nach der Wartezeit), N = 7	86
Tabelle 10: Mittelwerte, Median und Standardabweichung der Teilnehmer im PTSS-10 vor und nach der Behandlung	87
Tabelle 11: Tests der Zwischensubjekteffekte	88
Tabelle 12: Test bei gepaarten Stichproben (N = 10)	89
Tabelle 13: Effektstärke für gesamte Treatment Gruppe (gB / DD und pB) ohne geschätzte Werte	89
Tabelle 14: Effektstärken für die Behandlungsgruppe gB / DD ohne geschätzte Werte	90
Tabelle 15: KERF-Mittelwerte der einzelnen Subskalen und der Summenscores für die beiden behandelten Patientengruppen und einer Vergleichsgruppe ohne Beeinträchtigung (Flüchtlingsmütter)	91
Tabelle 16: Vergleich der KERF Summenwerte der Gesamtgruppe gB / DD und pB (N = 15) versus Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter (N = 53)	92
Tabelle 17: Vergleich der KERF Summenwerte der Gruppe gB / DD (N = 10) versus Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter (N = 53)	93
Tabelle 18: Vergleich der KERF Summenwerte der Gruppe pB (N = 5) versus Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter (N = 53)	93
Tabelle 19: Vergleich Subskala SEXA Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter	94

Tabelle 20:	Vergleich Subskala PPA (erlebte körperliche Gewalt durch die Eltern) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter	95
Tabelle 21:	Vergleich Subskala PEER (durch Peers erlebte Gewalt) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter	95
Tabelle 22:	Vergleich Subskala EN (emotionale Vernachlässigung) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter	95
Tabelle 23:	Vergleich Subskala PN (körperliche Vernachlässigung) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter	96
Tabelle 24:	Vergleich Subskala WITP (bezeugte körperliche Gewalt zwischen den Eltern) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter	96
Tabelle 25:	Vergleich Subskala PEA (Emotionale Gewalt durch die Eltern) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter	97

Liste der Grafiken:**Seite:**

Abbildung / Grafik 1:	Studiendesign Consort Diagramm	52
Abbildung / Grafik 2:	Zeitpunkt der Datenerhebung und der Inter-, bzw. Intragruppenvergleiche	76
Abbildung / Grafik 3:	Anzahl erlebter ACEs	81
Abbildung / Grafik 4:	Traumatisierungsdauer	82
Abbildung / Grafik 5:	Weitere traumatische Ereignisse	83
Abbildung / Grafik 6:	Verursacher der traumatischen Ereignisse	83
Abbildung / Grafik 7:	Intergruppenvergleich der PTSS-10 Werte Zeitpunkt T1 versus T3 (gB / DD, N = 7; pB, N = 3)	90

1. Trauma und Behinderung“- ein Überblick über den Forschungsstand

1.1. Motivation

Seit 1992 arbeite ich im Wohnheim Tilia mit Menschen mit Beeinträchtigungen¹, davon die meisten, ca. 2/3, mit einer geistigen Beeinträchtigung, ca. ein 1/3 mit primär psychischer Beeinträchtigung, d.h. mit einer chronifizierten psychischen Erkrankung, die eine dauernde Unterstützung in einem geschützten Umfeld erfordert. Viele der Klienten² bringen Doppeldiagnosen mit, im Sinne der Diagnose einer geistigen Beeinträchtigung und einer psychischen Erkrankung, also beispielsweise einer leichten geistigen Behinderung und einer Psychose.

Das Wohnheim Tilia wurde im Zuge der Enthospitalisierung am 01.01.1993 aus der Psychiatrischen Klinik Rheinau (CH) herausgelöst und viele Jahre als „der Psychiatrischen Klinik angegliederter Betrieb“ geführt.

Es ist eine kantonale Einrichtung, d.h. konkret eine Abteilung des Kantonalen Sozialamts des Kantons Zürich. Damit hat sie im Unterschied zu vielen Einrichtungen, die Menschen mit Behinderungen betreuen, einen öffentlich-rechtlichen Status. Es werden 80 Erwachsene betreut, meist bis ins hohe Alter, bzw. bis zum Tod. Das Altersspektrum ist entsprechend durchmischt. Sieben der neun Wohngruppen befinden sich noch heute auf dem Gelände der Psychiatrie, heute Psychiatrische Uniklinik Zürich, Standort Rheinau. Zwei Wohngruppen befinden sich im Dorf Rheinau. Es gibt außer Lieferverträgen, z.B. Reinigung, Müllversorgung, in beschränktem Umfang auch noch die Küche betreffend, keine Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Klinik.

Das Wohnheim Tilia betreut Menschen mit Beeinträchtigungen, die an anderen Orten als nicht betreubar gelten. Ursache dafür sind meist auto- und fremdaggressive Verhaltensweisen, Sachbeschädigungen etc. Diese Klientel hat oft eine lange und schwierige Klinik- und Heimkarriere hinter sich, fast alle gelten als „Systemsprenger“ und als nicht therapierbar.

Im Unterschied zu den meisten Behinderungseinrichtungen in der Schweiz und in Deutschland, betreut das Wohnheim Tilia auch einige Menschen mit Maßnahmehintergrund, also Menschen, die in der Vergangenheit aufgrund

¹ Anmerkung: Die Begriffe Behinderung und Beeinträchtigung verwende ich in dieser Arbeit synonym, weil dies der Praxis im Wohnheim Tilia entspricht und sich die Bewohner und Bewohnerinnen des Tilia bei einer Umfrage die Verwendung dieser Begriffe gewünscht haben. Dies geschieht wohl wissend, dass dies nicht in allen deutschsprachigen Ländern der Haltung aller Fachpersonen entspricht. Beide Begriffe verwende ich beschreibend und sie sind in keiner Weise diskriminierend gemeint.

² Aus Gründen der Verständlichkeit (Braun, Oelkers, Rogalski, Bosak, & Sczesny, 2007) wird in der vorliegenden Dissertation die männliche Sprachform verwendet. Dies impliziert jedoch keinerlei Benachteiligung des weiblichen Geschlechts.

von Verstößen gegen das Gesetz zu einer Zwangsunterbringung in der Forensischen Psychiatrie verurteilt wurden. Zu diesen Delikten in der Vorgeschichte gehören sexuelle Übergriffe, Brandstiftungen, Körperverletzungen, Drohungen, Diebstähle, aber auch noch schwerere Delikte, wie versuchter Totschlag und Totschlag. Einige dieser Klienten waren vor dem Eintritt in das Tilia im Maßnahmevollzug in der Forensik der Psychiatrischen Klinik Rheinau untergebracht.

Aufgrund der sehr hohen Anforderungen an die Betreuungsmitarbeiter an der Basis, mit vielen aggressiven Ausbrüchen, Verletzungen und Sach- und Gebäudeschäden, wurden bereits kurz nach der Gründung des Wohnheim Tilia Weiterbildungen zum Thema „Gewalt und Aggression“ durchgeführt. Auch entsprechende Beratungen und Supervisionen wurden früh installiert. Trotzdem wurde deutlich, dass diese Ansätze für einen großen Prozentsatz der Klienten keine Verbesserung brachte und die Belastungen für alle Beteiligten sehr hoch blieben.

In dieser Situation führte Ulrich Elbing, Hochschule Nürtingen 2006 einen ersten Kurs zum Thema „Trauma“ im Wohnheim durch. Dies geschah damals mit dem Fokus auf die Traumatisierungen, denen die Mitarbeiter immer wieder ausgesetzt waren. Bereits bei dieser Veranstaltung traten Überlegungen auf, ob nicht evtl. auch Traumatisierungen der Klienten Ursache für auffällige Verhaltensweisen sein könnten und ihnen vielleicht keine Mittel zur Verfügung stehen, mit ihren Belastungen adäquat umzugehen.

In dieser Zeit bestand wenig Interesse an der Vorgeschichte der Klienten. Für Fachpersonen war die Biographie der Klienten kein Thema. Sie fragten nicht danach, was die Klienten früher, oft schon in der Kindheit erlebt hatten, auch wenn sie viele stationäre Aufenthalte durchlaufen hatten oder früh aus den Herkunftsfamilien herausgenommen wurden. Auch Hinweise auf frühe selbstverletzende Verhaltensweisen im Kindesalter, bis hin zu frühen Suizidversuchen, brachten das Umfeld nicht dazu, zu überlegen, ob vielleicht frühe schlimme, traumatische Erlebnisse das jetzige Symptombild verursacht haben könnten.

Zu dieser Zeit gab es Fachpersonen in der Schweiz, die sich ähnliche Gedanken machten und so entstand beim Austausch an Fachtagungen die Idee, eine Arbeitsgruppe zum Thema „Trauma und Behinderung“ zu gründen.

Als Kick-Off kann die Traumataagung der DeGPT (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie) 2008 in Basel bezeichnet werden. Dort bildete sich ein erster Kern einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Leitung von Maria von Saurma, Heilpädagogin aus CH-St. Urban. Die AG traf sich zwei- bis dreimal jährlich und begann, Informationen zu dem Thema Trauma und Behinderung zu sammeln. Diese Gruppe setzte sich aus gut vernetzten

Fachpersonen, Heilpädagogen, Psychologen, Psychiatern, Beratern und Dozenten zusammen.

Die Teilnehmer begannen, sich in der Thematik „Trauma“ und „Traumatherapie“ weiterzubilden, obwohl man damals noch keine Vorstellung davon hatte, welche Methoden mit Menschen mit Minderintelligenz überhaupt möglich sein könnten. Die jeweils persönliche Motivation war aus dem Erleben der Not der traumatisierten Menschen in der Praxis gewachsen. Alle Teilnehmer hatten entsprechende Bilder und Erzählungen im Kopf, sei es beispielsweise eine Frau, die sich immer wieder versuchte, mit einer Nagelschere die Brüste abzuschneiden oder Dinge wie Wolle oder Scherben vaginal einzuführen. Menschen, die beim Anblick von Blut zu schreien begannen oder die beim Anblick von weiß gekleideten Pfleger aus dem Nichts plötzlich wild um sich schlugen und vermeintlich um ihr Leben kämpften. Es gab auch viele, vor allem ältere Klienten, die von Elektroschocks in der Psychiatrie erzählten oder der Peitsche, mit der sie in einer Arbeitserziehungsanstalt geschlagen wurden.

Alle Mitglieder dieser Arbeitsgruppe „Trauma und Behinderung“ ahnten, dass dies nur die Spitze eines riesigen Eisbergs war.

Rasch ergab sich in der Arbeitsgruppe die Erkenntnis, dass es kaum Wissen und Literatur zu diesem Thema gab, aber offensichtlich in allen Kantonen in der Schweiz betroffene Menschen. Es bestand Konsens, dass dringend Veröffentlichungen benötigt werden, ebenso Tagungen zu diesem Thema und vor allem Forschung. Die Suche nach einem interessierten Lehrstuhl, blieb ohne Erfolg. Die Fachwelt konnte sich nicht vorstellen, dass es möglich sein könnte, mit Menschen mit Beeinträchtigungen und Traumatisierungen zu arbeiten. Bei nahezu allen Therapiemethoden sind Menschen mit Minderintelligenz auch heute noch kein Thema. Sie werden zwar nicht explizit ausgeschlossen, aber es erfolgen keine Anwendungsversuche, oder die Entwicklung speziell adaptierter Therapieverfahren, weil die Fachwelt diese Menschen offensichtlich bereits im Kopf exkludiert und gar nicht daran denkt, dass es diese Menschen überhaupt gibt. Sie galten und gelten in den Köpfen vieler Fachpersonen als nicht therapierbar. Ein spezifisches Weiterbildungsangebot für die Arbeit mit dieser Klientel bestand zu diesem Zeitpunkt nicht, da es keine erfahrenen Fachpersonen gab. Einzig Valerie Sinason, Tavistock Klinik, London (2000) veröffentlichte ihre Therapieerfahrungen mit Menschen mit geistigen Behinderungen. Dies war die Grundlage für die ersten Therapieversuche mit dieser Klientel.

Im Tilia leben die Klienten vor Ort. Sie werden langfristig betreut. Es bestehen langjährige Beziehungen zu diesen Menschen und sie sind zumindest durch den pädagogischen Betreuungsrahmen stabilisiert und an einem sicheren Ort.

Vor Ort arbeitete und arbeite ich noch mit Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen, die durch Erlebnisse in der Kindheit und der Jugend in großer Not sind und die nicht gelernt haben, mit diesen Belastungen umzugehen. Da für diese vielen Menschen keine Hilfe in Sicht war und sich durch die nicht vorhandene Forschung in diesem Feld auch keine Hilfe abzeichnete, entschloss ich mich, trotz fehlender Forschungserfahrung, zumindest einen minimalen Beitrag aus der Praxis heraus zu leisten und ein kleines Forschungsprojekt im Tilia durchzuführen.

1.2. Geistige Behinderung

Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung sind in erste Linie Menschen, deren Neurologie und Physiologie sich nicht von anderen Menschen unterscheidet. Die Reaktionsweisen auf traumatische Ereignisse sind also grundsätzlich die selben. Sie bilden eine äußerst heterogene Gruppe, der man alleine durch die Beschreibung einer Minderintelligenz in keiner Weise gerecht wird. Sie unterscheiden sich nicht nur in ihrer Intelligenz und ihrer Mentalisierungsfähigkeit, sondern auch in ihrem sozio-emotionalen Entwicklungsniveau, ihren adaptiven Fähigkeiten, ihrer Konzentrationsfähigkeit, ihrer Persönlichkeit, ihrem Temperament, ihrer höchstindividuellen Vorgeschichte, ihrem Umgang mit Stress, ihrer Vulnerabilität, ihren sozialen Beziehungen und damit auch der Unterstützung ihres sozialen Umfelds, ihrem Kommunikationsniveau, ihrer Wahrnehmungsfähigkeit, ihren Lern- und Bindungserfahrungen, ihrer Mobilität, um nur einige zu nennen.

Was sie verbindet ist die mangelnde Erreichbarkeit und Verfügbarkeit einer angemessenen therapeutischen Versorgung und eine häufig sehr hohe Abhängigkeit vom betreuenden Umfeld.

Riccardo Bonfranchi trifft meine Haltung zum Thema Intelligenz genau:

(Bonfranchi, 2017, S. 28):

„Um die geistige Behinderung einzuordnen, hat man sich entschieden, von einem „Durchschnittskind“ auszugehen, um Vergleichbarkeit zu erreichen. Dieses Durchschnittskind existiert allerdings nur auf dem Papier, es hat mit der Realität kaum etwas zu tun. Meines Erachtens wird man mit solchen Messungen dem Phänomen der geistigen Behinderung überhaupt nicht ge-

recht. Trotzdem wird damit gearbeitet, weil wir offenbar im Umgang mit Menschen mit einer geistigen Behinderung eine Zahl, eine Angabe, einen Wert, eine Definition benötigen. Deshalb hat man sich bei der Schweizer Invalidenversicherung bei der Messung des Intelligenzquotienten auf den Grenzwert 75 geeinigt. Das bedeutet, dass jeder Mensch, der darunterliegt, als „geistig behindert“ gilt (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2006)“.

Anmerkung: Trotz dieser Vorgabe des Schweizer Bundesamt für Sozialversicherung wird in dieser Arbeit der Begriff „geistige Behinderung“ entsprechend ICD-10 verwendet.

Zur Übersicht werden die Diagnosen der Intelligenzminderung nach ICD-10 im Anhang II dargestellt. Im ICD-11 werden sie künftig „Störungen der intellektuellen Entwicklung“ genannt.

1.2.1. Leichte Sprache

Die Leichte Sprache gibt es seit ca. 40 Jahren in Europa. In Deutschland gab es 1998 erstmals Regeln für die Leichte Sprache. Diese wurden von der Gruppe Inclusion Europe herausgegeben. Der Verein Netzwerk Leichte Sprache (<http://www.leichte-sprache.org/startseite/der-verein/geschichte>) mit Mitgliedern aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Italien und Luxemburg veröffentlicht seit 2006 die Regeln zur Leichten Sprache. Viele Menschen mit Beeinträchtigungen haben Probleme, die alltagsübliche Sprache gut zu verstehen, sei es gesprochene oder auch gelesene Sprache. Dies gilt oft auch für Menschen, für die Deutsch eine Fremdsprache ist, aber auch für Menschen mit Demenz.

Die Leichte Sprache (Lebenshilfe Bremen, 2013, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014) dient dazu, das Verstehen zu erleichtern.

Es gibt einige leicht verständliche Regeln für die Leichte Sprache: Vermieden werden in der Leichten Sprache Fachbegriffe, Fremdworte, lange Sätze. Beispielsweise wird „Beinbruch“ benutzt, anstatt „Fraktur der unteren Extremität“, „Bus und Bahn“, statt „öffentlicher Verkehr“ und es werden mehrere kurze Sätze gebildet, anstatt langen Schachtelsätzen. In den kurzen Sätzen soll jeweils nur eine inhaltliche Aussage stecken.

Das Verständnis des Inhaltes wird möglichst durch passende Bilder erhöht.

Die Lebenshilfe bietet in dem Buch „Leichte Sprache. Die Bilder“ eine DVD mit mehr als 500 einfachen Bildern zu unterschiedlichsten Themen des Alltags.

Weitere aktuelle Bilder sind unter www.leichte-sprache.de zu finden.

In der Leichten Sprache werden einfache, gut verständliche Begriffe benutzt, möglichst die gleichen Worte für einen Gegenstand, Abkürzungen werden vermieden, aktive Formulierungen, statt passiver, deutsche Begriffe, statt Worte aus dem englischen Sprachgebrauch (Arbeits-Gruppe statt Workshop) benutzt. Der Genitiv wird vermieden und oft durch „von“ ersetzt (statt: der Apfelbaum des Pfarrers besser: der Apfelbaum vom Pfarrer). Jahreszahlen werden oft vermieden und durch leichte Umschreibungen ersetzt (statt: 1908 besser: vor langer Zeit), bei Mengenangaben sind Ziffern leichter, als Worte (statt: sieben Hühner besser: 7 Hühner).

Weitere Regeln sind in der angegebenen Literatur zu finden. An immer mehr Orten gibt es Übersetzungsbüros, die schwere Texte in Leichte Sprache übersetzen.

1.3. Trauma

Die Definition von Trauma nach Fischer und Riedesser ist auch heute noch im deutschsprachigen Raum verbreitet und aktuell.

„... **Definition der traumatischen Erfahrung.** Von diesen Überlegungen aus können wir psychisches Trauma jetzt näher definieren, und zwar 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, 2009, S. 84).

In der Traumadefinition in der S3 – LEITLINIE Posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10: F43.1 von Flatten et al., 2011 versuchen die Autoren, möglichst viele Traumaauslöser zu beschreiben:

«Definition:

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse

›wie z. B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (sogenannter sexueller Missbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zum Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses«. (Flatten et al., 2011, S. 203).

Erste systematische Untersuchungen von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter erfolgten durch Terr (1991). Auf Basis ihrer Datenlage schlug sie vor, zwischen Trauma Typ I und Trauma Typ II zu unterscheiden.

Ein Trauma Typ I ist ein kurzzeitiges, oft einmaliges Trauma, das häufig öffentlich stattfindet, wie z.B. ein Autounfall, eine Schlägerei bei einem Fußballspiel, ein bewaffneter Banküberfall, den eine Kassiererin erlebt, oder eine Vergewaltigung in einem Parkhaus. Ein Trauma Typ II findet wiederholt oder sequentiell statt und das Geschehen spielt sich eher im Dunkelfeld ab. Dazu gehören Verwahrlosung und Vernachlässigung im Kindesalter, sexueller Missbrauch, aber auch Krieg und Flucht zählen zu Typ Traumata. Oft sind die Beteiligten nahe Bezugspersonen, also die Menschen, die bei Kindern eigentlich für Schutz und Liebe sorgen sollten.

Die Folgen dieser wiederholten Traumata haben gravierendere Auswirkungen, als das Erleben eines Typ I Traumas.

Die Ursachen von Traumata werden ebenfalls unterschieden in zwei Kategorien: Von Menschen verursachte Traumata, sogenannte „man-made-disaster“ und Naturkatastrophen, sogenannte „god-made-disaster“. Die Folgen solcher Ereignisse betreffend, sind von Menschen verursachte Traumata gravierender.

„Menschen, die unter einer Traumafolgestörung leiden, haben die traumatischen Szenen nie verlassen. Das Grauen und die Bedrohung sind für sie

nicht vorbei, sondern vermeintliche Realität. Der Organismus verhält sich daher (somatisch, kognitiv, emotional, physiologisch), als sei er noch im Überlebensmodus. Eine im klinischen Sinn traumatisierte Person erzählt nicht, kann nicht erzählen, denn sie hat nur implizit, in sensorischen und körperlichen Erinnerungen und ohne Kontext gespeichert, was sich während der Traumata ereignet hat. Das explizite Gedächtnis – willentlich abrufbar, verbal zugänglich und in der Lage, Bezug zu Ort und Zeit herzustellen- ist allenfalls nur fragmentarisch vorhanden. Die eigentliche Wirklichkeit bleibt somit das Traumageschehen, worin der Überlebende gefangen ist.“ (Schauer& Ruf-Leuschner, 2014, S. 226).

1.3.1. Folgen früher Traumatisierungen

Die Folgen früher Traumatisierungen zu kennen, erscheint aus mehreren Blickwinkeln sinnvoll: Alle Menschen, egal ob mit oder ohne Intelligenzminderung, waren einmal Kinder. Allgemeine Aussagen zu den Folgen früher Traumatisierungen treffen also auch auf Menschen mit Intelligenzminderung zu.

Da Menschen mit geistiger Beeinträchtigung nicht nur ein tieferes kognitives Niveau haben, als andere Menschen, sondern häufig auch ein tieferes sozio-emotionales Entwicklungsniveau und sie eingeschränkte Verarbeitungskapazitäten haben, können viele Aspekte der Traumatisierungen bei Kindern auf Menschen mit ID (Intellectual Disability) angewandt werden. Dies bezieht sich nicht nur auf die ursächliche Entstehung von Traumafolgestörungen, sondern vermutlich auch auf die Symptomatik im Erwachsenenalter, ebenso wie auf mögliche Therapieansätze.

Die folgenden Aspekte beziehen sich auf Kinder im Allgemeinen, also nicht spezifisch auf Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung.

Besonders schwerwiegende Folgen haben frühe Traumatisierungen im Kindes- oder sogar Säuglingsalter. Sie verursachen komplexere Traumafolgestörungen, als eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

In Amerika stellen Kindesmisshandlungen eines der größten Probleme der Gesundheitsversorgung dar. 2004 dokumentierte der Child Protective Service

(CPS) ca. 900.000 Fälle von Kindesmissbrauch und ca. 1500 Kinder, die infolge von Missbrauch oder Vernachlässigung starben (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon, & Arias, 2008). Die Dunkelziffer dürfte vermutlich sehr viel höher sein. Spezifische Zahlen für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung liegen nicht vor. Bei dieser Klientel dürften die Dunkelziffern jedoch noch eindrücklicher sein.

In einer Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes (2019), wird mitgeteilt, dass die Jugendämter in Deutschland 2018 10% mehr Fälle von Kindeswohlgefährdungen, als im Vorjahr, meldeten. Bei 50.400 Kindern und Jugendlichen wurde eine Kindeswohlgefährdung festgestellt. Überprüft wurden ca. 157.000 Verdachtsfälle. 60% der Kindeswohlgefährdungen sind auf Vernachlässigungen zurückzuführen. „Eine Kindeswohlgefährdung liegt vor, wenn eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls eines Kindes unmittelbar bedroht oder eingetreten ist“ (Statistisches Bundesamt, 2019, S.1).

Nach Streeck-Fischer (2019) spielen bei Traumatisierungen in der Kindheit und Adoleszenz verschiedene Faktoren eine besondere Rolle:

«- sexueller Missbrauch

- familiäre Gewalt, Misshandlung/Gewalt in der Schule, im Umfeld, subkulturellen Milieu,

- komplexe Traumatisierung,

- Vernachlässigung,

- Trennung, schwerwiegende Verlusterlebnisse,

- Traumatisierung durch medizinische Eingriffe, schwere Erkrankungen mit Schmerzerfahrungen,

- Naturkatastrophen, Unfälle,

- Kriegsfolgen, Migration und Flucht. » (Streeck-Fischer, 2019, S. 550 ff.)

Nach Read, Harper, Tucker, & Kennedy (2018, S. 3) spielt Kindesmissbrauch eine ursächliche Rolle bei vielen psychischen Erkrankungen, wie Depressionen, Angststörungen, Ess-Störungen, sexuelle Dysfunktion, Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen, Substanzmissbrauch, PTSD, bipolare Störungen und Psychosen (Kessler, McLaughlin, & Grief Green, 2010, Longdon & Read, 2016).

Wichtige Grundlagen zu Bindungsstörungen als Folge von frühen Traumatisierungen liefern die Arbeiten zur Bindungsforschung von Karl-Heinz Brisch,

München und Salzburg.

Eine frühe sichere und feinfühlig Bindung zu einer Bindungsperson ist grundlegend für eine gesunde Entwicklung, vor allem im emotionalen Bereich. Ohne sie ist die Exploration der Umwelt durch den Säugling oder das Kleinkind nicht möglich. Dadurch wird das Lernverhalten beeinträchtigt. Dadurch, dass Kinder lernen, wie ihre Bezugspersonen in bestimmten Situationen reagieren, lernen sie selbst, ihr Verhalten zu regulieren.

Eine primäre Bindungsperson, die nicht nur die körperliche Versorgung mit Nahrung, Wärme, Schlaf etc. sichert, sondern auch die emotionale Versorgung, muss dabei nicht unbedingt die leibliche Mutter, sondern es kann auch der Vater, die Oma, oder eine liebevolle Pflegemutter sein.

Wächst ein Säugling, oder ein Kleinkind in einem Umfeld auf, in dem es nicht genügend mit emotionaler Wärme und Trost, wenn nötig, aufwächst, so hat dies im Extremfall, z.B. bei massiver Vernachlässigung, sogar Auswirkungen auf die Wachstumshormone (Brisch, 2008). Spezifische Wachstumshormone sind auch für die neuronalen Verschaltungen im Gehirn verantwortlich.

„Deswegen sind Kinder, die unter deprivatorischen Bedingungen in Familien, Ersatzfamilien oder Heimen aufwachsen, von ihrer Körperstatur häufiger kleinwüchsig und ihr Kopfumfang ist ebenfalls kleiner, weil das Gehirnwachstum nicht voranschreitet (Johnson & Internationales Adoptionsprojekt-Team (IAP), 2006). Wir sprechen dann auch vom „psychogenen Minderwuchs“. Zusätzlich entwickeln diese Kinder schwere Verhaltensstörungen, ihre körperliche, motorische, soziale und emotionale Entwicklung stagniert oder entwickelt sich sogar zurück...“ (Brisch, 2008, S. 90).

Spinazzola, Cook, Cloitre, & Kagan (2005, S.393ff) stellen zu den biologischen Folgen von Komplextrauma fest „Toddlers or preschool-aged children with complex trauma histories are at risk for failing to develop brain capacities necessary for modulating emotions in response to stress“. Zu den kognitiven Folgen haben prospektive Studien gezeigt, dass bei Kindern, die in einem Milieu aufwachsen, das missbraucht oder vernachlässigt, die Hirnfunktionen in der späten Kindheit beeinträchtigt sind. Deprivation (sensorisch und emotional) in Kombination mit Vernachlässigung, scheint teilweise diametral zur kognitiven Entwicklung zu sein. Diese Kinder zeigen Verzögerungen in der expressiven und rezeptiven Sprachentwicklung, aber auch Defizite im IQ.

Besonders wenn nahe Bezugspersonen, die eigentlich für Schutz und Geborgenheit sorgen sollten, seelischen Stress beim Kind verursachen, kann das Kind nicht lernen, seine eigenen Emotionen zu regulieren. Das Erlebte kann nicht verarbeitet und integriert werden, die Kinder können nicht verstehen, was ihnen geschehen ist und sie nicht in der Lage, Handlungspläne zu entwickeln. Sie lernen nicht, dass das Umfeld auch Hilfe und Unterstützung bieten kann. Kinder, die Vernachlässigung oder körperliche oder sexuelle Gewalt erleben, entwickeln Bindungsstörungen.

„ [Sie] erleben [...] übermässige Angstgefühle, Wut und Sehnsucht danach, versorgt zu werden. Diese Gefühle können so extrem sein, dass sie dissoziative Zustände oder gegen sich selbst gerichtet Aggressionen aktivieren. Innerlich ausgeklinkte, dissoziierte und übererregte Kinder lernen, was sie fühlen (ihre Emotionen) und/oder wahrnehmen (ihre Kognitionen) zu ignorieren“ (van der Kolk, 2009, S. 576).

Kinder haben im Gegensatz zu Erwachsenen nur sehr eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten, wenn sie traumatischen Ereignissen durch die Bezugspersonen ausgesetzt sind: Sie können nicht zur Polizei gehen und eine Anzeige machen, sich in der Nachbarschaft eine andere Familie aussuchen, Beratungsstellen aufsuchen und in der Regel können sie sich auch keiner einzigen Person anvertrauen.

Da sie trotz des Leids, das sie erleben, auf Erwachsene angewiesen sind, tun sie alles, das Geheimnis zu bewahren und sich irgendwie an die oft schrecklichen Lebensumstände anzupassen. Sie zeichnen sich aus durch ein mangelndes Selbstwertgefühl, eine gestörte Impulskontrolle, oft gepaart mit Aggressionen gegen sich selbst und andere und einen gestörten Kontakt zu anderen Menschen, der oft lebenslang von Unsicherheit und Misstrauen geprägt ist (van der Kolk, 2009).

Entwickeln Kinder nach belastenden Erlebnissen, wie Vernachlässigung oder erlebter sexueller oder körperlicher Gewalt, eine PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung), so zeigen sie „kindspezifische Symptome, wie etwa wiederholtes Durchspielen der traumatischen Situation, verschiedene Verhaltensauffälligkeiten (von aggressivem bis depressivem Verhalten, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen), einen raschen Wechsel von Affekten, Verstum-

men, Sprachlosigkeit, Lernstörungen mit Entwicklungsrückschritten, Wachstumsstillstand, psychosomatische Symptome etwa mit Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, Essstörungen“ (Brisch, 2008, S. 104).

Aus der Praxis der Arbeit mit unseren Klienten wissen wir, dass einige Menschen mit geistiger Behinderungen nahezu alle diese Verhaltensweisen zeigen- und es kaum Fachpersonen gibt, die sich Gedanken machen, ob die Ursachen solcher Verhaltensweisen in anderen Ursachen als einer geistigen Behinderung liegen könnten.

Die Bindung eines Kindes an Bezugspersonen kann zu einem paradox wirkenden Verhalten führen. Diese Kinder wollen oft zu den Eltern oder anderen nahen Bezugspersonen zurück, auch wenn diese Menschen ihnen gegenüber zum Täter geworden sind. Sogar wenn ihnen diese Menschen Gewalt angetan haben, sei es sexuelle, körperliche oder emotionale Gewalt, scheint es für sie wünschenswerter, eine Bindungsperson zu haben, die Gewalt ausübt, als gar keine Bindungsperson. Der Verlust einer Bindungsperson scheint noch mehr Angst auszulösen, als die Angst vor dem Erleben einer wiederholten traumatischen Situation.

„Kinder und Jugendliche verschweigen ihre traumatischen Erlebnisse häufig aufgrund von Loyalitätskonflikten und der Angst vor drohenden Konsequenzen. Summit (1983) hat diese Problematik als Akkommodationssyndrom beschrieben“ (Streeck-Fischer, 2019).

Leider führt das dazu, dass Kinder oft jahrelang verschweigen, was sie zuhause erleben oder sich selbst einreden, dass sie am Geschehen schuld seien, weil sie nicht brav waren, Aufgaben nicht gut genug erledigt haben oder nicht klug genug sind. Viele diese Kinder leiden teils lebenslang zusätzlich an Schuldgefühlen, weil sie sich selbst die Schuld am Geschehen zuschreiben und nicht den Eltern / Angehörigen / dem betreuenden Umfeld.

Emotionale Misshandlungen und Vernachlässigung können genauso schwerwiegende Auswirkungen haben, wie sexuelle oder körperliche Gewalt (Van der Kolk, 2015).

Das frühe Erleben traumatischer Ereignisse, kann sehr unterschiedliche Folgen nach sich ziehen. Lueger-Schuster und Pal-Handl (2004) zählen dazu, neben Schlafstörungen und Ängsten, auch Probleme in der Schule.

Faktoren, die das Risiko bei Kindern erhöhen, eine PTBS zu entwickeln (Lueger-Schuster & Pal-Handl, 2004, S. 22 ff) sind:

- «Frühe traumatische Lebenserfahrungen
- Bereits vorhandene psychiatrische Auffälligkeiten

- Altersbedingtes Fehlen des sprachlichen Ausdrucks für innerpsychische Vorgänge bei Kleinkindern
- Psychosoziale Belastungen im sozialen Umfeld des Kindes, z.B. Arbeitslosigkeit bei einem Elternteil, Erkrankung eines Elternteils, behindertes Geschwisterkind
- Akute Belastungsreaktionen der Eltern, d.h. wenn die Eltern vom Trauma sehr betroffen sind- schwierige sozioökonomische Bedingungen, z.B. sehr beengte Wohnverhältnisse
- Zu wenig Geld, um an Freizeitaktivitäten der Gleichaltrigen teilnehmen zu können, erschweren soziale (Re-)Integration»

Tabelle 1: Faktoren, die das Risiko eine PTBS zu entwickeln beeinflussen (Perry, 2007, S.6)

	Ereignis	Individuelle Faktoren	Familie und soziales Umfeld
Erhöhtes Risiko	<ul style="list-style-type: none"> - Multiple oder wiederholte Ereignisse (z.B. häusliche Gewalt oder körperliche Misshandlung) - Körperliche Verletzung erlebt - Verletzung oder Tod einer geliebten Person, besonders der Mutter - Zerstückelte oder entstellte Leichen gesehen - Zerstörtes Zuhause, Schule oder Gemeinde - Zerstörte öffentliche Infrastruktur (z.B. nach einem Erdbeben) - Täter/-in ist ein Familienmitglied - Lange Dauer des Traumas (z.B. Flut) 	<ul style="list-style-type: none"> - weiblich - Alter (jüngere sind vulnerabler) - Vorgeschichte mit früheren Traumata - Keine kulturelle oder religiöse Verankerung - Keine Erfahrungen mit Peers (durch Isolation) - Niedere Intelligenz - bereits bestehende psychiatrische Erkrankung (besonders Angststörung) 	<ul style="list-style-type: none"> - Trauma wirkt sich direkt auf betreuendes Umfeld aus - Ängstlichkeit bei primären Betreuungspersonen - Andauernde Bedrohung und Auseinanderbrechen der Familie - Chaotische, überbeherrschende Familie - Isolation - Distanzierte Betreuungspersonen - Fehlende Betreuungspersonen
Niedrigeres Risiko (verringerte)	<ul style="list-style-type: none"> - Einzelnes Ereignis - Täter ist ein Fremder - keine zerstörte Familien- oder Gemeindestruktur 	<ul style="list-style-type: none"> - kognitive Fähigkeit, abstrakte Konzepte zu verstehen 	<ul style="list-style-type: none"> - Intakte, förderliche familiäre Unterstützung - nicht-traumatisierte Betreuungspersonen

Intensität oder Dauer der akuten Stressreaktion)	-kurze Dauer (z.B. Tornado)	-gute Bewältigungsstrategien -unmittelbare posttraumatische Interventionen -starke Bindung an kulturelle oder religiöse Glaubenssysteme	-Betreuungspersonen sind darin geschult, wie normgerechte posttraumatische Reaktionen ablaufen -starke familiäre Glaubenssysteme -ausgereifte und gut abgestimmte elterliche Fähigkeiten
---	-----------------------------	---	--

Tabelle übersetzt von Verfasserin, BM.

Natascha Unfried (2017) beschreibt, dass Dissoziationen bei Kindern mit einer grossen Bandbreite auftreten können. «Dissoziation bei Kindern / Jugendlichen reicht von leichtem Abdriften, über Depersonalisation und Derealisation bis zur schweren Dissoziation, wenn das betroffene Kind seine Emotionen, körperlichen Empfindungen und Erfahrungen komplett aus der eigenen Wahrnehmung abspaltet.»

Bei Kindern und Jugendlichen, die wiederholte Traumata in der Kindheit erlebt haben, können Affektdurchbrüche auftreten. Beim Auftreten von Impulsen von außen sind sie oft nicht mehr in der Lage, ihre Affekte zu kontrollieren. Sie schreien, toben und schlagen oder verletzen sich in solchen Situationen selbst. Dies kann nicht nur in Situationen auftreten, in denen sie z.B. etwas nicht umgehend bekommen, das sie haben wollen, oder in denen man sie kritisieren muss, sondern dieses Verhalten lässt sich auch in Situationen beobachten, die eigentlich positiv besetzt sind. Weihnachten, Geburtstage, Zirkusbesuche, also Anlässe, auf die sich Kinder normalerweise freuen, können durch ein zu viel an Vorfremde, an positiver Aufregung, in Katastrophen enden. Offensichtlich kann auch ein bloßes «zu viel an Gefühl», auch wenn es positiv ist, nicht adäquat verarbeitet werden, so dass es zu einem Ausbruch kommt.

Hinweise auf das Erleben einer aktuell traumatischen Situation, bieten Regressionen. Dabei verliert ein Kind Fähigkeiten, die es bis dahin beherrscht hat. Das Kind beginnt beispielsweise wieder Einzunässen oder Einzukoten, auch wenn es zuvor trocken und sauber war, es kann nicht mehr alleine einschlafen oder es hört im Extremfall auf, zu sprechen.

Das klinische Bild einer PTSD bei Kindern kann sich mit einer Kombination von Problemen präsentieren. Zwei Kinder, beide mit der Diagnose einer PTSD können völlig unterschiedliche Symptome zeigen. Das kann bei dem Versuch, traumatisierte Kinder zu verstehen, verwirrend wirken (Perry, 2007, S.3). Die

Symptome einer PTSD können sich ähnlich präsentieren, wie andere neuropsychiatrische Erkrankungen bei Kindern, einschließlich der Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder Depression. Typische Symptome einer PTSD bei Kindern sind Impulsivität, erhöhte Ablenkbarkeit und Aufmerksamkeitsdefizitprobleme, Dysphorie, emotionale Taubheit, soziales Vermeidungsverhalten, Dissoziation, Schlafstörungen, aggressives Spielen (oft Re-enactments traumatischer Situationen), Schulversagen und Entwicklungsrückschritte oder eine verzögerte Entwicklung.

Viele Studien zeigen, dass bei Untersuchungen zur Entwicklung von PTSD nach traumatischen Ereignissen doppelt so viele Kinder an Symptomen einer PTSD leiden, als diejenigen, die alle Diagnosekriterien einer PTSD erfüllen. Fehldiagnosen traumatisierter Kinder sind weit verbreitet. Ohne eine entsprechende Traumavorgeschichte, darf eine PTSD nicht diagnostiziert werden. Kinder mit einer PTSD werden oft als Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Depression, oppositionellem-Trotzverhalten (engl. oppositional-defiant disorder, ODD), Verhaltensstörung, Trennungsangst oder spezifischen Phobien diagnostiziert. In einigen Fällen erfüllen Kinder mit PTSD die Kriterien für mehrere Achse-I Diagnosen. Besonders Kinder, die chronischen körperlichen oder sexuellen Missbrauch erlebt haben, erfüllen oft die Kriterien für drei oder mehr Achse-I Diagnosen (Perry, 2007).

In einem systematischen Literaturreview, bei dem Read, Harper, Tucker, & Kennedy (2018) 21 Studien zur Frage sichteteten, ob Mitarbeitende in der Gesundheitsversorgung herausfinden, ob ihre Klienten als Kinder missbraucht oder vernachlässigt wurden, zeigte sich, dass die Mehrzahl der Mitarbeiter in diesem Bereich nie nach Missbrauch oder Vernachlässigung fragen. Dies, obwohl bekannt ist, dass bei Kindesmissbrauch und Vernachlässigung ein ursächlicher Zusammenhang zu vielen psychischen Erkrankungen besteht. Die Mehrheit der Fälle von Missbrauch und Vernachlässigung werden im Versorgungssystem übersehen. Nur 28% der Fälle werden identifiziert. Darunter sind 44% der Fälle, die emotionalen Missbrauch erlebt haben, 33 % körperliche Gewalt, 30% sexuellen Missbrauch, 17% emotionale Vernachlässigung. Nur 0 - 22% der Nutzer des Gesundheitssystems geben an, dass sie nach Kindesmissbrauchs gefragt wurden. Männer und Menschen mit psychotischen Störungen werden noch seltener danach gefragt als andere.

Nach dem Erleben früher Traumata treten bei den Betroffenen Dissoziationen auf. Bei Dissoziationen geht man von einer Kontinuumshypothese aus (Spitzer, Barnow, Freyberger, & Grabe, 2007), die von alltäglichen Geschehnissen, wie Tagträumereien, bis hin zu klinisch relevanten Formen reicht.

Aus klinischer Perspektive sind drei Momente hervorgehoben worden, um dissoziative Phänomene als pathologisch zu charakterisieren:

- Dissoziative Symptome von klinischer Relevanz gehen bei den Betroffenen mit einem veränderten Identitätsgefühl einher,
 - bei pathologischen Formen der Dissoziation bestehen typischerweise Erinnerungslücken und
 - subjektives Leiden, bzw. objektivierbare psychosoziale Funktionseinschränkungen treten in der Regel nur bei pathologischer Dissoziation auf.
- (Spitzer & Freyberger, 2019, S. 35)

Nach Cardena (1994) gehören zu den Bedeutungsfeldern von Dissoziation:

- Dissoziation als nicht bewusste oder nicht integrierte mentale Module oder Systeme, z.B. als fehlende bewusste Wahrnehmung von Reizen oder Verhalten oder als Koexistenz getrennter mentaler Systeme, die normalerweise im phänomenalen Bewusstsein integriert sind, oder als Inkonsistenz der Verhaltens- oder Wahrnehmungsebene und der Körperkontrolle
- Dissoziation als verändertes Bewusstsein mit Entfremdung von Selbst und Umwelt
- Dissoziation als Abwehrmechanismus (Spitzer & Freyberger, 2019, S. 29)

Mit der Theorie der Strukturelle Dissoziation haben van der Hart, Nijenhuis und Steele ein Modell zum Verständnis von Dissoziationen und komplexen Traumafolgestörungen vorgelegt (van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2008).

1.3.2. Komplexe Traumafolgestörungen

Nach traumatischen Erlebnissen, die über einen langen Zeitraum oder sich wiederholend geschehen, wie z.B. sexueller Kindesmissbrauch, schweren Formen von Vernachlässigung oder ritueller Gewalt, zeigen die Betroffenen ein komplexes Symptombild, das sich durch die Diagnose einer PTBS nicht gut abbilden lässt (Schäfer, Lotzin, 2019, S. 227).

Das Erleben solch bedrohlicher Ereignisse führt häufig zu deutlichen Beeinträchtigungen im Bereich Affektregulation und der Impulssteuerung. Betroffene halten sich für wenig lebenswert und sie treten anderen Menschen oft nur vorsichtig gegenüber. Die soziale Beziehungsfähigkeit ist beeinträchtigt und es fällt ihnen schwer, Vertrauen zu einem Gegenüber aufzubauen. Ihre Stimmung ist von Hoffnungslosigkeit bis hin zu völliger Verzweiflung geprägt, Scham und Schuld begleiten sie oft ein Leben lang als Grundgefühl. Bei Menschen, die sexuelle Gewalt erlebt haben, prägt häufig auch Ekel das Dasein.

Viele dieser Betroffenen versuchen sich durch Selbstverletzungen oder Substanzmittelmissbrauch quasi selbst zu «therapieren», um ihre schwer auszuhaltende Innenwelt vermeintlich aushaltbarer zu machen. Diese komplexe Problematik lässt sich durch eine einfache Posttraumatische Belastungsstörung nicht abbilden.

Für diese komplexen Traumafolgestörungen wird der Begriff der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung verwendet (komplexe PTBS). In der ICD-11 wird die Diagnose der komplexen PTBS erstmal eingeführt, in der ICD-10 war sie leider nicht Bestandteil.

In der S3- Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10. F 43.1 wird in der Leitlinienempfehlung 1 darauf hingewiesen, dass «...die posttraumatische Belastungsstörung nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen ist.» (Flatten et al. (Hrsg.), 2011, S. 5, Schäfer et al. (Hrsg), 2019, S. 19).

Im Anhang III werden Traumafolgestörungen detailliert aufgeführt: ICD-10 F43.0, Akute Belastungsreaktion, ICD-10 F43.1: Posttraumatische Belastungsreaktion, ICD-10 F44.81: Multiple Persönlichkeitsstörung, ICD-10-GM F62.0: Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, DESNOS (APA,1996), Diagnosevorschlag «Entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung» (Developmental Trauma Disorder) (Van der Kolk, 2014).

1.3.3. **DESNOS (Disorder Of Extreme Stress, Not Otherwise Specified), oder kurz «Complex PTSD»**

Die Kriterien für die Diagnose einer DESNOS nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) werden im Anhang III detailliert aufgeführt.

Die Beschreibung der Komplexen PTSD oder DESNOS variiert in der klinischen und empirischen Literatur mit überlappenden, aber nicht identischen Symptombeschreibungen (Cloirte et al., 2012, S. 4). Die Definition der Kom-

plexen PTSD, die durch die Complex Trauma Task Force (CTTF) veröffentlicht wurde (Cloitre et al., 2012), schließt die Hauptsymptome der PTSD ein: Wieder-Erleben, Vermeidung und Hyper-Arousal, gepaart mit Beeinträchtigungen der Selbst-Regulations-Kapazität.

Diese werden in fünf Gruppen aufgeteilt: Probleme der Emotionsregulation, Beeinträchtigungen in Beziehungen, Schwankungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins, z.B. durch Dissoziationen, negative Überzeugungen und somatische Beschwerden. Die Komplexe PTSD / DESNOS entstehen in der Regel durch wiederholte oder andauernde interpersonelle Traumata, wenn ein Entkommen, z.B. im familiären Rahmen oder durch die sozialen Umstände nicht möglich ist. Zu den Auslösern gehören beispielsweise das Erleben körperlicher oder sexueller Gewalt im Kindesalter, das Erleben häuslicher Gewalt, Menschenhandel, Krieg, oder andere Formen organisierter Gewalt.

Bereits für das DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994) schlug eine Arbeitsgruppe um Bessel Van der Kolk vor, die Diagnose DESNOS (Disorder Of Extreme Stress, Not Otherwise Specified), oder kurz «Complex PTBS» aufzunehmen (Van der Kolk, 2015). Diese wurde jedoch zur Überraschung vieler Fachexperten 1994 nicht in das DSM IV aufgenommen.

Für die Praxis bedeutet dies, dass viele Patienten nicht akkurat diagnostiziert werden können und auch keine auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelten Behandlungen eingesetzt werden. Bei betroffenen Menschen, die an einer komplexen Traumafolgestörung leiden, wird eine Borderline-Störung diagnostiziert, oder es werden lediglich Verdachtsdiagnosen vergeben, die aber nicht die Komplexität der Symptome und des Unterstützungsbedarfes abbilden. Auch eine einfache Diagnose einer PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) wird der Komplexität der DESNOS und dem damit verbundenen Leidensdruck im Alltag, in keiner Weise gerecht.

Betroffene Menschen, die eigentlich die Diagnose einer DESNOS bekommen müssten, werden im Laufe ihres Lebens durchschnittlich fünf bis sechs völlig unterschiedliche Diagnosen gestellt (van der Kolk, 2015, S. 166).

Stehen Stimmungsschwankungen im Vordergrund, werden bipolare Störungen diagnostiziert und die Betroffenen werden mit Lithium oder Valproat behandelt. Steht die Verzweiflung im Vordergrund, wird eine Depression diagnostiziert und Antidepressiva werden verabreicht. Stehen eine Aufmerksamkeitsproblematik und Rastlosigkeit im Vordergrund, wird eine ADHS diagnostiziert und es wird Ritalin verabreicht.

In der Praxis im Tilia werden auch viele Menschen mit Schizophreniediagnosen vorstellig, die irgendwann in ihrer Vorgeschichte eine entsprechende Diagnose erhalten haben, da ihr Verhalten «schräg» wirkt und die Ärzte und Psychologen in der Akutklinik sie offensichtlich in keine passende Schublade unterbringen können. Dies zeigt sich in der Praxis immer wieder, obwohl diese Klienten die Diagnosekriterien für eine Schizophrenie nicht erfüllen.

Falls es Hinweise auf eine Traumavorgeschichte gibt, oder sich die Betroffenen selbst dazu äußern, wird in seltenen Fällen eine PTSD diagnostiziert, die aber auch in keiner Weise der Komplexität einer DESNOS gerecht wird. (van der Kolk, 2015, S. 166)

1.3.4. Diagnosevorschlag «Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung» (Developmental Trauma Disorder)

Die Kriterien für die Diagnose einer Entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung werden im Anhang III detailliert aufgeführt.

Eine Arbeitsgruppe von 12 Klinikern und Forschern (Experten für Kindheits-traumata) sichtet Literatur von 130 wichtigen Untersuchungen, die über mehr als 100.000 Kinder und Jugendliche weltweit berichteten (van der Kolk, 2009, 2015).

Sie entdeckten ein konsistentes Profil:

Stets trat Dysregulation auf, es gab Aufmerksamkeit- und Konzentrationsprobleme und die Betroffenen hatten Probleme, mit sich und anderen auszukommen. Die Stimmung und die Gefühle dieser Kinder wechselten rasch von einem Extrem ins nächste. Wenn diese Kinder aufgebracht waren, dann ließen sie sich kaum beruhigen. Eine Beschreibung, was sie fühlten oder weshalb sie sich so verhielten, war ihnen nicht möglich.

Auf dieser Basis erarbeitete diese Arbeitsgruppe den Diagnosevorschlag «Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung» (Developmental Trauma Disorder) und reichte ihn 2009 bei der APA (American Psychological Association) ein.

(van der Kolk, 2015, 192 ff):

«Wenn ein biologisches System ständig Stresshormone ausschüttet, um mit realen oder vorgestellten Gefahren fertig zu werden, entstehen psychische Probleme, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, unerklärliche Schmerzen, oder

Hypersensibilität gegenüber Berührungen oder Geräuschen. Menschen, die sehr aufgebracht sind, oder sich völlig verschlossen haben, sind nicht in der Lage, ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren und sich zu konzentrieren. Um ihre Anspannung zu verringern, entwickeln sie Aktivitäten, wie chronische Masturbation, Wiegebewegungen des Körpers oder selbstschädigende Aktivitäten (Sie beißen sich selbst, fügen sich Schnittverletzungen oder Brandwunden zu, schlagen sich, reißen sich Haare aus oder kratzen sich, bis die Haut blutet). Ausserdem können durch längeren Stress die Sprachverarbeitung und die Feinmotorik beeinträchtigt werden...».

«Weil sie oft ignoriert oder verlassen wurden, bleiben sie oft in einer anklammernden und bedürftigen Haltung, sogar gegenüber denjenigen, die sie misshandelt oder missbraucht haben».

Weil diese Kinder dies immer wieder erlebt haben, fühlen sie sich wertlos, sie eckeln sich oft vor sich selbst und vertrauen niemandem.

Der 2009 eingereichte Diagnosevorschlag wurde nicht im DSM V aufgenommen.

1.3.5. Dissoziative Identitätsstörung (DIS)

Die dissoziative Identitätsstörung, die auch Multiple Persönlichkeitsstörung genannt wurde, gilt als Folge sehr schwerer Kindheitsmisshandlung. «Die DIS gilt als schwerste Form im Spektrum der Dissoziativen Störungen» (Gast et al., 2006, S. 555). Betroffene werden oft gar nicht oder falsch diagnostiziert. Häufig wird fälschlicherweise eine Schizophrenie oder eine Borderline-Störung diagnostiziert. Das Symptomprofil ist häufig durch komorbide Störungen verdeckt und muss aktiv erfragt werden. Erfolgt dies nicht gezielt, so werden nur die komorbiden Störungen, wie Essstörungen, Sucht, Depression oder ADHS diagnostiziert.

Die Verbreitung der DIS in der Allgemeinbevölkerung wird auf 1-3 % geschätzt, die Auftretenswahrscheinlichkeit bei Patienten der Psychiatrischen Kliniken auf 5-10%.

Als unspezifische Hinweise auf eine dissoziative Identitätsstörung gelten:

- «- traumatische Erfahrungen in der Kindheit
- Misslingen vorhergehender Behandlungen
- drei oder mehr Vordiagnosen, insbesondere «atypische» Störungen (Depression, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, Schizophrenie, Anpassungsstörungen, Substanzmissbrauch, Somatisierungs- oder Essstörungen)
- selbstverletzendes Verhalten
- gleichzeitiges Auftreten von psychiatrischen und psychosomatischen Symptomen
- starke Schwankungen und Fluktuationen in Symptomatik und Funktionsniveau» (Gast et al., 2006)

Jan Gysi (2014) zählt zu den indirekten Zeichen repetitive Selbstverletzungen, schwere Selbstverletzungen, chronische Suizidalität, therapieresistente Depressionen und Schizophrenien, Polypharmazie, wiederholte Hospitalisationen und schwierige Gegenübertragungen.

Da keine Veröffentlichungen und auch keine Fälle aus der Praxis von Menschen mit einer Intelligenzminderung und einer DID bekannt sind, kann nur auf die vorhandene Fachliteratur, die nicht geistig beeinträchtigte Normalbevölkerung betreffend, verwiesen werden (Herman, 2014, Putnam, 2013, Steele, Boon & van der Hart, 2017, van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008, Gast et al., 2006, Gast & Wirtz, 2016, Plassmann & Schickedanz, 2017).

1.3.6. Diagnosen posttraumatischer Störungen in der ICD-11

Die aktuell gültige Version der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) aus dem Jahre 1991 wird seit vielen Jahren überarbeitet. Im Juni 2018 wurde durch die WHO eine erste Version der ICD-11 veröffentlicht. Die endgültige Verabschiedung der ICD-11 ist für Januar 2022 geplant. Die englische Version der ICD-11 ist im Netz abrufbar.

Im Bereich der Diagnosen von Traumafolgestörungen wurden wesentliche Verbesserungen erarbeitet. Deshalb wird empfohlen, bereits jetzt die diagnostischen Möglichkeiten der ICD-11 zu nutzen (Gysi, 2018).

In der ICD-11 wurde ein Ordner mit «Störungen besonders assoziiert mit Stress» neu geschaffen.

1. Störungen assoziiert mit Stress (ICD-11: 6B40ff), z.B. Komplexe PTBS (ICD-11: 6B41), inkl. Differentialdiagnose zu Borderline-Störung (ICD-11: 6D11.5)
2. Strukturelle Dissoziation: Dissoziative Identitätsstörung (ICD-11; 6B64), partielle dissoziative Identitätsstörung (ICD-11: 6B65)

Dissoziative Symptome, inkl. dissoziativ-neurologische Symptomstörungen (ICD-11: 6B60ff)

Störungen besonders assoziiert mit Stress (6B4) in der ICD- 11:

«Posttraumatische Belastungsstörung (6B4), Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (6B41), Verlängerte Trauerreaktion (6B42), Anpassungsstörung (6B43) » (Gysi, 2018, S. 1). Eine wichtige Veränderung, vor allem für die Betroffenen von Sekundärtraumatisierungen, ist, dass man auch eine PTBS erleiden kann, wenn man nicht selbst eine außergewöhnliche Bedrohung erlebt hat.

Neu eingeführt wurden die Diagnosen Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) und Verlängerte Trauerreaktion (6B42).

1.4. Geistige Beeinträchtigung und Trauma

Erste zentrale Arbeiten zu psychischen Störungen, bzw. zum Thema Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Behinderungen veröffentlichten Marlies Pörtner (1996) und Barbara Senckel (1998).

Barbara Senckel begründet die hohe Häufigkeit psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung wie folgt:

„Die erhöhte psychische Verletzlichkeit und Verletztheit geistig behinderter Menschen beruht auf behinderungsbedingten Einschränkungen der kognitiven Verarbeitungsprozesse und einer relativen Ich-Schwäche. Zum anderen ist sie das Ergebnis von Beziehungsstörungen und fortwährender Traumati-

sierungen, die wieder und wieder das Selbstwertgefühl kränken oder gar vernichten. Solche Erfahrungen sind: Mangel an grundlegender Annahme und Wertschätzung, sich wiederholende emotionale Verlassenheit und Trennungen, Abwertung, Zurücksetzung, Ausgrenzung, Fremdbestimmung, Anpassungsdruck, Kontrolle, Einschränkung, Verweigerung der Selbstbestimmung (auch da, wo sie möglich wäre), Perspektivlosigkeit“. (Senckel, 1998, S.37).

Barbara Senckel (2007, S. 247) zählt zu den möglichen Ursachen von Traumatisierungen auch, wenn ein Säugling nicht genügend Zuwendung, Nahrung oder Geborgenheit erhält. Sie betont, dass es Menschen mit geistiger Behinderung seltener gelingt, Bewältigungsstrategien für Belastungen zu entwickeln. Aus diesem Grund, können auch eher „harmlose“ Herausforderungen traumatisierend wirken, besonders, wenn sich die Betroffenen nicht der Situation entziehen können und das Vertrauen in Beziehungen fehlt.

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“ (Senckel, 2007, S. 247).

Bei Menschen mit geistiger Behinderung finden oft nach der Geburt die ersten Traumatisierungen statt, wenn sie wegen akuten Erkrankungen oder Gedeihstörungen in eine Klinik- und damit weg von den Bezugspersonen und der vertrauten Umgebung müssen. Mögliche traumatisierende Lebensereignisse, die durch äußere Lebensumstände oder das Verhalten von Drittpersonen verursacht werden, können bei Menschen mit geistigen Behinderungen auch schwere medizinische Eingriffe ein, die aufgrund der vielleicht ebenfalls vorhandenen körperlichen Behinderung notwendig ist. Infolgedessen erlebt das betroffene Kind, oft sogar schon im Säuglingsalter, Trennungssituationen und körperliche Schmerzen. Dies führt bei vielen dieser Menschen zu lebenslangen Verlassensängsten.

Schwere Vernachlässigung kann infolge der emotionalen Belastung, die durch die Geburt eines Kindes mit Behinderung bei den Eltern auftreten kann, erfolgen. Sie distanzieren von diesem Kind, sind leichter genervt und überfordert und überlassen das Kind sich selbst.

Körperliche Misshandlung tritt bei Menschen mit Behinderung überdurchschnittlich häufig auf (Senckel, 2007, S. 249). Auch die gesellschaftliche Realität kann zu einer Traumatisierung bei diesen Menschen führen. Sie erfahren keine Wertschätzung, sie werden mit Vorurteilen belegt und werden ausgegrenzt. Als Grund sieht sie die Nicht-Erfüllung der „Qualitätsanforderungen“ unserer Leistungsgesellschaft (Senckel, 1998, S. 31), ihre herabgesetzte Lern-, Leistungs- und Anpassungsfähigkeit und der oft lebenslang bestehende Unterstützungsbedarf, der viele Kosten generiert, die die Gesellschaft tragen muss.

Senckel sieht Verhaltensstörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung als Folge körperlicher Misshandlung oder sexuellen Missbrauchs.

„Die kumulativen Folgen negativer Kindheitserlebnisse und maladaptiver Copingstrategien können das spätere kognitive, soziale und emotionale Funktionsniveau beeinflussen“ (Riedl et al., 2019, S.68), (Übersetzung BM).

Manchmal entsteht Behinderung durch ein Trauma als Abwehr gegen die Erinnerung an körperliche oder sexuelle Misshandlung. Valerie Sinason hat eindrückliche Einzelfallbeschreibungen vorgelegt. Sie beschreibt, dass emotionale Störungen Lernbehinderungen hervorrufen können. Sinason (2000, S. 90) schildert die Veränderungen durch Therapie bei einem fünfjährigen Mädchen mit Lernstörung, das sexuell missbraucht worden war: „Als sie schließlich in der Lage war, mehr über ihre Missbrauchserfahrung zu äußern, kehrte auch in gleichem Maße ihre Intelligenz zurück“.

Einer ihrer jungen geistig behinderten Patienten, der zu Therapiebeginn nur in Zwei- Wort- Sätzen sprach, äußerte, dass er lieber dumm gewesen sei, als tot vor Schmerz. Sinason hat gezeigt, dass Menschen mit einer Behinderung ihre Funktionseinschränkungen aus Gründen der Abwehr vergrößern (sekundäre Behinderung) und diese sekundäre Behinderung einschränkender und gravierender sein kann, als die primäre Behinderung an und für sich. Aus ihrer praktischen Arbeit lernte Sinason, „...dass die Dummheit eine Abwehr gegen das Trauma, von etwas Schmerzlichem allzu viel zu wissen, sein kann“ (Sinason, 2000, S. 15). Sie schildert aus ihrer Praxiserfahrung und der ihrer Kollegen Beispiele, in denen die geistige Behinderung durch Missbrauch verursacht wurde.

Buchanan und Oliver (1977) verweisen ebenfalls in bestimmten Fällen auf Missbrauch und Vernachlässigung als grundlegende Ursache geistiger Minderbegabung. Oliver (1988) prägte den Begriff VIMH (violence-induced mental-handicap = gewaltinduzierte geistige Behinderung) und stellt fest „Misshandlung im häuslichen Bereich ist für solche Zustände (geistige Behinderung, V.S.) bei 5% oder mehr der Behinderten verantwortlich.“ (Sinason, 2000, S. 90)

Es wird davon ausgegangen, dass Menschen mit geistiger Beeinträchtigung mehr traumatische und negative Lebensereignisse durchlaufen, als Menschen mit einer normalen Entwicklung (Mevisen, Lievegoed, Seubert, & De Jongh, 2012, Mevisen-Renckens, 2018). Außerdem scheint es nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses ein höheres Risiko für Menschen mit Intelligenzminderung zu geben, an den negativen Folgen eines Traumas zu leiden, inklusive PTSD (Post-traumatic stress disorder) (Rittmannsberger, Luegerschuster & Weber, 2018, Withaker & Read, 2006). Die Studien von Metzger et al. (1998) an Vietnam-Kriegsveteranen ergaben, dass eine niedrigere prätraumatische Intelligenz das Risiko vergrößert, eine PTSD zu entwickeln. Obwohl diese Zusammenhänge bekannt sein müssten, sind sie im betreuenden Umfeld dieser Menschen in der Regel nicht bekannt.

Eine Arbeitsgruppe des NCTSN (National Child Traumatic Stress Network) Charlton, Kliethermes, Tallant, Taverne, & Tishelman (2004, S. 4 ff) fasste einige Fakten zu „Trauma bei Menschen mit Behinderungen“ zusammen:

- „- Menschen mit Behinderungen werden 2-10 mal häufiger sexuell missbraucht, als Menschen ohne Behinderungen. (Westat Ind., 1993).
- Misshandlungen treten bei Kinder mit Behinderungen 1,5-10 mal häufiger auf, als bei Kindern ohne Behinderungen (Baladerian, 1991; Sobsey & Doe, 1991, Sobsey & Vamhagen, 1989, Sullivan & Knutson, 2000, Westat, 1991).
- Bei Menschen mit Behinderungen wird nur einer von 30 Fällen sexuellen Missbrauchs oder Übergriffs berichtet, im Gegensatz zu einem von fünf Fällen bei der nicht behinderten Population (James, 1988).
- Auch wenn ein Missbrauch berichtet wird, so wird dem nur selten nachgegangen, wenn das Opfer behindert ist (Senn, 1988).
- Die Betroffenen haben Probleme geeignete Anlaufstellen zu finden (Sobsey & Doe, 1991).
- Innerfamiliäre Täter üben hauptsächlich Vernachlässigung, körperliche Gewalt und emotionalen Missbrauch aus. Extrafamiliäre Täter verüben den

Großteil der sexuellen Übergriffe (Sullivan & Knutson, 2000).

- In institutionellen Settings geschieht sexueller Missbrauch viermal häufiger, als in der Durchschnittsbevölkerung (Blatt & Brown, 1986).

- 99% der Menschen, die missbrauchen, sind sowohl den Kindern, als auch dem betreuenden Umfeld bekannt und sie vertrauen diesen Menschen (Baderian, 1991).“ Anmerkung: Deutsche Übersetzung BM.

Auch wenn traumatisierte Menschen mit Intelligenzminderung sprechen können, so haben sie noch lange keine Vertrauenspersonen, denen sie auch belastende Dinge anvertrauen können. Vor allem, wenn sie sich für das, was passiert ist, schämen, z.B., wenn sie sexuelle Gewalt erlebt haben, oder wenn die/der Täter ihnen einredet, selbst schuld an dem Geschehen zu sein. Sie fühlen sich mit dem Erlebten alleine, ohne jegliche Unterstützung des Umfelds und dies oft ein Leben lang.

Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung erleben mit höherer Wahrscheinlichkeit sexuellen Kindesmissbrauch, aber auch andere traumatische Ereignisse, als die Normalbevölkerung (Catani & Sossalla, 2015).

Kinder mit Intelligenzminderung erleben dreimal wahrscheinlicher Gewalt, als ihre Peers.

In der Studie von Vervoort-Schel et al. (2018) in den Niederlanden, ergab sich, dass von 69 untersuchten Kinder mit intellektueller Beeinträchtigung 82,6% mindestens ein ACE (Adverse Childhood Experience), also ein traumatischen Lebensereignis vor dem 18. Lebensjahr, erlebt haben. 49,3% haben zwei oder mehr ACEs erlebt. Kinder, die vier oder mehr ACEs erlebt haben, waren mit signifikant höherer Wahrscheinlichkeit in einer Institution oder einer Pflegefamilie untergebracht.

Es muss auch von einer erhöhten bio-psycho-sozialen Vulnerabilität ausgegangen werden (Whitaker & Read, 2006).

1.4.1. Prävalenz von sexueller Gewalt bei Menschen mit Intelligenzminderung

In ihren Studien in Österreich zeigen Zemp und Pircher (1996), dass Frauen mit geistiger Behinderung weit häufiger von sexueller Gewalt betroffen sind als Frauen ohne Beeinträchtigung. 89,2% der Frauen gaben an, sexuelle Gewalt erlebt zu haben, ca. 64% der Frauen äußerten, ein- oder mehrmals sexuelle Gewalt erlebt zu haben (Zemp & Pircher, 1996, S. 42).

In einer Studie mit geistig behinderten Männern gaben ca. 50% an, schon einmal sexuelle Gewalt erlebt zu haben (Zemp, Pircher, & Schoibl, 1997, S. 56). Die Dunkelziffer der sexuellen Gewalt an Jungen und Männern mit Behinderung wird aufgrund von Praxiserfahrungen als deutlich höher geschätzt, als in der Literatur angegeben (Elbing & Mayer, 2017). Sexuelle Gewalt an Männern wird kaum wahrgenommen und thematisiert.

Wachsen Kinder und Jugendliche in Pflegefamilien oder Heimen auf, so haben sie ein ein- bis siebenfach erhöhtes Risiko, sexuell missbraucht oder misshandelt zu werden (Jaritz, Wiesinger, & Schmid, 2008). Dies gilt für Kinder- und Jugendliche ohne Intelligenzminderung. Das Risiko für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung dürfte noch höher sein, da sie aus Tätersicht vermutlich geeignetere Opfer sind.

Reiter, Bryen, & Shachar (2007) berichten, dass Schüler mit geistiger Beeinträchtigung im Vergleich zu ihren nicht-behinderten Mitschülern häufiger körperlichen, sexuellen oder emotionalen Missbrauch erleben. Sie fanden nicht nur eine höhere Inzidenz für Missbrauch, sondern auch, dass er seltener erzählt wird, oder, wenn es gelingt, ihn zu erzählen, dies nicht beachtet wird.

In der Studie zur Lebenssituation von Frauen mit Beeinträchtigungen in Deutschland (Schröttle et al., 2012, S. 19) wurde deutlich, dass Frauen mit Behinderungen allen Formen von Gewalt deutlich häufiger ausgesetzt sind als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt. 20-34 % der Frauen gaben an, in Kindheit und Jugend sexuellen Missbrauch durch Erwachsene erlebt zu haben. Dies bedeutet eine 2-3mal höhere Häufigkeit, als im Bevölkerungsdurchschnitt. Wird sexueller Missbrauch durch andere Kinder oder Jugendliche mit einbezogen, so hat jede zweite bis vierte Frau (je nach Behinderungsart) sexuelle Übergriffe in Kindheit und Jugend erlebt. Bei den Frauen mit geistiger Behinderung gaben 25% sexuellen Missbrauch im Kindes- oder Jugendalter an, es wird aber deutlich auf eine vermutlich hohe Dunkelziffer hingewiesen. Es sei zu vermuten, dass besonders Frauen mit schweren geistigen Behinderungen und stark eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten durch Befragungsstudien nicht erreicht werden und sie in besonderem Ausmaß gefährdet sind, Opfer von sexuellem Missbrauch zu werden (Schröttle et al., 2012, S. 21).

Byrne (2017) fand in seinen Literaturstudien, dass Kinder und Erwachsene mit einer Intelligenzminderung ein höheres Risiko für sexuellen Missbrauch haben, als nicht behinderte Peers (S.1). Er stellt fest, dass es einen Forschungsmangel in dem dem Gebiet sexuelle Gewalt an Menschen mit geistiger Behinderung gibt und dass dieses Thema erst in den letzten Jahren durch

verschiedene große Skandale wie den Murphy Report in Irland oder die Berichte über den Missbrauchskandal in der Erzdiözese Boston in den Fokus der Aufmerksamkeit rückten.

Werner Tschan bezeichnet Institutionen als „Hochrisikogebiete“ (Tschan, 2012, 2013).

Sexuelle Gewalt wird auch von Fachpersonen ausgeübt. Die Stiftung Linda, eine „Stiftung für Sensibilisierung, Prävention und Hilfestellung“, setzt sich seit ihrer Gründung 2008 auch für die Prävention sexueller Gewalt in Institutionen für Menschen mit Behinderung ein.

Stiftung Linda (2018):

„Es ist davon auszugehen, dass 3 bis 4 Prozent der Fachleute sich sexuellen Missbrauch zuschulden kommen lassen. Pro Jahr muss in der Schweiz mit rund 350 000 Opfern gerechnet werden, davon 15.000 allein im Gesundheitswesen. »

Der Vergleich verschiedener Studien zur Prävalenz von Trauma und Traumafolgestörungen wird erschwert durch unterschiedliche Definitionen von Trauma, bzw. den verschiedenen Kategorien von möglichen traumatischen Erlebnissen. Dies gilt auch für die Studien zu sexueller Gewalt und deren Folgen (Gill, 2010 in Byrne, 2017).

Unterschiedlich gehandhabt wird beispielsweise die Definition von sexueller Gewalt: Versteht man darunter nur orale, vaginale oder anale Penetrationen? Gehören „Hands-off“-Übergriffe dazu oder nicht? Versteht man unter sexueller Gewalt bei Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren alle sexuellen Grenzüberschreitungen? Gehört z.B. das Gezwungen-werden, Erwachsene nackt anzuschauen oder beim Onanieren beobachten zu müssen dazu? Wie wird bei der „sexuellen Gewalt“ der Begriff z.B. bei Fragebogen erläutert? Versteht man nur Übergriffe als „sexuelle Gewalt“, wenn körperliche Gewalt angewendet oder angedroht wird? Versteht man sexuelle Handlungen durch Erwachsene, auch mit vollzogenem Geschlechtsverkehr, z.B. bei Kindern unter 14 Jahren auch als „sexuelle Gewalt“, wenn sie dieser Handlung freiwillig zugestimmt haben? Was bedeutet in diesem Kontext „freiwillig“? Wenn sie sich beispielsweise erhofft haben, dass ihnen die betreffenden Personen künftig hilft und sie unterstützt? Oder versteht man alle sexuellen Handlungen mit Kindern und Jugendlichen unter 12 Jahren als sexuelle Gewalt? Oder liegt die

Altersgrenze bei 14, 16 oder 18 Jahren?

Viele Studien benutzen unterschiedliche Definitionen von sexueller Gewalt, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse dieser Untersuchungen minimiert. Die gilt analog selbstverständlich auch für andere traumatisierende Lebensereignisse.

Einheitliche Definitionen von Kindesmisshandlungen liegen sehr ausführlich durch den CDC (Center for Disease Control and Prevention), einer US-Bundesbehörde des Amerikanischen Gesundheitsministeriums, Atlanta, vor. Diese sind leider wenig bekannt und verbreitet. Würden sich weltweit solche Grundlagen für die Forschung etablieren, wären Ergebnisse von Studien leichter vergleichbar (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon, & Arias, 2008).

1.4.2. Geistige Beeinträchtigung und PTSD

Es ist gut belegt, dass Menschen mit Intelligenzminderung ein höheres Risiko haben, Traumata zu erleben und sie auch vulnerabel dafür sind, Traumafolgestörungen zu entwickeln (Lake, Palucka, Desara, Hassiotis, & Lunsky, 2014, Horner-Johnson & Drum, 2006, Peckham, 2007).

In Studien zeigte sich, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die sexuelle Gewalt erlebt haben, eine ähnliche Bandbreite psychologischer Folgen haben, wie die Allgemeinbevölkerung nach solchen Erlebnissen, besonders was depressive und traumabezogene Symptome anbelangt (Firth, 2001).

Menschen mit einer Minderintelligenz haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, körperliche, sexuelle, oder emotionale Gewalt zu erleben, auch schwere Formen von Vernachlässigung und von Fremdplatzierungen (Lake et al., 2014). Martorell und Tskanikos (2008, S. 445 ff) beschreiben, dass auch Situationen, die nicht klassisch trauma-auslösend sind (beispielsweise sich in einer U-Bahnstation verlaufen), für Menschen mit einer Intelligenzminderung traumatisch sein können, da sie Probleme haben, Situationen zu verstehen und zu analysieren. Ein niedrigeres intellektuelles Funktionsniveau führe zu höheren Raten an PTSD. Sie schlagen auch eine größere Bandbreite potentiell traumatischer Situationen für Menschen mit Intelligenzminderung vor.

Noch heute wird sogar eine „einfache“ Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) bei Menschen mit Intelligenzminderung nur selten diagnostiziert (Voß, 2010). Dies betrifft Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die sich verbal ausdrücken können. Für Menschen mit Intelligenzminderung und wenig oder gar keiner vorhandenen Kommunikationsmöglichkeit, trifft dies in noch größerem Ausmaß zu.

Veröffentlichungen zu dem Thema „psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung“ oder „Traumafolgestörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung“ befassen sich, wenn überhaupt, nur mit der „einfachen“ Traumafolgestörung (PTBS).

Angaben zur Häufigkeit von PTBS bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung sind in der Literatur nicht zu finden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Häufigkeit im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht ist.

Tabelle 2: Mögliche Hinweise auf eine PTBS bei Menschen mit einer geistigen Behinderung (Irblich, 2005, S. 408)

Körperlich-somatische Phänomene	Verhalten in sozialen Beziehungen
Erbrechen und/oder Durchfall	Bindungsstörungen
Anhaltende Erregung	Probleme mit der Affektregulation
Zittern, Schwitzen, Herzrasen	Kontaktvermeidung, Rückzugsverhalten
Erstarren in Angstsituationen	Verlangen nach best. Berührungen
Schmerzempfinden auffällig hoch oder tief	Angst vor fremden Personen und neuen Situationen
Verschiedene Körperschmerzen unklarer Ursache	Trennungängste, anklammerndes Verhalten
Regulationsstörungen, wie exzessives Schreien	Klient wirkt manchmal „regrediert“ oder frühreif
Schlafstörungen	Auffälliges Verh. bei milden oder aggressiven Hinweisreizen

In Fachkreisen wird diskutiert, dass sich PTBS-Symptome bei Menschen mit geistiger Behinderung anders manifestieren, als bei Menschen ohne Beeinträchtigung. So gibt es Hinweise darauf, dass sich traumatische Erfahrungen bei dieser Klientel in desorganisiertem oder angetrieben Verhalten manifestieren. Beim Wiedererleben der traumatischen Situationen können selbstverletzendes Verhalten und furchtauslösende Träume, ohne erkennbaren Inhalt auftreten. Re-Enactments können sich so präsentieren, dass sie als Symptome einer Psychose erscheinen (Mevissen et al., 2012, p. 224).

Die Autoren vermuten, dass die unterschiedlichen Reaktionen auf Trigger der Grund dafür sein könnten, dass bis heute keine reliablen und validen Instrumente für die Beurteilung von PTBS, auch bei Menschen mit nur leichter geistiger Behinderung vorliegen, keine zuverlässigen Daten zur Prävalenz von PTBS bei dieser Klientel und ebenso keine evidenzbasierten Behandlungsmethoden.

1.4.3. Geistige Beeinträchtigung und komplexe Traumafolgestörungen

Bei Literaturrecherchen sind keine Arbeiten über Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und komplexeren Traumafolgestörungen, wie DESNOS oder Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung nach van der Kolk zu finden.

Dies kann so interpretiert werden, dass die informierte Fachwelt auch im Jahr 2020 noch ausblendet, dass Menschen mit Intelligenzminderung an noch gravierenderen Traumafolgestörungen, als der PTSD leiden können.

In einer der wenigen Veröffentlichungen über die Folgen chronischen sexuellen Missbrauchs behinderter Frauen in der Familie beschreibt Berger (2005) das „Ophelia-Syndrom“. Dieses zeigt sich in schwankenden Bewusstseinszuständen, häufigen traumartigen Zuständen im Wechsel mit Bewusstseinsklarheit, Depersonalisation, Denkstörungen, Neigung zu Affektlabilität, Affektdurchbrüche, aber auch Antriebsstörung, Störung des Sozialverhaltens, theatralischem Agieren und Aggressionsneigung. Er beschreibt mit dem „Ophelia-Syndrom“ eine reaktive psychische Störung, für die in der Systematik des ICD-10 keine klare Zuordnung möglich ist. In seiner Empfehlung für die therapeutische Strategie empfiehlt Berger die Kombination von Psychotherapie, Veränderung der Lebenssituation und Neuroleptikatherapie.

Rittmannsberger, Lueger-Schuster und Weber (2018, S. 175) weisen darauf hin, dass die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, die neu in der ICD-11 aufgenommen wurde, „3 weitere Symptomcluster umfasst: Einschränkungen in den Bereichen der Affektregulierung, Selbstwahrnehmung und Emotionsregulation (WHO 2018). Dieses Bild dürfte bei Personen mit intellektueller Entwicklungsstörung und langjähriger Institutionserfahrung häufig zu erwarten sein.“ Sie gehen davon aus, dass die Auslöser für Traumafolgestörungen bei dieser Klientel breiter sein können, als bei der Normalbevölkerung (Martorell & Tsakanikos, 2008). Als weiteren Unterschied sehen sie, dass die Symptome aufgrund der oft eingeschränkten verbalen Fähigkeiten eher non-verbal und auf der Verhaltensebene ausgedrückt werden und es deshalb erschwert ist, diese Ausdrucksform als Symptom einer Traumafolgestörung zu verstehen.

1.5. Gründe für das Übersehen von Traumafolgestörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

In der Praxis tragen viele unterschiedliche Aspekte zu dieser Situation bei:

1.5.1. „Diagnostic Overshadowing“

Auffällige Verhaltensweisen von Menschen mit geistiger Behinderung, die man auch als Symptome einer Traumafolgestörung betrachten könnte, werden als zur Behinderung zugehörig interpretiert. Dieses Praxisproblem wird als Diagnostic Overshadowing bezeichnet (Jones, Howard, & Thornicroft, 2008, White et al., 1995). Emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme werden vom Umfeld als zur Behinderung gehörend wahrgenommen, anstatt eine Komorbidität zu diagnostizieren. Dies führt zu Unterdiagnosen und inadäquaten Interventionen (Vervoort-Schel et al., 2018).

Traumafolgestörungen, auch komplexe, bleiben unentdeckt, da die Symptomatik der Beeinträchtigung zugeschrieben wird.

1.5.2. Underreporting durch eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit

Viele der traumatisierten Menschen mit Intelligenzminderung verfügen nur über eingeschränkte Kommunikationsfähigkeiten. Es ist für diese Betroffenen kaum möglich, selbst Hinweise auf ein erlebtes traumatisches Geschehen zu geben, außer durch auffällige Verhaltensweisen.

Die unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (2018, S. 2) stellte fest, „dass betroffene Personen nur selten eine Sprache für das Erlebte haben und ihnen häufig keine Möglichkeit des Sprechens über sexuelle Gewalt vermittelt wurde. Auch wurde ihnen vom Umfeld oftmals nicht geglaubt.“ Eine Studie von Maschke und Stecher (2018) ergab, dass nicht nur die „Scham und Sprachlosigkeit gegenüber den Themen Körperlichkeit und (sexualisierter) Gewalt, aber auch Unwissen über Sexualität und die eigenen Rechte...“ dazu führen, dass die Betroffenen das Erlebte niemandem erzählen können. Auch wenn heute Dokumente in einfacher Sprache angeboten werden, so stellen Befragungen von Menschen mit kognitiver Behinderung und eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten immer noch eine große Herausforderung dar.

„Grundsätzlich ist den meisten Menschen mit Behinderung nicht bewusst, dass sie auch über gewisse Rechte verfügen und dass übergriffiges Verhalten sowie Missachtung der eigenen Privatsphäre keineswegs Normalität sein sollte.

Das Recht, ab Brüsten, oder anderen Körperteilen nicht angefasst zu werden, ist immer noch vielen Menschen mit Behinderung nicht bekannt. In den Einrichtungen wurde jahrzehntelang nach solchen Vorstellungen gehandelt, die pädagogische Kultur und Praxis der Einrichtungen ist davon geprägt.“ (Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs, 2018, S. 7-8).

Ein essentieller Faktor ist die meist fehlende Sexualerziehung bei diesen Menschen, so dass sie auch in grenzüberschreitenden Situationen nicht realisieren, was mit ihnen passiert.

Das bedeutet nicht, dass sie keinen Leidensdruck verspüren. Die Scham, das Gefühl, dass etwas passiert ist, das nicht in Ordnung ist, kann trotzdem zu Verzweiflungstaten, bis hin zu Suizidversuchen führen.

Informationsmaterial zu Gewalt und sexueller Gewalt ist zwar inzwischen in Leichter Sprache verfügbar (Projekt Suse, bff), jedoch vielen Einrichtungen nicht bekannt und für betroffene Menschen mit Beeinträchtigungen nicht zugänglich.

Die Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs veröffentlichte 2019 einen Flyer „Geschichten die zählen“ in Leichter Sprache. Wie weit dieser in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen bekannt werden wird, wird sich zeigen.

Eine Übersicht der Programme zur Prävention von sexuellem Missbrauch von Menschen mit geistiger Behinderung bieten Chodan, Hässler und Reis (2014).

Eine Arbeitsgruppe des NCTSN (National Child Traumatic Stress Network) geht von einem Underreporting der Prävalenz von Trauma bei Menschen mit Beeinträchtigungen aus. Zu den Gründen tragen mehrere Faktoren bei: Probleme in der Kommunikation, überhaupt vom Erleben eines Traumas berichten zu können, Probleme, dass das Umfeld den Betroffenen überhaupt Glauben schenkt und allgemeine Kommunikationsprobleme (Charlton, Kliethermes, Tallant, Taverne, & Tishelman, 2004).

1.5.3. Zugänglichkeit von Beratungsstellen

Beratungsstellen, die Betroffene unterstützen könnten, sind für Menschen mit Intelligenzminderung kaum zugänglich, vor allem, wenn sie in Institutionen leben. Sie verfügen nicht über das Wissen, dass es solche Anlaufstellen überhaupt gibt. Auch wenn in seltene Fällen Informationsmaterial vorhanden ist, so sind die Anlaufstellen für die Betroffenen oft nicht ohne Hilfe zugänglich und erreichbar.

Eine weitere Hürde ist, dass Beratungsstellen in der Regel nicht für die Beratung von Menschen mit Intelligenzminderung ausgebildet sind. Die Berner Fachhochschule fand in ihrer Studie, dass von 181 Fach- und Anlaufstellen für Opfer sexueller Gewalt, nur drei über die Fachkompetenz verfügen, Opfer sexueller Gewalt mit Intelligenzminderung zu beraten (Urwyler, 2014).

1.6. Behandlung und Diagnostik von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung

Da sich kaum Literatur zur Behandlung von PTBS bei Menschen mit geistiger Behinderung finden lässt, beziehen sich die folgenden Empfehlungen auf das psychotherapeutische Angebot bei psychischen Störungen im Allgemeinen. Marlies Pörtner (2004) empfiehlt das Konzept der Prä-Therapie von Prouty (1976, 2007). Dieser Ansatz ermöglicht einen Zugang zu Menschen, die aufgrund geistiger und / oder psychischer Behinderung oder langer Hospitalisation nicht, oder nur bedingt in der Lage sind, Kontakt mit ihrer Umwelt aufzunehmen. Oft sind es Menschen, die sehr in sich gekehrt leben, kaum Kontakt zur Umwelt aufnehmen und als nicht therapierbar und nicht kontaktfähig gelten. Wichtige Aspekte der Prä-Therapie sind „sorgfältiges Zuhören, Hinsehen, Sich-Einfühlen und Ernstnehmen der Betroffenen“ (Pörtner, 2004, S. 154). Dies ermöglicht, die Welt der Betroffenen besser zu verstehen.

Methodisch spricht Prouty von „Kontaktreflexionen“, dazu gehört das Ansprechen der Situation, was den Kontakt zur Realität fördern soll; das Eingehen auf die Körperhaltung der Klienten, das den Kontakt zum eigenen Körper unterstützen soll; das Ansprechen der Mimik, das den Kontakt zu den eigenen Emotionen fördern soll; das wörtliche Wiederholen, auch wenn es vielleicht nur Wortfetzen sind, die man verstehen kann, was besonders bei Menschen mit Kommunikationsproblemen sinnvoll ist und das Prinzip des Wiederaufgreifens, das den Kommunikationsfluss anregen soll. Das Ziel dieses Vorgehens ist es, die Klienten in den Kontakt zur Realität, mit sich selbst und mit anderen zu bringen.

Zusammengefasst beruht die Methode auf einer personenzentrierten Grundhaltung und der Bereitschaft, sich als Therapeut auf den Klienten und seine Welt einzulassen, sich darin einzufühlen und den Klienten in seinem Tempo darin zu begleiten.

Dieser Ansatz ermöglicht nicht nur den Zugang zu chronisch schizophrenen Menschen und Menschen, die an Hospitalismus leiden, sondern auch zu schwer geistig behinderten Menschen, zu geistigen behinderten Menschen mit oder ohne Psychose und zu Menschen in einer akuten Psychose (Prouty, 2007).

Gute Grundlagen für die Arbeit, sowohl für das betreuende (pädagogische / agogische³) Umfeld, als auch für die Therapie, bietet die „Entwicklungsfreundliche Beziehung / EfB“ nach Senckel und Luxen (2017). Dies bedeutet, dass diese Grundsätze sowohl im Gruppenkontext, als auch im Einzelförder- oder -therapiekontext angewandt werden können.

Senckel und Luxen stellen fest, dass problematische Verhaltensweisen bei Menschen mit Intelligenzminderung oft auf Entwicklungslücken im sozio-emotionalen Bereich hindeuten. Diese zeigen, ebenso wie die kognitive Entwicklung, Entwicklungsrückstände, bzw. -lücken, wobei die sozioemotionale Entwicklung meist noch frühere Lücken aufweist. Die Grundhaltung der EfB wird getragen von den Grundsätzen der Wertschätzung, Empathie und Kongruenz und sie sieht die pädagogische Beziehungsgestaltung als Ausgangspunkt für die sozio-emotionale Entwicklung. Eine differenzierte Einschätzung aller Entwicklungsdimensionen wird als unabdingbar betrachtet. Diese erfolgt mittels des im Buch „Der Entwicklungsfreundliche Blick“ (2017) vorgestellten BEP-KI (Befindlichkeitsorientierte Entwicklungs-Profil für normal begabte Kinder und Menschen mit Intelligenzminderung). Er steht in einer Kurz- und Langform zur Verfügung.

Luxen und Senckel gehen davon aus, dass durch traumatische Erfahrungen, wie z.B. dem Nicht-Erfüllen frühkindlicher Beziehungsbedürfnisse, Entwicklungsblockaden entstanden sind, die sich durch korrigierende Beziehungserfahrungen wieder auflösen lassen. Methoden sind dabei das wertschätzende Spiegeln, die Durchführung von Ritualen, die seelisch und geistig „ernähren“ (Senckel und Luxen, 2015, S. 1-3), gemeinsame „liebe Gewohnheiten“ oder das Einbinden von Übergangsobjekten in die Kontaktgestaltung. Dies erfolgt jeweils nach den emotionalen Entwicklungsbedürfnissen und sie berücksichtigen zugleich das kognitive Niveau. Grundsätze in der Begleitung sind dabei „So viel Autonomie wie möglich, so viel Schutz und Grenzsetzung, wie nötig“

³ Der Begriff Agogik ist in der Schweiz gebräuchlich für die Pädagogik Erwachsene betreffend.

(Senckel & Luxen, 2015, S. 2). Sie empfehlen, dass sich das ganze Umfeld in Institutionen nach diesen Grundsätzen ausrichten soll. Auch Grundsätze der Traumapädagogik fließen in diesen Ansatz ein, wie z.B. die Schaffung eines „sicheren Ortes“ oder Vermeiden von Re-Traumatisierungen.

Vorschläge zur Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung beinhalten unterschiedliche Aspekte (Avrin, Charlton, Tallent, 1998 in Charlton et al., 2004):

Langsameres Sprechen [nicht lauter, wie man es in der Praxis immer wieder erlebt, Anm. BM], das Benutzen von Visualisierungsmöglichkeiten, die das Gesprochene unterstreichen, z.B. in Form einfacher Zeichnungen, das kurze Aufschreiben von Auswahlmöglichkeiten, jeweils nur eine einzige Information besprechen, nach jedem Punkt Rückfragen und sich versichern, dass der Inhalt richtig verstanden wurde, konkrete Veränderungsvorschläge vorgeben, verschiedene Handlungen für Situationen einüben, in die die Klienten geraten können, die jeweiligen Therapiestunden so strukturieren, dass Schlüsselinformationen möglichst häufig wiederholt werden, z.B. indem zu Beginn kurz der Inhalt der letzten Sitzung besprochen wird, besprechen, wie die vergangene Woche verlief, bearbeiten verschiedener Handlungsmöglichkeiten in schwierigen Situationen, die auftreten können, die wichtigsten Punkte nochmals wiederholen, an denen der Klient bis zur nächsten Sitzung arbeiten soll, die Hausaufgaben schriftlich festhalten und nochmals überprüfen, ob der Klient alles gut verstanden hat. Es wird empfohlen, Coping-Strategien konkret einzuüben, und nicht nur in der Vorstellung zu bearbeiten. Als Therapeut sollte man sich immer wieder bewusstmachen, dass Verhaltensänderungen bei dieser Klientel mehr Zeit brauchen, als bei anderen. Veränderungen müssten eher mit der Feinmesslehre, als mit dem Zollstock gemessen werden. Bewusstmachen muss sich der Therapeut immer wieder, dass eine effektive Behandlung von Menschen mit Beeinträchtigungen auch Unterstützung und Schulung vom betreuenden Umfeld und der Familie bedeutet.

Dies bedeutet nicht, dass man sich nicht an die therapeutische Schweigepflicht gebunden fühlen sollte, sondern eher eine Wissensvermittlung des Umfelds, was ein Trauma und Traumafolgestörungen sind und wie unterstützende Maßnahmen des Umfelds aussehen sollten.

Grundsätzlich gelten für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen dieselben Grundsätze, wie bei der Normalbevölkerung (Sappok & Feuerherd, 2018, S. 189).

Buchner (2008) zeigte in seinen Untersuchungen, dass für das Gelingen einer

Psychotherapie bei Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung vor allem die „intrinsische Motivation und eine positive Beziehung zwischen TherapeutIn und KlientIn“ (Buchner, T., 2008, S. 4) wesentliche Elemente für das Gelingen einer Psychotherapie sind. Ebenso wird das Einhalten der Schweigepflicht, auch gegenüber dem betreuenden Umfeld, als wichtiges Element dargestellt. Seine Untersuchung zeigt auf, dass Psychotherapie bei dieser Klientel „sehr wohl positive Outcomes erbringt und zu einer Steigerung des Wohlbefindens, dem Erweitern von Handlungsmöglichkeiten für den Alltag sowie einem Rückgehen des Leidensdrucks führen kann“ (Buchner, T., 2008, S. 4).

Tanja Sappok empfiehlt den Einsatz von Leichter Sprache (Lebenshilfe Bremen, 2013, Netzwerk People First, 2019), die Verwendung einfacher und leichtverständlicher Worte, kurze Sätze, das Vermeiden von Fremdworten und Fachbegriffen. Es wird auch empfohlen, die verlängerte Antwortlatenz zu berücksichtigen und dabei ca. sechs Sekunden auf eine Antwort zu warten. Sappok und Feuerherd (2018, S. 194) fassen zusammen: „Therapeutisch gelten dieselben Grundprinzipien wie in der Allgemeinpsychiatrie, die insbesondere bei Menschen mit leicht- bis mittelgradiger geistiger Entwicklungsstörung angewandt werden können.“

Sansour und Reuner (2018, S. 81) stellen fest, dass der Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten für diese Klientel erst in jüngster Zeit Beachtung findet. Sie empfehlen besonders bei Menschen mit eingeschränkten sprachlichen Fertigkeiten Methoden mit alternativen Ausdrucksmöglichkeiten, wie Kunst- oder Musiktherapie, aber auch tiergestützte Therapie.

Bis 2018 wurden nur sehr wenige Fallbeschreibungen von Traumabehandlungen bei PTSD bei Menschen mit Intelligenzminderung veröffentlicht (Mevissen, 2018, Mevissen, Lievegoed, Seubert, & De Jongh, 2012, Mayer & Needham, 2011), darunter nur eine einzige, die die Behandlung eines Klienten mit schwerer Intelligenzminderung und PTSD beschreibt.

Die wenigen Veröffentlichungen zur Behandlung von PTSD bei Menschen mit Intelligenzminderung beziehen sich beinahe ausschließlich auf eine Behandlung mit Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

In einer Fallstudie mit vier Klienten mit schwerer Intelligenzminderung, die mit EMDR behandelt wurden, nahmen die PTSD-Symptome ab, die depressive Symptomatik und körperliche Beschwerden verringerten sich, während soziale Fertigkeiten und Anpassungsfähigkeiten zunahmen (Mevissen, Lievegoed, Seubert, & De Jongh, 2012, p.224). Als Ergebnis dieser Fallbeschreibung

wurde festgestellt, dass EMDR eine geeignete Behandlungsmethode für Menschen mit schwerer Intelligenzminderung ist.

Mevissen fasst die Besonderheiten der PTSD bei Menschen mit Intelligenzminderung zusammen (Mevissen, 2018, S. 29 ff):

Die Bandbreite potentiell traumatisierender Ereignisse scheint bei Menschen mit Intelligenzminderung grösser zu sein. Die Wahrscheinlichkeit von desorganisiertem oder agitiertem Verhalten ist höher, wenn das Entwicklungsalter tiefer ist. Traumaspezifische Re-Enactments bei Erwachsenen mit leichter bis schwerer geistiger Behinderung können wie Symptome einer Psychose erscheinen. Funktionseinschränkungen durch eine PTSD können den Folgen einer Intelligenzminderung sehr ähneln. Sorgfältige Diagnostik ist deshalb sehr wichtig. Mevissen weist darauf hin, dass in den vorliegenden Arbeiten über Therapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und PTSD entweder keine oder nur rudimentäre Angaben vorliegen, wie die PTSD diagnostiziert wurde. Eine einzige Fallvignette, die den Einsatz der NET (Narrative Exposure Therapy (Neuner, Schauer, Elbert, & Roth, 2002) beschreibt, wurde 2012 veröffentlicht (Mayer, & Needham, 2011). Sie beschreibt die Traumatherapie eines ca. fünfzigjährigen Mannes, der durch eine langjährige und schwere Traumatisierung durch körperliche und sexuelle Gewalt, nicht nur jegliches Funktionsniveau, sondern auch sein Sprachvermögen verlor und zum Zeitpunkt des Therapiebeginns wie ein schwer geistig behinderter Mann wirkte. Trotz dem notwendigen Einsatz von gestützter Kommunikation „FC- Facilitated Communication“ (Crossley, 1997) und einem damit verbundenen hohen Zeitaufwand, war die Durchführung der NET möglich.

Lange Zeit war kein einziges Diagnoseinstrument für PTSD bei Menschen mit Intelligenzminderung verfügbar (Mevissen, 2018). Riessbeck (2013, Kap. 19, S. 4) stellt fest, dass im Bereich Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Behinderungen nur kasuistische Beschreibungen vorliegen. Er geht davon aus, „dass Diagnostik und Therapie noch stärker individualisiert sein müssen, als bei komplex traumatisierten Menschen“.

Thomas Hensel (2017, S. 72) merkt kritisch an:

«trotz nachgewiesener längerfristiger und chronischer interpersoneller Gewalterfahrungen zeigen Kinder oftmals nicht die Kriterien für das Vollbild einer psychischen Störung. In einer Untersuchung von Richardson et al.

(2008) erfüllten Kinder, die länger als ein Jahr misshandelt worden waren, zu 47% nicht die Kriterien für irgendeine DSM-IV-Diagnose. Auch nach einem Monotrauma zeigt nur ein geringer Teil der Kinder das Vollbild einer PTBS, ein bedeutsamer Anteil aber ausschließlich subklinische Symptome, die jedoch in ähnlicher Weise als belastend erlebt werden (Carrion et al., 2002). Die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry empfiehlt daher, «ein Kind oder einen Jugendlichen dann als behandlungswürdig anzusehen, wenn das Alltagserleben des Kindes oder Jugendlichen beeinträchtigt ist. Dies unabhängig davon, ob sie die Diagnose PTBS erhalten haben oder nicht (AACAP, 2010, S. 421). »

Kritisch wird vor allem das notwendige Vorhandenseins des «A-Kriteriums» zur Diagnostik einer PTBS gesehen, da beispielsweise chronische Vernachlässigung und Verwahrlosung nicht das A-Kriterium erfüllen.

Hensel sieht die Grundlagen für die Diagnostik im Bereich chronischer Traumatisierungen bei Kindern noch kritischer, da sie oft eine Bandbreite verschiedener Verhaltensauffälligkeiten zeigen, die die klassischen Merkmale einer PTBS nicht erfüllen. Vorherrschend seien „trauma unrelated symptoms“, also Symptome, die nicht traumaspezifisch sind, wie Trennungsängste, Störungen des Sozialverhaltens, ADHS oder Phobien (Jonkmann, 2013).

Obwohl die Empfehlungen Hensels für Kinder und Jugendliche gelten und nicht für Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung, kann man davon ausgehend, dass diese Empfehlungen auch für diese Klientel sinnvoll wären. Viele dieser Menschen befinden sich abgesehen von einer Intelligenzmindering auf einem sozio-emotionalen Entwicklungsniveau, das unter dem realen Alter liegt, oft sogar viele Entwicklungsstufen darunter.

Man kann davon ausgehen, dass es auch für die Diagnostik viele Parallelen zur Arbeit mit Kinder und Jugendlichen gibt.

Fachverbände (Hensel, 2017, S. 117) empfehlen ein Screening auf belastende Lebensereignisse als Teil der Standarddiagnostik:

«Auch in Empfehlungen von Fachverbänden wird zunehmend betont, *bei allen Störungsbildern* ein Screening auf belastende Lebenserfahrungen – als Teil der Standarddiagnostik – durchzuführen und diese vor der symptombezogenen Arbeit zu behandeln. Dies gilt auch für Störungsbilder wie ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens, die zumindest im deutschen Sprachraum bisher nicht als belastungsreaktives Geschehen angesehen werden“.

„Aktuell gibt es kein validiertes Instrument um spezifisch PTSD bei ID zu erheben. Prävalenz unbekannt (Range 2,5-60%).“ (Schauer, 2013, S. 30)

Im DM-ID (Diagnostic Manual- Intellectual Disability) (Tomasulo & Razza, 2007) wird die Assessment-Diagnostik bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als problematisch geschildert.

Erschwerende Faktoren sind: eingeschränkte Sprachproduktion und Verständnis, erschwerte Wahrnehmung innerer Zustände und Befindlichkeiten, nebst fehlenden Worten dazu, unübliche Symptome, deren Ursachen nur schwer differenziert werden können. Oft ist unklar, welche Symptome zur Behinderung gehören und welche einen anderen Hintergrund haben.

Es wird darauf hingewiesen, dass PTSD Symptome bei dieser Klientel häufig den PTSD Symptomen bei Kindern entsprechen: Verhaltensauffälligkeiten mit plötzlichen Wutanfällen, selbstverletzendes Verhalten, Rückfall in frühere Entwicklungsphasen, auch mit Einnässen und Einkoten, repetitives Spielen, Schlafstörungen, Schmerzen und ein generell erhöhtes Erregungsniveau.

Inzwischen wurden zwei Instrumente zur Erfassung von Traumafolgestörungen bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung in einer deutschen Version veröffentlicht (Rittmannsberger, Lueger-Schuster, Weber, 2018, S. 335): Die Lancaster and Northgate Trauma Scale (LANTS) (Wigham et al., 2011) sowie die Impact of Event Scale – Intellectual Disabilities (IES-IDs) (Hall et al., 2014). Beide Instrumente lagen zu Beginn dieses Forschungsprojektes noch nicht vor.

Die LANTS liegt in einer Version für Betroffene vor, ebenso in einer Version für die Fremdanamnese durch das Umfeld. Dem Selbstbericht für Betroffene liegt ein semistrukturiertes Interview zugrunde, wobei anhand einer vierstufigen Likert-Skala die Symptommhäufigkeit eingeschätzt wird. In der Version für Angehörige, bzw. das betreuende Umfeld werden Verhaltensänderung der Betroffenen innerhalb der letzten 12 Monate erfragt.

In der Impact of Event Scale – Intellectual Disabilities (IES-IDs) werden subjektive Belastungen erfragt, die durch traumatische Erlebnisse ausgelöst wurden. Die Einschätzung erfolgt anhand einer einfachen dreistufigen Likert-Skala.

1.7. Diskussion der Befundlage

Es gibt auch heute noch kaum Forschung zu Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, obwohl es Untersuchungen gibt, die belegen, dass die Wahrscheinlichkeit, traumatische Ereignisse zu erleben, bei Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Normalbevölkerung höher ist.

Der Großteil der wenigen Studien, die sich mit Traumafolgestörungen und Menschen mit geistiger Behinderung befassen, sind deskriptive Einzelfallstudien oder Literaturreviews (Martorell & Tsakanikos, 2008). Randomisiert kontrollierte Studien fehlen völlig. Empirische Forschung ist dringend notwendig. Für traumatisierte Menschen gibt es immer noch wenig Anlaufstellen, kaum Therapieplätze im Allgemeinen. Traumaspezifische Therapie ist für Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung so gut, wie gar nicht verfügbar, obwohl der Bedarf hoch wäre. Die wenigen vorhandenen Therapieangebote für traumatisierte Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sind ohne Hilfe nicht auffindbar und ebenso wenig erreichbar für viele dieser Menschen.

Diagnoseinstrumente zur Erfassung von Traumafolgestörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung sind in deutscher Sprache kaum vorhanden und wenig bekannt. Auch in diesem Bereich werden weitere Veröffentlichungen und Veranstaltungen dringend benötigt.

Material zur Psychoedukation ist kaum verfügbar. Im Bereich Kinder und Jugendliche gibt es wenig Material, für Erwachsene mit geistiger Behinderung noch weniger. Bekannt ist nur eine einzige Broschüre „Was ist los mit mir? Stress und Trauma erklärt in Leichter Sprache“ herausgegeben vom Frauenhaus Trier, 2018.

Für viele Menschen wäre Material zur Psychoedukation „Trauma“ und „Traumafolgestörung“ in „Leichter Sprache“ hilfreich, beispielsweise für Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden, aber auch für die vielen Menschen mit Minderintelligenz oder Menschen, die sich im Lesen nicht sicher fühlen, obwohl sie einen normalen Schulabschluss haben. Literatur und im Netz verfügbares Material zum Thema „Trauma“ finden sich in beinahe allen Sprachen der Welt- nur nicht in „Leichter Sprache“, der „Sprache“, die viele der beeinträchtigten Menschen in deutschsprachigen Ländern verstehen könnten.

In allen Bereichen, sowohl in der Diagnostik, der Psychoedukation, wie auch in der Therapie, vor allem der Traumatherapie ist eine weitere Entwicklung

dringend notwendig. Gerade im Zuge der Inklusionsdebatte sind hier große Schritte unabdingbar und sie sollten mit hoher Priorität erfolgen.

2. Fragestellung und Arbeitshypothesen

Das Projekt wurde mit der folgenden Fragestellung und dem vorliegenden Studiendesign durch die Kantonale Ethikkommission Zürich bewilligt unter der Referenznummer: KEK-ZH-Nr. 2011-0204.

Es wurde im Protocol Registration System Clinical Trials.gov mit dem Titel Trauma and Mental Disability unter ID: 0523049776 registriert.

2.1. Begründung der Studie

In den letzten 20 Jahren wurden die Menschen mit einer geistigen und/oder psychischen Behinderung (siehe hierzu 3.2.), die noch in psychiatrischen Kliniken gelebt haben, im Zuge der Enthospitalisierung ausgegliedert.

In den letzten Jahren wurde immer deutlicher, dass die psychotherapeutische Versorgung besonders von Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Praxis kaum möglich ist. Es ist nahezu unmöglich, im Bedarfsfalle einen Psychotherapeuten zu finden.

Während sich in Deutschland mehrere Gremien gebildet haben (beispielsweise die DIFGB: Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. und die DGSGB: Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung), die diesen Zustand anprangern und eine Verbesserung der Versorgungslage einfordern, gibt es in der Schweiz noch Entwicklungsbedarf. Das Thema der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit einer geistigen und / oder psychischen Behinderung wird in der Schweiz kaum diskutiert.

In Folge dessen findet bis jetzt kaum Forschung auf diesem Gebiet statt, weder Lehrstühle, noch Psychotherapie-Institute befassen sich mit dieser Thematik.

Besonders schwierig ist die Versorgungslage traumatisierter Menschen mit einer geistigen und/oder psychischen Behinderung. Die Fachrichtung Psychotraumatologie ist ein recht neues Thema und in diesem Bereich sind erst recht keine Therapeuten verfügbar.

Da es kaum Therapeuten gibt, die sowohl im Bereich „Menschen mit Behinderung“, als auch im Fachbereich „Psychotrauma“ arbeiten und es auch keinen Lehrstuhl gibt, der sich schwerpunktmäßig mit dieser Thematik befasst, erfolgt diese kleine Studie aus der Praxis heraus.

2.2. Arbeitshypothesen

2.2.1. Arbeitshypothese a) NET ist durchführbar bei Menschen mit Beeinträchtigungen

Nullhypothese H0:

Die Anwendung der Methode der NET ist bei Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung, mit oder ohne Doppeldiagnose (diese werden künftig gB / DD genannt) und bei Klienten mit psychischer Beeinträchtigung, die deswegen berentet wurden (diese werden künftig pB genannt), nicht möglich.

Alternativhypothese H1 :

Die Anwendung der Methode der NET ist bei Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung mit oder ohne Doppeldiagnose und bei Klienten mit psychischer Beeinträchtigung, die deswegen berentet wurden, möglich.

Operationalisierung: Nach Abschluss der Studie liegen für die Studienteilnehmer ihre erarbeiteten Narrationen mit Protokollen und Fotodokumentation der Life-Line vor.

Teilhypothese a1:

Als Teilhypothese wird in der Wartegruppe überprüft, ob es Unterschiede im Gesamtwert des PTSS-10 vor (T1) und nach der Wartefrist (T2) durch die Wartezeit in einem stabilisierenden Wohnumfeld gibt.

2.2.2. Arbeitshypothese b) NET ist wirksam bei Menschen mit Beeinträchtigungen

Nullhypothese H0:

Die Anwendung der Methode NET ist bei Klienten mit geistiger Beeinträchtigung mit oder ohne Doppeldiagnose und bei Klienten mit psychischer Beeinträchtigung, die deswegen berentet wurden, nicht wirksam.

Alternativhypothese H1:

Die Anwendung der Methode NET ist bei Klienten mit geistiger Beeinträchtigung mit oder ohne Doppeldiagnose und bei Klienten mit psychischer Beeinträchtigung, die deswegen berentet wurden, wirksam.

Teilhypothesen b1:

Als Teilhypothese wird in einem Intergruppenvergleich (N1 / N2) überprüft, ob es Unterschiede in der Wirksamkeit der NET zwischen den Gruppen gB / DD und pB gibt.

2.2.3. Arbeitshypothese c) Menschen mit Beeinträchtigungen berichten von mehr erlebten traumatischen Ereignissen, als die Normalpopulation

Nullhypothese H₀:

Es gibt keinen Unterschied in der Anzahl der berichteten traumatischen Erlebnisse zwischen Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung mit oder ohne Doppeldiagnose und bei Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, die deswegen berentet wurden (μ_1) und Menschen ohne eine Beeinträchtigung (μ_2).

Alternativhypothese (H₁) $\mu_1 > \mu_2$

Menschen mit einer geistigen und/oder psychischen Beeinträchtigung (μ_1) berichten von signifikant mehr traumatischen Erlebnissen, als Menschen ohne eine Behinderung (μ_2).

Teilhypthesen:

c1): Als Teilhypothese wird in einem Intergruppenvergleich zwischen den Gruppen gB / DD und pB überprüft, ob es Unterschiede in der Häufigkeit der geschilderten traumatischen Erlebnisse gibt.

c2): Als Teilhypothese wird überprüft, ob es in einem Intergruppenvergleich gB / DD, bzw. pB Unterschiede in den einzelnen KERF-Subskalen gibt und das Risiko, sexuelle oder körperliche Gewalt zu erleben, oder Opfer von Vernachlässigung oder emotionaler Gewalt zu werden, unterschiedlich hoch ist.

Die Prüfung dieser Hypothese ist anhand der verwendeten Forschungsversion des KERF möglich, da Vergleichsdaten vorliegen. Für den PTSS-10 liegen jedoch keine Vergleichswerte vor.

2.3. Wirksamkeitsparameter

Zur Überprüfung der Wirksamkeit der NET ist wird der Score des PTSS-10 als Wirksamkeitsparameter erhoben, um erste Hinweise über eine evtl. Wirkung der NET bei dieser Klientel zu erhalten.

Vorgesehen ist ein Vergleich des Score der Interventionsgruppe vor / nach der Behandlung mittels Varianzanalyse. Ein Intergruppenvergleich gB / DD (N1) mit der Gruppe pB (N2) erfolgt ebenfalls.

Für die Teilnehmer in der Wartegruppe werden die Werte des PTSS-10 vor und nach der Wartezeit verglichen, um einen evtl. Effekt durch die Wartezeit in einer stabilisierenden Umgebung zu überprüfen.

2.4. Definition der primären und sekundären Endpunkte

Als primärer Endpunkt wird die vollendete Erarbeitung der Life Line eines Bewohners festgelegt, d.h. dann, wenn auch die schriftliche Dokumentation der Life Line fertig gestellt ist. Zu diesem Zeitpunkt wird der PTSS-10 erneut durchgeführt. Ein sekundärer Endpunkt wird nicht festgelegt.

2.5. Umgang mit fehlenden Daten bei vorzeitigem Studienabbruch von Teilnehmern

Da es sich bei den Studienteilnehmern um Klienten mit einer sehr komplexen Symptomatik und Problematik, in Kombination mit sehr herausfordernden Verhaltensweisen, handelt und sie aufgrund diverser Einschränkungen in beinahe jeder Hinsicht in anderen Studien ausgeschlossen und als nicht therapiefähig bezeichnet werden würden, muss man bei den Teilnehmern von einem hohen Ausfallrisiko ausgehen.

Bei Widerruf der Teilnahme werden die bis dahin gespeicherten Daten zur Vermeidung von Bias-Gefahr weiterverwendet.

3. Methode

3.1. Studiendesign – Consort Diagramm

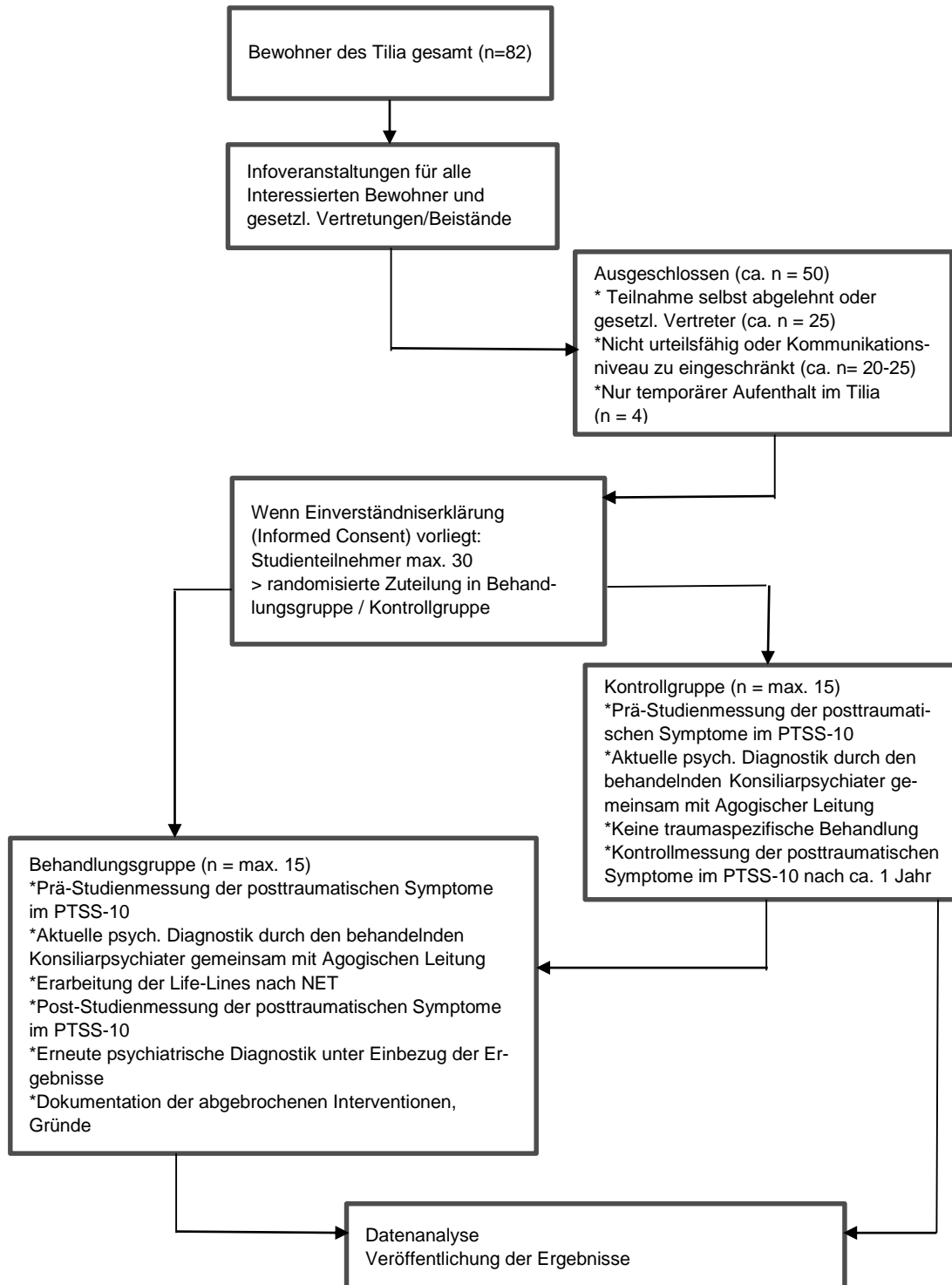


Abbildung / Grafik 1: Consort Diagramm

Es handelt sich um eine monozentrische Interventionsstudie, die nur im Wohnheim Tilia, CH-8462 Rheinau durchgeführt wurde.

3.2. Allgemeine Charakterisierung der Stichprobe

Die spezielle Problematik von Studien mit diesem Personenkreis wurde berücksichtigt. Es handelt sich um eine Klientel, bei der man von einer erhöhten Vulnerabilität ausgehen muss.

Bei der Stichprobe handelt es sich um Bewohner und Bewohnerinnen des Wohnheim Tilia, in CH- 8462 Rheinau. Alle wohnen dort dauerhaft in unterschiedlichen Wohngruppen mit unterschiedlicher Betreuungsintensität, von sehr offen und nur leicht betreut, bis zu geschlossenen Wohngruppen mit sehr enger Alltagsstruktur und Betreuung rund um die Uhr. Die Gruppengrößen variieren von 9 bis 13 Bewohnern je Gruppe.

Es handelt sich um Frauen und Männer im Alter von 18 - 75 Jahren. Das Wohnheim Tilia betreut seit der Gründung im Jahr 1993 vor allem ehemalige Patienten der Psychiatrischen Klinik Rheinau, heute Psychiatrische Universitätsklinik Zürich. Bis heute werden Klienten neu aufgenommen, die im Kanton Zürich keinen Wohnplatz finden, bzw. denen meist aufgrund massiver Verhaltensauffälligkeiten der bisherige Platz gekündigt wurde. Der Anteil an Klienten mit Doppeldiagnosen ist hoch. Man kann davon ausgehen, dass die Bewohnerklientel des Tilia eine komplexere Beeinträchtigung mitbringt, als dies in anderen Einrichtungen der Fall wäre.

Die praktischen Schwierigkeiten bei der Durchführung eines solchen Projektes sind vermutlich höher, als bei einer nur klassisch rein geistig behinderten Klientel, demzufolge dürfte auch der Aufwand, Ergebnisse zu erarbeiten, deutlich grösser sein.

Im Wohnheim Tilia wird in erster Linie der Mensch, mit all seinen Ressourcen und Fähigkeiten, aber auch seinem Unterstützungsbedarf gesehen und nicht eine Diagnose, die im Förderalltag nicht zielführend ist.

Da für die Finanzierung des Aufenthaltes im Wohnheim Tilia das Vorhandensein einer Invalidenrente maßgeblich ist und nicht der Grund für eine Invalidenrente, also ob diese beispielsweise aufgrund einer Minderintelligenz, einer körperlichen, oder psychischen Beeinträchtigung oder einer Autismus-Spektrum-Störung finanziert wird, verfügen die meisten der Klienten des Tilia über keine aktuelle Diagnose. Auch das Ausmaß einer Intelligenzminderung beruht auf Einschätzungen des betreuenden Umfelds, des behandelnden Psychiaters und der Agogischen Leitung, die die Klienten meist über Jahre, wenn

nicht Jahrzehnte, kennen. Die Förderplanung, in der alle agogischen Maßnahmen festgelegt sind, ist hochindividuell aufgebaut und fokussiert den Menschen, mit den individuellen Ressourcen und nicht eine einzelne Diagnose. Intelligenzdiagnostik wird nur in seltenen Einzelfällen durchgeführt, beispielsweise, wenn ein Klient wünscht, einen Führerschein oder eine Berufsausbildung zu machen.

Zum jetzigen Zeitpunkt haben wir keine Möglichkeit, zwischen traumatisierten und nicht-traumatisierten Bewohnern zu unterscheiden. Nur sehr selten finden sich bei einer Neuaufnahme Hinweise auf eventuelle Traumatisierungen in der Vorgeschichte. Vermutlich liegt dies daran, dass die für diese Klientel erhöhte Wahrscheinlichkeit, beispielsweise sexuelle Übergriffe oder massive körperliche Gewalt zu erleben, nicht nur bei behandelnden Ärzten, sondern auch in viele anderen Behinderteneinrichtungen nicht bekannt ist und sie deshalb auch nicht mit der Klientel thematisiert wird.

Außerhalb dieses geplanten Projektes besteht keine Möglichkeit, die Traumatisierungsrate bei allen Bewohnern diagnostisch abzuklären, da es hierfür keine personellen Ressourcen gibt. Erschwerend kommt hinzu, dass es außer diesem geplanten Projekt momentan keine weiteren verfügbaren Therapiemöglichkeiten für diese Klientel gibt. Externe Therapeuten sind nicht bereit (Stand 2012), mit ihnen zu arbeiten oder sie zweifeln an ihrer eigenen Fachkompetenz bezüglich der Arbeit mit diesen Menschen, da es ihnen an Erfahrung fehlt.

Gelingt es in dieser Studie, erste Erkenntnisse zu gewinnen, dürften Folgestudien in anderen Einrichtungen wesentlich einfacher durchzuführen sein.

Bei den vorgesehenen Teilnehmern handelt es sich um eine heterogene Klientel bezüglich Alter, Geschlecht, Diagnose, Medikation etc.

Die Bewohner des Wohnheim Tilia setzen sich primär aus drei Gruppen zusammen:

- den Bewohnern mit einer geistigen Behinderung
- den Bewohnern mit einer psychischen Behinderung, also einer chronischen psychischen Erkrankung, die zur Berentung geführt hat und wegen der diese Menschen dauerhaft Unterstützung im Alltag benötigen
- den Bewohnern mit einer Doppeldiagnose, im Sinne einer Minderintelligenz und einer psychischen Erkrankung/Behinderung

Keiner dieser Klienten hat bis zum Start des Projektes eine Trauma-Diagnose erhalten und fast alle zeichnen sich aus durch sehr herausforderndes Verhal-

ten, meist starke Auto- oder Fremdaggressionen, unvorhersehbare Stimmungsschwankungen und eine breite Palette psychischer Ko-Morbidität, die sich nicht oder nur in geringem Ausmass durch Psychopharmaka beeinflussen lassen.

Es erfolgt nur die Teilnahme von urteilsfähigen Bewohnern.

Ein großer Teil von Ihnen gilt als „unmündige Person“, also einer als besonders verletzlich geltenden Personengruppe.

Die Vorgaben des Patienteninnen und Patientengesetzes (05. April 2004) wurden eingehalten.

Auch der Inhalt des noch Humanforschungsgesetz (künftig HFG abgekürzt), das zum Zeitpunkt des Studienbeginns noch nicht in Kraft war, wurde berücksichtigt.

Die Sicherstellung der Nachbeobachtung von Versuchspersonen nach unerwünschten Ereignissen ist gewährleistet, da sie vor, während und nach der Studie im Wohnheim Tilia wohnen und betreut werden.

Obwohl sich die Projektleitung der Problematik einer Studie mit dieser Klientel bewusst sind, wird der Nutzen einer solchen Studie deutlich höher eingeschätzt, als die dabei möglicherweise auftretenden Gefahren für die Teilnehmer. Der Leidensdruck der traumatisierten Menschen mit Behinderung ist groß und momentan sind keine Hilfssysteme und -ansätze vorhanden. Viele Klienten sind hoch motiviert, ihre Lebensgeschichten zu erzählen und erhoffen sich so mittelfristig therapeutische Hilfe.

Im Verlauf einer Traumatherapie, wie der NET, können beispielsweise Regressionen auftreten. Eine gewisse Verschlechterung des Gesamtzustandes ist im Zuge jeder Durchführung einer Traumatherapie normal und als Zeichen einer beginnenden Wirkung zu werten. Kommt es im Laufe dieser Studie zu einer deutlichen Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Studienteilnehmers, so wird die Teilnahme vorzeitig abgebrochen und dies auch entsprechend dokumentiert.

Weitere spezifische Vorsichtsmaßnahmen werden nicht als nötig erachtet, da alle Teilnehmer im üblichen institutionellen Betreuungsrahmen eingebettet sind und evtl. auftretende psychische Probleme, im Sinne einer Instabilität, die im Zuge der Aufarbeitung der Traumageschichte auftreten kann, bemerkt und aufgefangen werden können.

Eventuell aus der Studie resultierende Krisen können fachgerecht durch die Betreuungspersonen, die Agogische Leitung, den konsiliarärztlich tätigen Psychiater und evtl. weitere externe Fachpersonen unterstützt werden.

3.3. Rekrutierung der Versuchspersonen

Die Studienteilnehmer wurden aus den Bewohnern des Wohnheim Tilia rekrutiert, sofern ihr Einverständnis und das ihrer gesetzlichen Vertreter oder Beistände (falls vorhanden) nach entsprechender Vorinformation vorlag.

Zur Teilnahme an diesem Projekt vorgesehen waren nur urteilsfähige Bewohner. Diese Einschätzung erfolgte gemeinsam durch den behandelnden Heimpfychiater, die Agogische Leitung und die jeweilige Bezugsperson. Voraussetzung für die Teilnahme war das Einverständnis (Informed Consent) und ein Mindestmaß kommunikativer Fertigkeiten.

Die Beurteilung dieser Urteilsfähigkeit kann nach dem seit 01.01.2013 geltenden Kindes- und Erwachsenenschutzrecht nur jeweils im Einzelfall erfolgen und jeweils kurz vor dem konkreten Beginn jedes einzelnen Teilnehmers festgestellt werden. Dies erfolgte nach aktuellem Fachwissen durch die Agogische Leitung.

Gelang es dem geplanten Studienteilnehmer, den Ablauf und den Sinn der Studie zu erfassen und eine Willensäußerung zu tätigen, ob er teilnehmen möchte, oder nicht, so wurde von einer grundlegenden Urteilsfähigkeit ausgegangen. Diese Fähigkeiten wurden auch benötigt, um die Therapiemethode der NET überhaupt durchführen zu können.

Die Probanden meldeten sich nach mehreren Präsentationen in «Leichter Sprache» (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014, Lebenshilfe Bremen, 2013) zum Thema «Trauma» und «Traumafolgestörungen» und dem geplanten Forschungsvorhaben freiwillig zur Teilnahme.

3.3.1. Ausschlusskriterien

Von der Studie ausgeschlossen wurden die Klienten,

- die nicht urteilsfähig waren.
- die nicht freiwillig teilnehmen wollten.
- die sich behinderungsbedingt, z.B. durch eine extrem eingeschränkte Ausdrucksfähigkeit, nicht an entsprechender Kommunikation beteiligen konnten.
- die Bewohner des Wohnheim Tilia, die nur für die Dauer eines zeitlich befristeten Aufenthaltes in unserer Wohngruppe Time Out, die zeitlich befristete Kriseninterventionen anbietet, leben.

Die schriftliche Einwilligung der teilnehmenden Personen und ihrer gesetzlichen Vertreter oder Beistände erfolgte nach ausführlicher Aufklärung in Leichter Sprache (Informed Consent).

3.3.2. Ort der Studiendurchführung

Alle Studienteilnehmer wohnen, bzw. wohnten im Wohnheim Tilia, in CH-8462 Rheinau.

Sowohl die Vorgespräche, Diagnostik, wie auch die NET wurden im Wohnheim Tilia in den Räumen der Wohnheimleitung durchgeführt.

3.4. Intervention: NET – Narrative Expositionstherapie

Die Narrative Expositionstherapie NET wurde von Maggie Schauer, Frank Neuner und Thomas Elbert an der Universität Konstanz entwickelt (Neuner, Schauer, Elbert, 2009, Schauer, Neuner, & Elbert, 2011). Die NET ist ein Verfahren zur Kurzzeit-Behandlung von Menschen mit schweren Traumatisierungen, das man auch unter schwierigen Bedingungen, z. B. in Flüchtlingslagern in Afrika und Asien, einsetzen kann.

In der NET werden zwei verschiedene Therapieansätze kombiniert: Die Testimony-Therapie (Cienfuegos & Monelli, 1983) und verhaltenstherapeutische Expositionsverfahren (Foa, 1998).

Behandlungsziel der NET ist es, die heißen Gedächtnisinhalte (sensorisch-perzeptuelles Gedächtnis, Amygdala) und die kalten Gedächtnisinhalte (explizites Wissen um Kontextinformationen zum traumatischen Ereignis, wie Zeit und Ort, Hippocampus) miteinander zu verbinden.

Traumatherapien, die nur selektiv einzelne traumatische Erlebnisse fokussieren, können ihr Leid nicht in der Gesamtheit beeinflussen und die schädigenden Auswirkungen auf die neuronale und epigenetische Organisation ausgleichen (Schauer, Neuner, Elbert, 2017, S. 228). Diese Menschen benötigen nicht nur die narrative Rekonstruktion und die in-sensu-Exposition der traumatischen Erinnerungen, sondern der vollständigen Biographie. „Eine gelungene Traumatherapie erstellt also eine Narration über die gesamte Biographie des Traumaüberlebenden, erarbeitet alle bedeutsamen sowie traumatischen Events und aktiviert und würdigt auch positiv-stärkende Lebensereignisse im biographisch-chronologischen Zusammenhang“ (Schauer & Ruf-Leuschner, 2014, S. 227). „Die Autobiographie stellt die Grundlage dar, die Persönlichkeit, Verhaltensweisen, Beziehungsstile, Gefühle und Entscheidungen vor dem Hintergrund der eigenen Geschichte zu verstehen“ (Neuner, Schauer, Elbert, 2009, S. 302)

Das Langzeitgedächtnis kann in explizites und implizites Gedächtnis unterschieden werden. Im expliziten Gedächtnis werden episodische Erinnerungen gespeichert, d.h. viele Kontextinformationen, wie beteiligte Personen, Ort, Zeit und Ablauf eines Geschehens, also der raum-zeitliche Zusammenhang gespeichert. Auch das semantische Gedächtnis, das allgemeine Wissen in Sinn- und Bedeutungszusammenhängen, wird dort gespeichert. Diese Gedächtnisform wird auch als „kaltes Gedächtnis“ bezeichnet. Das autobiographische Gedächtnis ist nicht in Form von Furchtnetzwerken angelegt. Erlebnisse werden in chronologischer Reihenfolge gespeichert und können entsprechend auch chronologisch wieder abgerufen werden.

Im impliziten Gedächtnis, dem sogenannten „heißen Gedächtnis“ werden unbewusst erworbene und genutzte Erinnerungen, die das Verhalten beeinflussen können, gespeichert. Das implizite Gedächtnis kann in prozedurales und emotionales Gedächtnis unterteilt werden. Im prozeduralen Gedächtnis ist beispielsweise gespeichert, wie man Aufgaben erfüllt, z.B. wie man Fahrrad fährt. Im emotionalen Gedächtnis sind Körpererinnerungen, sensorische Eindrücke, Kognitionen und Emotionen gespeichert, ohne dass diese mit dem autobiographischen Gedächtnis, dem „kalten“ Gedächtnis verbunden sind. Kaltes und heißes Gedächtnis arbeiten normalerweise eng zusammen. In einer extremen Stresssituation, beispielsweise während eines lebensbedrohlichen Ereignisses, wird der Körper von Stresshormonen durchflutet, um den Organismus in eine Kampf- oder Fluchtbereitschaft zu versetzen. Dadurch wird die Amygdala übererregt und die emotionale Erinnerung mit den Körperempfindungen, Sinneswahrnehmungen und Kognitionen wird besonders intensiv gespeichert, während gleichzeitig die Funktion des Hippocampus, der für die Speicherung von Kontextinformationen zuständig ist, gestört ist. Ein traumatisches Ereignis wird dadurch „in der Form von Bildern, Geräuschen, verbunden mit Gefühlen und Gedanken“ (Neuner, Schauer, Elbert, 2009, S. 306) abgespeichert, während gleichzeitig die chronologische Einordnung fehlt. „Die Nichterzählbarkeit des traumatischen Ereignisses ist also nicht die Folge eines Vermeidungs- und Schutzverhaltens, sondern des Fehlens einer narrativen Struktur, deren späterer Aufbau dann allerdings aufgrund von Vermeidung verhindert wird“.

„...die biographische Verortung und Vergeschichtlichung des Erlebten hat nicht stattgefunden“ (Schauer & Ruf-Leuschner, 2014, S. 226) bei Menschen, die an Traumafolgestörungen leiden.

Besonders bei schwer traumatisierten Menschen bildet sich ein eng vernetztes und verwobenes Furchtnetzwerk, ohne dass eine zeitlich-räumliche Zuordnung besteht. Darin werden frühe emotionale Erfahrungen als „assoziative, neuronale Netzwerke abgespeichert, die Informationen über das positive und

negative Erleben von Ereignissen abbilden“ (Schauer & Ruf-Leuschner, 2014, S. 226).

Bei Menschen, die frühe Traumata erleben mussten, beispielsweise durch massive Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch oder körperliche Gewalt in der Kindheit, kann das autobiographische Gedächtnis so gestört sein, dass sie sich an ganze Lebensphasen, sogar mehrere Jahre, gar nicht erinnern können. Oft tauchen nur einzelne Bilder, Erinnerungen an Geräusche oder Gerüche als Erinnerungsfetzen, ohne Kontext auf, was die Betroffenen sehr verunsichert. Dies kann so weit gehen, dass sie beginnen, am eigenen Verstand zu zweifeln.

Die Aktivierung einer traumatischen Erinnerung und die damit verbundene Aktivierung des Furchtnetzwerkes, führt zu einem intrusiven Wiedererleben der damaligen Situationen, d.h. es fühlt sich für die Betroffenen genauso an, wie es sich in der traumatischen Situationen angefühlt hat, mit allen Körperempfindungen, Sinneswahrnehmungen, Emotionen und Kognitionen.

Für viele Menschen, die an Traumafolgestörungen leiden, besteht die frühere Bedrohung vermeintlich auch in einem sicheren Hier und Jetzt immer noch. „Menschen, die an einer Traumafolgestörung leiden, haben die traumatischen Szenen nie verlassen“ (Schauer & Ruf-Neuner, 2014, S. 226).

Ihr Körper befindet sich immer noch im Alarmzustand, die Muskeln sind angespannt, die Wahrnehmung auf das Äußerste geschärft, Stresshormone fluten den Körper und auch emotional fühlen sie sich nicht sicher. Ihre Kognitionen drehen sich immer wieder um früher erlebte Traumata und es fällt ihnen schwer zu glauben, dass sie beispielsweise keine Gewalt mehr erleben, wenn sie bei der Arbeit nicht schnell und genau genug arbeiten, oder sie versehentlich etwas kaputt gemacht haben.

Häufig ist es diesen Menschen nicht möglich zu schildern, was sie erlebt haben, weil sie sich oft nur an Fragmente des Erlebten erinnern können, an Bilder, an Gerüche oder an Körperempfindungen und sie nicht in der Lage sind, daraus eine komplette Geschichte zu bilden. Traumatisierte Menschen, die das Erlebte noch nicht verarbeitet haben, bringen oft auf subtile Weise das Umfeld dazu, nicht nachzufragen, was sie erlebt haben, obwohl sie es sich eigentlich wünschen, das Erlebte mitzuteilen. Sie geben ihrem Gegenüber das Gefühl, „keine Berührung mit dem Trauma zu erlauben“ (Neuner, Schauer, Elbert, 2009, S.302).

Die Wirksamkeit der NET wurde in mehreren Studien belegt. In einer randomisierten Studie 11/2001 bis 10/2003 (Schauer, M. et al., 2006) wurde die Wirksamkeit der NET mit den üblichen Standardbehandlungen, die traumatisierte Menschen in Deutschland erhalten, verglichen. Die Standardbehandlungen

beinhalteten die üblichen Psychotherapieverfahren, auch in Verbindung mit Pharmakotherapie, d.h. in der Regel Stabilisierung, Ressourcenmobilisierung und Entspannungsverfahren. Für die Gesamtsumme der Symptomschwere ergab sich ein signifikanter Zusammenhang ($p=0.029$) und auch die Post-hoc Tests der NET-Gruppe zeigten eine signifikante Symptomreduktion ($p < 0.01$).

Kinder, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, sind häufiger von weiteren Formen belastender Ereignisse betroffen. Diese können beispielsweise Vernachlässigung, Verwahrlosung oder das Erleben von körperlicher oder sexueller Gewalt sein. Sie leiden oft ihr Leben lang an den Folgen dieser Ereignisse.

Ruf et al. (2007) zeigten in ihrer Studie mit traumatisierten Flüchtlingskindern zwischen 7 und 16 Jahren bei einem Vergleich einer Behandlungsgruppe KID-NET mit einer Wartegruppe nicht nur eine klinisch relevante Symptomreduktion, sondern auch eine statistisch signifikante Symptomreduktion. Die Gesamtsymptomreduktion in der KID-NET Behandlungsgruppe betrug 60% im Gegensatz zu keiner signifikanten Veränderung in der Wartegruppe.

Die KID-NET, eine kindgerechte Version der NET, wurde für Minderjährige entwickelt, die wiederholten Traumata, wie Missbrauch oder Vernachlässigung, ausgesetzt waren.

3.4.1. „Klassische“ Durchführung der NET

Nachfolgende Beschreibung bezieht sich auf eine Klientel ohne Intelligenzminderung, schildert also den „klassischen“ Ablauf. Die Besonderheiten bei der Durchführung der NET mit der Studienpopulation wird unter Punkt 5.6.1 erläutert.

Das Vorgehen bei der NET gliedert sich in drei Schritte:

Im ersten Schritt erfolgt die Diagnostik und die Aufklärung über den folgenden therapeutischen Prozess, im zweiten Schritt die Erarbeitung und Legen der Life-Line, im dritten Schritt die detaillierte, chronologische Durcharbeiten der Lebensgeschichte mit Exposition in der Imagination.

Zu Beginn erfolgt eine strukturierte klinische Diagnostik. Dazu bieten sich klinische Interviews wie der KERF (Isele, Teicher, Ruf-Leuschner, Elbert, Kolassa, Schury & Schauer, 2014) an. Dieser Prozess dauert meist ca. ein bis zwei Stunden.

Nach der Information über die Ergebnisse der Diagnostik wird mit Psychoedukation begonnen, der folgende therapeutische Prozess erläutert, über die NET

informiert, der ungefähre Ablauf der Sitzungen erklärt, Häufigkeit der Sitzungen, ungefähre Dauer etc. Es werden auch Erklärungsmodelle über die Entstehung aktuell vorhandener Symptome vermittelt.

Anschließend erfolgt der Informed Consent, die Einverständniserklärung zur geplanten therapeutischen Intervention. Es wird über Risiken und Nutzen aufgeklärt und die Freiwilligkeit besprochen. Die Unterstützung des Therapeuten wird versichert.

Stimmt der Klient der Durchführung der NET zu, wird in den folgenden Therapiesitzungen die Life-Line erarbeitet. Dazu wird in einem ersten Behandlungsschritt die Lebenslinie, symbolisiert durch ein Seil, gelegt. Blumen symbolisieren dabei positive Ereignisse, Steine negative oder traumatische. Die Blumen und Steine werden in einem Korb oder einer Box bereitgestellt, so dass sich der Klient selbst die jeweils zu den Ereignissen passenden Blumen oder Steine aussuchen und herausnehmen kann. Er legt sie auch selbst auf die Life-Line. Das Seil wird dazu quasi anteilig zum jeweiligen Alter in Abschnitte eingeteilt, wobei ein Stück am Ende des Seils noch aufgerollt bleibt und die weitere Zukunft symbolisiert. Die Lebensereignisse werden mit einem kurzen Titel überschriftsartig benannt und auf einem Post-it oder einer Moderationskarte festgehalten. Dieser Schritt dient dazu, einen ersten Überblick über die Lebensgeschichte zu erhalten. Der Therapeut unterstützt diesen Prozess, verbalisiert, fragt nach, und überprüft immer wieder durch Rückfragen, ob er alles richtig verstanden hat. Er unterstützt den Klienten, bei diesem Prozess gut im „Hier und Jetzt“ verankert zu bleiben, ohne sich durch das Traumamaterial überfluten zu lassen und achtet darauf, dass das Benennen der Ereignisse und die zeitliche Einordnung möglichst sachlich erfolgt.

Die Life-Line bietet „einen strukturierten und dosierten Kontakt zum Traumamaterial“ (Schauer& Ruf-Leuschner, 2014, S. 229) und für den Klienten damit die Möglichkeit, quasi „von außen“ das eigene Leben zu betrachten. Dadurch wird nicht nur der folgende therapeutische Prozess vorhersehbar und damit für den Klienten transparent, sondern die Life-Line bietet auch einerseits eine gut dosierte Distanzierungsmöglichkeit, andererseits oft die erste Erfahrung einer wohlwollenden, empathischen Begleitung im Kontext des Erlebten, die eine Überflutung mit Emotionen im Traumakontext verhindert.

Das Legen der Lebenslinie (Life-Line) als Übersicht nimmt meist ca. zwei Stunden in Anspruch. Nach dem Legen der Life-Line mit den Blumen und Steinen und damit der Darstellung des individuellen Lebens, der Glücksmomente, unterstützenden Personen, aber auch schrecklicher Ereignisse, werden diese alle nochmals gemeinsam zusammengefasst und gewürdigt.

Im folgenden Arbeitsschritt wird die Narration in Einzelschritten bearbeitet und jeder einzelne Abschnitt, beginnend bei der Geburt / frühen Kindheit, bis zur Gegenwart durchgearbeitet. Dieser Prozess nimmt ca. zehn Sitzungen mit einer Dauer von bis zu zwei Stunden in Anspruch. Der chronologische Ablauf sollte eingehalten werden. Oft tauchen dadurch im Prozess der Bearbeitung auch vergessene Ereignisse wieder auf und können gemeinsam bearbeitet werden. Klienten die frühe schwere Traumata erlebt haben, haben oft große Erinnerungslücken, so dass sich eine Life-Line vielleicht nur lückenhaft füllen lässt. Tauchen im therapeutischen Prozess einst vergessene Ereignisse wieder auf, so kann die Life-Line noch entsprechend ergänzt werden.

„Die Anzahl der NET-Sitzungen ist flexibel und hängt vor allem von den Möglichkeiten des therapeutischen Settings ab“ (Neuner, Schauer, Elbert, 2009, S. 308). Bei schwer traumatisierten Opfern können bis zu 15 Sitzungen von 90 Minuten, manchmal auch mehr notwendig sein. Bezüglich der Gesprächsführung bei der Durchführung aber auch der Psychoedukation gilt: „Es ist essenziell, sich auf das intellektuelle, kulturelle und sprachliche Niveau des Patienten einzulassen“ (Neuner, Schauer, Elbert, 2009, S. 308).

Wenn ein Stein naht und der Klient versucht, die Erzählung (Narration) zu beschleunigen, nähert sich ein Hot-Spot. Bei diesem wird die Erzählung verlangsamt. Der Klient zeigt oft spürbare Erregung, die sich durch unregelmäßige Atmung, Schweißausbrüche und heftiges Herzrasen äußert. Der Therapeut „hält“ den Klienten thematisch in dieser Situation und unterstützt ihn dabei, mehr Kontextinformationen zu erarbeiten. Dies geschieht durch Fragen zur Zeit (Uhrzeit, Jahreszeit), zum Ort (mit möglichst genauer Beschreibung der Umgebung, des Hauses, des Raumes etc.), der beteiligten Personen (Wer war da? Wo befanden sich die anderen Menschen? Was hatten sie an? Was haben sie gesprochen?), dem Beginn der Ereignisse und allem, was sich dann ereignet hat.

Der traumatisierte Mensch soll dabei möglichst langsam und detailliert erzählen und darauf achten, welche Details während der Erzählung auftauchen, an die der Klient vielleicht davor gar keine Erinnerung hatte. Er wird angeleitet, während dessen immer wieder im Sinne der Introspektion darauf zu achten, welche Körperempfindungen auftreten, welche Gefühle, welche Gedanken und welche Sinneseindrücke.

Dabei wird die jeweilige Narration über das Ende des Ereignisses hinausgeführt und dabei möglichst ein Ende des traumatischen Ereignisses erreicht. Die einzelne Narration darf nie, auch wenn die Therapiestunde zu Ende ist, mitten in der Erzählung einer traumatischen Situation abgebrochen und der Klient mit diesem Erleben in den Alltag entlassen werden.

Während dieser Narration instruiert der Therapeut immer wieder, dass die Gedanken von früher und heute miteinander verglichen werden. Der Kontakt zur Gegenwart wird immer wieder hergestellt und der Fokus der Aufmerksamkeit pendelt quasi zwischen der belastenden Situation in der Vergangenheit und dem sicheren Heute hin und her.

Während der Narration schreibt der Therapeut mit und liest in der folgenden Therapiestunde das Geschriebene vor, lässt es korrigieren oder ergänzen, so dass am Ende eine komplette verschriftlichte und damit auch versprachlichte Version der Lebensgeschichte vorliegt.

In der Schlusssitzung wird die Life-Line noch einmal komplett gelegt und durch positive Zukunftsziele und Wünsche, symbolisiert durch Blumen, ergänzt. Die vollständige, niedergeschriebene Biographie wird vorgelesen und von allen Beteiligten (auch evtl. Dolmetscher) unterschrieben. Die weitere Verwendung dieser Biographie wird vereinbart.

In der Kinderversion der NET, der KID-NET (Ruf et al., 2007) können auch Zeichnungen oder das Nachstellen bestimmter Körperhaltungen während eines traumatischen Erlebens benutzt werden. Beides kann benutzt werden, wenn die verbale Schilderung eines traumatischen Events sonst nicht möglich ist.

Erfahrungen im Einsatz bei Menschen mit einer geistigen Behinderung gibt es bisher nicht.

3.4.2. Die Anwendung der NET bei Menschen mit geistiger Behinderung

Da es bisher keine Veröffentlichungen zur Anwendung der NET bei Menschen mit geistiger Behinderung gibt, mussten evtl. auftretende Schwierigkeiten auf Basis der langjährigen Berufserfahrung der Studienleiterin gelöst werden.

Bei Menschen ohne Intelligenzminderung werden ungefähr zehn Sitzungen mit einer Dauer von 90-120 Minuten benötigt, um eine umfassende Narration gemeinsam zu erarbeiten.

Aufgrund der vielfältigen Schwierigkeiten mit dieser Klientel ist es nicht möglich, die NET in so kurzer Zeit wie bei der Normalbevölkerung zu erarbeiten. Bei Menschen mit Intelligenzminderung ist eine Dauer von 90- 120 Minuten pro Sitzung nicht möglich. Es sollte von einer verkürzten Sitzungsdauer ausgegangen werden. Die Sitzungen in der vorliegenden Studie wurden deshalb mit einer Dauer von 60 Minuten geplant.

Eine kürzere Sitzungsdauer ist auch nicht einfach möglich, da für die Exposition in Senu mehr als 30 Minuten eingeplant werden müssen und die Klienten auch nicht unmittelbar danach aus der Stunde geschickt werden können,

da sie erst wieder gut re-orientiert sein müssen.

Die evtl. auftretenden Probleme sind vielfältig:

Viele Studienteilnehmer haben Konzentrationsprobleme oder bereits Mühe, auch nur lange sitzen zu bleiben, so dass eine Gesprächsdauer von 60 Minuten, vor allem zu Beginn der ersten Gespräche, eine Herausforderung sein kann.

Obwohl die Problematik alle Probanden außerordentlich komplex ist und oft das ganze Leben geprägt hat, haben nur zwei der Teilnehmer, jeweils einer aus der Gruppe gB / DD, bzw. einer aus der Gruppe pB, über psychotherapeutische Vorerfahrung verfügt.

Bei einigen Klienten musste auch die Dauer von 60 Minuten erst eingeübt werden. Vielen Klienten fiel es zu Beginn schwer, die teilweise anstrengende Therapiearbeit auszuhalten.

Bereits bei der vorgängigen Diagnostik wurde quasi „nebenbei“ geübt, immer längere Einzelsettings auszuhalten und die gesamte Zeitdauer konzentriert dabei zu bleiben.

Bis die einzelnen Life-Events in sensu im Zuge einer Exposition durchgearbeitet wurden, war es allen Teilnehmern, trotz zu Beginn bestehender Probleme, möglich, sich eine Stunde zu konzentrieren, die traumatischen Events durchzuarbeiten, alle Elemente des traumatischen Ereignisses zu aktivieren und imaginativ wiederzuerleben.

In nur wenigen Fällen musste eine Stunde abgebrochen werden, meist zu Beginn. Dies geschah jedoch nicht im Kontext der NET, sondern auf dem Hintergrund aktueller Krisen, großer Müdigkeit nach Abgabe von Reservemedikation oder akuten Psychosen.

Das Sprachniveau kann zu Beginn einer therapeutischen Intervention noch niedrig sein. Es wird teilweise Zeit benötigt, Worte zu vermitteln und einzuüben. Gerade bei Menschen, die früh in Institutionen platziert wurden, fehlen Worte für Emotionen, d.h. die Beschreibung ihrer Befindlichkeit geht im Extremfall nicht über „gut - geht so - schlecht“ hinaus. Es gibt viele Hilfsmittel, mit denen geübt werden kann, wie man Emotionen nennt.

Empfehlenswert sind die „Gefühlsmonster“ (www.gefuehlsmonster.de) oder der „Stimmungsflip“ (Pro Juventute, Schweiz), die sich beide auch interkulturell gut anwenden lassen.

Von Ruf et al. (2007) wurde für die Anwendung der KID-NET das Nutzen von Zeichnungen oder das Wieder-Einnehmen einer Körperhaltung während der Schilderung eines traumatischen Erlebnisses empfohlen, wenn dies die sprachliche Wiedergabe erleichtert. Im vorliegenden Projekt wurden nicht nur diese Mittel spontan von den Klienten genutzt, sondern sie benutzen oft selbst-

ständig die verschiedenen Gegenstände, die auf dem Tisch lagen (Stifte, verschiedene Skills in kleinen Glasflaschen oder Metalldosen, Moderationskarten) um Personen / Raumkonstellationen entweder dadurch darzustellen, dass sie mit den Gegenständen die Raumkonstellationen nachstellten, oder sie versuchten, diese aufzuzeichnen. Dies erfolgte jeweils spontan, ohne entsprechende Aufforderung oder Instruktion.

Als die Klienten merkten, dass dies nicht nur für sie selbst hilfreich ist, eine traumatische Situation zu rekonstruieren, sondern es auch für mich und mein Verständnis einfacher ist, nutzen sie diese Mittel immer häufiger.

Das nicht vertraute Setting ist ungewohnt und kann Menschen mit Beeinträchtigung einschüchtern. Nur in Ausnahmefällen kennen sie therapeutische Gesprächssettings, da Psychotherapie bei dieser Klientel kaum verfügbar ist. Gespräche zu zweit mit einer Respektsperson sind, wenn überhaupt, oft nur aus Situationen bekannt, in denen sie sich für schlechtes Verhalten rechtfertigen müssen. Therapeutische Gesprächssituationen als unterstützendes Angebot, sind fremd und einschüchternd. Die Zeit, die benötigt wird, um eine entspannte Gesprächssituation herzustellen und eine gute, vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, kann deutlich länger sein, als bei Menschen ohne Beeinträchtigung.

Hilfreich ist, sich selbst sehr ausführlich vorzustellen, aber auch Fragen, egal welcher Art, zu erlauben, da es häufig überraschend ist, welche Fragen dem Gegenüber unter den Nägeln brennen – und dies kann, wenn es nicht aufgelöst wird, eine ganze Gesprächsstunde blockieren.

Die Körperwahrnehmung der Klienten kann sehr eingeschränkt sein. Einerseits kann dies durch die Behinderung an und für sich verursacht sein, andererseits auch durch die teils sehr hohen Medikationen.

Es ist hilfreich, bereits früh während den Gesprächen auf Körperreaktionen zu reagieren und diese immer wieder in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken. Es wird von den Klienten meist rasch angenommen und sie sind dankbar, wenn man die Entstehung verschiedener Körperreaktionen erklärt und diese als normale Reaktionen auf abnormale Erlebnisse erläutert.

Eine weitere, bisher bei dieser Klientel kaum bekannte Ursache für die teilweise massiven Störungen der Körperwahrnehmungen ist „Numbing“, emotionale „Taubheit“ in Folge schwerer, oft sehr früher Traumatisierungen. In der Praxis beobachten wir schweres Numbing bei Opfern früher massiver Verwahrlosung und Vernachlässigung, oder schwerer sehr früher körperlicher und / oder sexueller Gewalt.

Allen Teilnehmern viel es schwer, beispielsweise Restanspannungen in Zahlen auszudrücken. Angaben in Prozent waren gar nicht möglich. Auch der Einsatz einfacher Likert-Skalen musste erst geübt werden.

Bewährt haben sich selbstgemalte Kuchendiagramme, eine einfache Zeichnung eines Kuchens, den man in 12 Stücke teilt.

Es ist allen Klienten bekannt, wie ein aufgeschnittener Kuchen aussieht, auch wenn sie keinen Schulabschluss geschafft haben, sie in Mathematik Probleme haben, oder eine große Abneigung gegen den Umgang mit Zahlen haben.

Eine Einschätzung von Angst oder Anspannung anhand eines Kuchens gelingt in der Regel gut.

Wenn sich dies etabliert hat, dann kann man nach einigen Stunden auch übliche Likert-Skalen von 0-6, oder von 0-10 nutzen.

Sehr bewährt haben sich als Unterstützung für Beschreibungen z.B. eines Angstniveaus, die Ratingskalen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie von Gräßer, Hovermann, Botved (2016), die mir ab 2017 zur Verfügung standen.

Beginnt man nach dem Erarbeiten der Life-Line damit, die einzelnen traumatischen Events einzeln durchzuarbeiten, so stellt man bei dieser Klientel fest, dass die Erinnerungen im Vergleich zur Normalbevölkerung noch mehr in Bildern und Körpererinnerungen abgespeichert scheinen, als bei Menschen ohne geistige Beeinträchtigung. Dadurch gelingt das Herantasten an die Hot-Spots gut und rasch, wenn erst einmal ein entsprechendes Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde.

Die praktische Durchführung der NET unterscheidet sich nicht grundsätzlich vom Vorgehen bei der Normalbevölkerung.

Einzelne Klienten mit Intelligenzminderung können beispielsweise keine genaue Angaben zum Datum oder sogar zur Jahreszeit machen, an dem sich das Ereignis abgespielt hat, andere können dies sehr genau angeben und sie verblüffen teilweise durch sehr gute Gedächtnisleistungen.

Die Sitzungen dauerten ca. 60 Minuten, allerdings musste dieses Niveau erst durch Übung erarbeitet werden, damit die für die Exposition notwendige Dauer erreicht werden konnte. Das Aushalten dieser Zeitdauer in einem Therapiekontext kann beispielsweise in den vorangehenden Terminen zur Psychoedukation oder beim gemeinsamen Ausfüllen der Fragebogen eingeübt werden.

Dies spiegelte sich in der höheren Anzahl notwendiger Sitzungen für die Diagnostik und die Erarbeitung der Life-Line im Überblick wieder (siehe Tabelle 8, S. 81). In Einzelfällen war jedoch nach einigen Sitzungen auch eine Gesprächsdauer von 90 Minuten möglich.

Dies ist aber für Menschen mit geistiger Behinderung nicht grundsätzlich zu empfehlen, sondern eher eine Sitzungsdauer von maximal 60 Minuten.

Diese Dauer sollte jedoch vor allem während der Expositionsphase in der

NET auch nicht unterschritten werden, da es sonst nicht gelingt, die Exposition umfassend durchzuführen und vor allem die Probanden danach auch wieder gut re-orientiert und in möglichst gutem und „sortierten“ Allgemeinzustand in den Wohnheimalltag zurückzuschicken.

3.5. Hauptzielparameter und sekundäre Zielparameter

Die Hypothese a) (Anwendbarkeit der NET bei Menschen mit Beeinträchtigung) wird geprüft, in dem ausgewertet wird, in wie vielen Prozent die Durcharbeitung der Lebensnarrative und die Erstellung einer Life Line gelang. Anschließend werden die Gründe des eventuellen Scheiterns interpretativ weiter verarbeitet.

Die Teilhypothese a1) wird durch einen Vergleich des Gesamtwerts des PTSS-10 vor und nach der Wartezeit in einem stabilisierenden Wohnumfeld überprüft. Erwartet wird ein Signifikanzniveau von 5%.

Die Hypothese b) (Wirksamkeit der NET bei Menschen mit Beeinträchtigung) erfolgt mit einer Varianzanalyse, bei der der Score des PTSS-10 vor und nach der Intervention verglichen wird. Zusätzlich erfolgt ein Gruppenvergleich Behandlung / Kontrolle. Erwartet wird ein Signifikanzniveau von 5%.

Die Teilhypothese b 1) (gibt es Unterschiede in der Wirksamkeit der NET, je nach Art der Beeinträchtigung?) wird in einem Intergruppenvergleich ($N1 = gB / DD / N2 = pB$) der Score des PTSS-10 nach der Behandlung überprüft. Erwartet wird ein Signifikanzniveau von 5%.

Hypothese c) (Menschen mit einer Beeinträchtigung schildern eine höhere Traumatisierungsrate, als die Normalpopulation): Die Hypothesenüberprüfung (H_1) $\mu_1 > \mu_2$ erfolgt mit einem T-Test. Zur Prüfung der c) Nullhypothese H_0 wird die Anzahl der geschilderten traumatischen Ereignisse mit Daten einer Gruppe Flüchtlingsmütter verglichen.

Zusätzlich werden die erarbeiteten, nicht numerischen Daten (Life Lines) interpretativ verarbeitet, um daraus neue Hypothesen und Theorien über die spezielle Problematik dieser Stichprobe zu bilden.

Sekundäre Zielparameter werden nicht erhoben.

3.6. Randomisierte Gruppenzuteilung in Wartegruppe und Behandlungsgruppe

Die Studienteilnehmer wurden in einem ersten Schritt in drei Gruppen aufgeteilt: Die Gruppe

- a) Menschen mit geistiger Behinderung, ohne zusätzliche psychische Erkrankung / Behinderung
- b) Menschen mit einer psychischen Behinderung, also einer chronischen psychischen Erkrankung, aufgrund derer sie dauerhaft auf Hilfe angewiesen und sie deshalb berentet sind, ohne zusätzliche geistige Behinderung und
- c) Menschen mit Doppeldiagnosen⁴. Gemeint ist hier bei dem Begriff "Doppeldiagnose" die Diagnose einer Intelligenzminderung und einer psychischen Erkrankung / Behinderung.

Voraussetzung für ein solches Vorgehen ist, dass sich in jeder Untergruppe genügend auswertbare Daten sammeln lassen.

Da die Teilnehmerzahl klein war ($n = 15$) und nicht genügend Daten für die Bildung von drei Gruppen vorliegen, wurde entschieden, die Teilnehmer in nur zwei Gruppen aufzuteilen, also

- in eine Gruppe gB und DD, also Menschen mit einer primär geistigen Beeinträchtigung, zusammen mit Menschen mit einer Doppeldiagnose, also einer geistigen Beeinträchtigung und einer chronischen psychischen Erkrankung / Behinderung und
- in eine Gruppe pB, also Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung / Behinderung.

In beiden Gruppen DD und pB waren die häufigsten psychischen Erkrankungen / Behinderungen chronische Psychosen, aber z.B. auch Depressionen in der Gruppe DD.

Für die Gruppenzuteilung wurden im Sinne eines Expertenratings gemeinsam mit der Betriebsleitung gleichwertige Paare gebildet.

Kriterien waren dabei als erste Priorität die Diagnosen der Hauptbeeinträchtigung (psychische Behinderung / geistige Behinderung bzw. Doppeldiagnosen) und in zweiter Priorität Intelligenzniveau und Kommunikationsfähigkeit. Die

⁴ Noch vor wenigen Jahren wurde angenommen, dass Menschen mit Intelligenzminderung nicht an denselben psychischen Erkrankungen, wie die Normalbevölkerung leiden können (Rieske & Matson, 2014, S. 265). Der Begriff der „Doppeldiagnose“ ist deshalb im Fach-Bereich „geistige Behinderung“ relativ neu. Heute ist bekannt, dass Menschen mit ID sowohl Verhaltens-, als auch psychiatrische Probleme haben und sie an der ganzen Bandbreite psychiatrischer Erkrankungen leider können (Matson & Barrett, 1982).

Bildung gleichwertiger Paare erfolgte also nicht nach soziodemographischen Variablen.

Die Paarbildung erfolgte am 25.07.13 durch die Projektleitung und die Betriebsleitung Tilia.

Die Zuteilung in die Behandlungsgruppe, bzw. Wartegruppe erfolgte per Zufallsverfahren mittels Zufallszahl am Computer.

Obwohl die Paarbildung nicht nach soziodemographischen Variablen erfolgte, bilden die Teilnehmer einen Querschnitt aller Klienten des Tilia ab.

Die Gruppe der Menschen mit psychischer Beeinträchtigung besteht zwar ausschließlich aus Männern, aber während der Durchführung des Projektes wohnten tatsächlich in zwei der drei Wohngruppen keine Frauen, in einer dritten nur zwei mit einer psychischen Beeinträchtigung und eine weitere mit einer Doppeldiagnose, die sich am Projekt beteiligt hat.

Nach der Durchführung der ersten Therapien mit NET in der Behandlungsgruppe folgte der Wechsel der ersten Klienten der Wartegruppe in die Behandlungsgruppe. Geplant war dies frühestens nach einem Jahr, siehe auch Abbildung / Grafik 1: Studiendesign Consort Diagramm Seite 53.

Aufgrund der eingeschränkten zeitlichen Kapazitäten der Studienleitung, aber auch aufgrund diverser Gesundheitsprobleme der Klienten, war dieser Zeitraum jedoch grösser. Diese Gesundheitsprobleme schlossen Krankenhausaufenthalte nach Knochenbrüchen, Gelenkersatz, aber auch vereinzelt monatelange Krisenaufenthalte in der Psychiatrie ein.

In der Wartegruppe N1, Menschen mit Intelligenzminderung / Doppeldiagnose betrug die Wartezeit durchschnittlich 33.35 Monate. In der Gruppe N2, Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, betrug die Wartezeit im Durchschnitt 30 Monate.

3.7. Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt aus den Mitteln des laufenden Betriebsbudgets des Wohnheim Tilia, ohne Beantragung zusätzlicher Personalstellen, d.h. ohne finanziellen Mehraufwand.

Aus diesem Grund erfolgt keine separate Aufstellung der Finanzierung.

Die Trägerschaft des Wohnheim Tilia ist das Kantonale Sozialamt des Kanton Zürich, damit gehört es zur Sicherheitsdirektion des Kanton Zürich. Es handelt sich um eine öffentlich-rechtliche Einrichtung, die keine Drittmittel durch Stiftungen, Sponsoren o.ä. erhält.

3.8. Verwendete Instrumente PTSS-10 und KERF

Die klassischen Fragebogen für PTBS erschienen zu komplex, da nicht nur Klienten mit leichter geistiger Beeinträchtigung, sondern auch Klienten mit mittelgradiger Intelligenzminderung die Möglichkeit erhalten sollten, sich an der Studie zu beteiligen.

Als Instrumente wurden der KERF (Belastende Kindheitserfahrungen) in einer Forschungsversion von Isele eingesetzt. Der KERF ist ein Vorläufer des MACE (Isele et al., 2014).

Benutzt wurde auch der PTSS-10 (Posttraumatische Stress Skala-10) in einer unveröffentlichten Version von Maerker (1998).

Der KERF (Isele et al., 2014) ist ein Instrument, das belastende Kindheitserfahrungen erfasst. Er basiert auf der amerikanischen ACE-Studie (Adverse Childhood Experiences) (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, & Marks, 1998, Anda, Felitti, Bremner, Walker, Whitfield, Perry, Dube, & Giles, 2006).

Felitti et al. haben in ihrer ACE-Studie in Amerika bei 17.337 Versicherten einer Krankenversicherung über mehrere Jahrzehnte das Auftreten belastender Kindheitserfahrungen und die Langzeitfolgen dieser Erfahrungen untersucht. Sie untersuchten zehn verschiedene Arten von Kindheitstraumata, wobei sich fünf davon auf das direkte Erleben beziehen, fünf auf das soziale Umfeld. Die traumatischen Ereignisse müssen vor dem 18. Lebensjahr stattgefunden haben.

Die Kategorien sind: sexueller Missbrauch, körperliche Gewalt, körperliche Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, Drogenabhängigkeit im familiären Umfeld, psychische Erkrankung eines Elternteiles, innerfamiliäre körperliche Gewalt, Trennung oder Scheidung der Eltern und Gefängnisaufenthalt eines Elternteiles.

Felitti und Kollegen kamen zu dem Ergebnis, dass frühe belastende Kindheitserfahrungen nicht nur eine Vielzahl von Erkrankungen, sowohl somatischer, als auch psychischer Natur auslösen können, sondern auch Krankheiten, Behinderungen und soziale Probleme daraus resultieren können.

Teicher und Parigger (2011) entwickelten ausgehend von der ACE-Studie einen englischsprachigen Fragebogen, den MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure), der von Dorothea Isele übersetzt wurde.

Im vorliegende Projekt wurde eine Arbeitsversion von Isele mit 40 Items und 10 Skalen benutzt. In der publizierten Endversion heißt er MACE, analog der englischsprachigen Version. Die im Projekt verwendete Version ist nicht völlig identisch mit der später veröffentlichten mit 75 Items und 7 Skalen.

Eine Stärke des KERF ist, dass er belastende Kindheitserfahrungen differenziert erfasst und ein breites Bild an möglichen traumatischen Erfahrungen abdeckt. Der KERF und der MACE ergeben sowohl eine Summenscore, als auch eine differenzierte Angabe über die verschiedenen Traumaarten, die erlebt wurden. Er hat eine gute Re-Test Reliabilität und Validität.

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung (Isele et al., 2014) lagen jedoch nur Daten einer rein weiblichen Stichprobe vor.

In zehn Subskalen werden belastende Kindheitserfahrungen erfasst. Aufgelistet werden die Skalen in der Version, die im Projekt verwendet wurde:

Emotionale Gewalt durch Eltern (PEA), Emotionale Gewalt durch Geschwister (SEA), Körperliche Gewalt durch Eltern (PPA), Körperliche Gewalt durch Geschwister (SPA), Sexuelle Gewalt (SEXA), Gewalt durch Peers (PEER), Emotionale Vernachlässigung (EN), Körperliche Vernachlässigung (PN), Bezeugte körperliche Gewalt zwischen Eltern (WITP), Bezeugte körperliche Gewalt an Geschwistern (WITS).

Tabelle 3: Übersicht der im KERF verwendeten ACEs (Adverse Childhood Experiences)

ACEs	Definition
Emotionale Gewalt durch Eltern (PEA)	Beschimpft und verbal verletzt werden, angeschrien werden, eingeschlossen werden, das Gefühl haben, die Eltern nie zufriedenstellen zu können
Emotionale Gewalt durch Geschwister (SEA)	Beschimpft und verbal verletzt werden, angeschrien werden, eingeschlossen werden, das Gefühl haben, die Geschwister nie zufriedenstellen zu können
Körperliche Gewalt durch Eltern (PPA)	Gestoßen, geschlagen, getreten, gekniffen werden, geschlagen werden mit der Hand oder der Faust, mit Gegenständen, wie Gürtel, auch so, dass man körperlich verletzt wurde
Körperliche Gewalt durch Geschwister (SPA)	Gestoßen, geschlagen, getreten, gekniffen werden, geschlagen werden mit der Hand oder der Faust, mit Gegenständen, wie Gürtel, auch so, dass man körperlich verletzt wurde
Sexuelle Gewalt (SEXA)	Durch Eltern, oder andere Erwachsene auf sexuelle Art und Weise berührt werden, oder andere Personen berühren müssen, in irgendeiner Form (oral, anal oder vaginal) Geschlechtsverkehr haben, gezwungen werden, gegen den eigenen Willen sexuelle Dinge zu tun

Gewalt durch Peers (PEER)	Beschimpft oder beleidigt werden, aus Gruppenaktivitäten ausgeschlossen werden, geschlagen, getreten oder sonst körperlich misshandelt werden
Emotionale Vernachlässigung (EN)	Nicht das Gefühl bekommen, dass zumindest ein Elternteil einen liebt, Zeiten erleben, in denen kein Elternteil mit einem sprechen möchte, nicht das Gefühl bekommen, geliebt zu werden oder etwas Besonderes zu sein
Körperliche Vernachlässigung (PN)	Nicht immer zum Arzt gebracht werden, wenn es nötig wäre, Zeiten erleben, in denen es nicht genug zu essen gibt, oder man keine sauberen Kleider zum Anziehen hat, nicht immer von Eltern beschützt werden
Bezeugte körperliche Gewalt zwischen Eltern (WITP)	Miterleben, wie sich Eltern schlagen, schubsen, treten, sich Dinge nachwerfen, bis hin zum so starken Schlagen, dass körperliche Verletzungen daraus resultieren
Bezeugte körperliche Gewalt an Geschwistern (WITS)	Miterleben, wie Geschwister geschlagen, geschubst, getreten, oder ihnen Dinge nachgeworfen werden, bis hin zum so starken Schlagen, dass körperliche Verletzungen daraus resultieren,

Die im Projekt verwendete Version des KERF ist eine verkürzte Variante mit 40 Items. Sie findet sich im Anhang.

Vor der Durchführung des KERF können mit Hilfe „einführender Fragen“ Informationen zum Lebens- und Betreuungsumfeld herausgearbeitet werden, die für die Durchführung des KERF nützlich sind (Isele, 2016). Diese Fragen sind auch sehr hilfreich dabei, einen ersten Eindruck über Familiensysteme, Bindungsabbrüche etc. zu gewinnen.

PTSS-10

Der Fragebogen PTSS 10 wurde als kurzes Screening-Instrument zur Erfassung der Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem Konzept des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-III, APA 1980) entwickelt. Die Originalversion von 1989 (Weisaeth, L.) wurde 1998 von Maerker in einer neuen Übersetzung vorgelegt.

Die zu einem späteren Zeitpunkt von Maerker veröffentlichte Version (2003) erfasst Symptome auf einer 4-stufigen Skala von 0 - 3, wobei 0 bedeutet „überhaupt nicht“ und 3 „oft“.

Bei der im Projekt verwendeten Version handelt es sich um eine siebenstufige Version, bei der 0 „nie“ bedeutet und 6 „immer“.

Erfragt werden das momentane Befinden und typische Reaktionen, die bei vielen Menschen nach Belastungen auftreten können. Die Probanden sollen

angeben, welche dieser Befindlichkeiten und Probleme innerhalb der letzten Tage aufgetreten sind. Es wird ein Summenscore gebildet.

Als Auswertungsempfehlung gilt, dass bei einem Score von 0 - 23 vermutlich keine PTBS vorliegt, bei einem Score von 24 – 35 ein Verdacht auf eine PTBS besteht und ab einem Score von 36 und mehr ein dringender Verdacht.

Der PTSS 10 ist in wenigen Minuten ausfüllbar. Normwerte der verwendeten Forschungsversion liegen nicht vor. Er soll sowohl für klinische Zwecke, wie auch für die Forschung geeignet sein.

Im aktuellen Überblick zur Diagnostik von Posttraumatischen Belastungsstörungen von Morina, Müller, Freyberger und Glaesmer (2019, S. 206) wird der Einsatz des PTSS-10 als Teil der Standarddiagnostik in klinischen Einrichtungen empfohlen.

4. Ergebnisse

4.1. Rekrutierung

Nach der Durchführung mehrerer Präsentationen zum Thema „Trauma“, „Traumafolgestörung“ und zu den Inhalten und zum Ablauf des Projektes in „Leichter Sprache“ meldeten sich die Teilnehmer teilweise direkt nach einer dieser Präsentationen zur Teilnahme an, teilweise nach einigen Tagen und einige beauftragten ihre Bezugspersonen, sie für das Projekt anzumelden. Einige kamen, wie bei den Präsentationen vorgeschlagen, vorab zu einem kurzen Gespräch zur Studienleiterin, um sich noch einmal den Ablauf erläutern zu lassen.

Die Anmeldung zur Teilnahme erfolgt in allen Fällen freiwillig und mit hoher Motivation.

In den entsprechenden Bewohnergremien, z.B. im Bewohnerbeirat und in den Gruppengesprächen auf den Wohngruppen wurde ebenfalls noch einmal auf die Möglichkeit einer Teilnahme hingewiesen. Danach meldeten sich weitere Interessierte zur Teilnahme an.

Es wurde kommuniziert, dass die Interessenten keine negativen Folgen bei einer Nicht-Teilnahme oder einem Abbruch während der Durchführung der NET zu erwarten haben. Auch auf die Risiken wurde hingewiesen.

In einigen Fällen versuchten auch Familienangehörige ebenfalls einen Platz zur Beteiligung an diesem Projekt zu erhalten, was nicht gestattet wurde.

In einem Fall erfolgte die Anfrage, ob Familienangehörige bei den Therapiegesprächen anwesend sein dürften, was ebenfalls abgelehnt wurde, da aufgrund der bekannt schwierigen Familienkonstellationen trauma-auslösende Beteiligungen vermutet werden mussten.

Die Gespräche wurden alle alleine mit den Klienten durchgeführt, ohne Begleitung durch Betreuungspersonen.

4.2. Studienteilnehmer Ein- und Ausschlüsse

Nach dem seit 01.01.2013 geltenden Kindes- und Erwachsenenschutzrecht ist für die Durchführung einer Therapie das Einverständnis des gesetzlichen Vertreters der Klienten nicht mehr notwendig. Da das Gesetz aber zum Zeitpunkt der Durchführung der Präsentationen noch nicht vollumfänglich umgesetzt war und eine dreijährige Übergangsfrist galt, in der die zuständigen Behörden das Gesetz umsetzen konnten, machte der Träger, das Kantonale Sozialamt, Kanton Zürich, konkret der Amtsleiter, die Auflage, zusätzlich zum Informed Consent der Teilnehmer, auch noch das Einverständnis der gesetzlichen Vertretungen einzuholen.

Durch diese Auflage war es vier Klienten, die sich an dem Projekt beteiligt hätten, nicht erlaubt, da ihre gesetzlichen Vertretungen, in diesem Fall durchweg

nahe Familienangehörige, jeweils das Einverständnis verweigerten. Über die Gründe für diese Entscheidungen kann nur spekuliert werden.

Bei allen Probanden, für die professionelle gesetzliche Vertretungen zuständig waren, wurde das Einverständnis gegeben.

Ausgeschlossene Personen

Keine Erlaubnis der gesetzlichen Vertretung: 4

Studienabbruch:

Austritt aus dem Wohnheim vor Beginn der NET: 2

Die Daten der Tests der Probanden, die vor Beginn der NET aus dem Tilia ausgetreten sind, fließen in die Datenerhebung ein.

Dies betrifft jeweils ein/e Teilnehmer/in aus der Gruppe gB/DD (geistige Behinderung und Doppeldiagnose, d.h. geistige Behinderung plus psychische Erkrankung) und pB (psychische Behinderung, aufgrund einer chronischen psychischen Erkrankung). Beide waren vor Projektstart erste kurze Zeit im Tilia, sie waren psychisch sehr instabil und es kam bei beiden durch schwere Krisen und lange Aufenthalte in der Psychiatrie zum Austritt, der aber nicht im Zusammenhang mit dem Projekt gesehen werden kann, sondern im Kontext akuter Psychosen.

Zwei weitere Teilnehmer aus der Wartegruppe (jeweils ein Teilnehmer aus der Gruppe gB/DD und pB) wollten nach der Wartezeit nicht mehr am Projekt teilnehmen, obwohl sie bis heute im Tilia wohnen. Das Angebot, jederzeit die NET nachzuholen, wurde ihnen gemacht, die Entscheidung ist natürlich freiwillig.

Bei diesen vier Teilnehmern kam es also gar nicht zum Beginn der NET.

Eine weitere Teilnehmerin aus der Behandlungsgruppe mit einer Doppeldiagnose brach die NET nach einer Sitzung mit dem Argument ab, sie sei froh, dass sie über den Fragebogen KERF bereits vieles ansprechen konnte, was sie erlebt hatte und es sei so in Ordnung für sie.

Diese Entscheidung muss allerdings im Kontext ihrer Doppeldiagnose einer leichten geistigen Behinderung und einer mittelgradigen depressiven Störung gesehen werden. Auch ihr wurde das Angebot gemacht die NET jederzeit durchführen zu können, wenn sie das wünscht.

Die Daten aller fünf Teilnehmer/innen fließen in die Ergebnisse ein, soweit sie vorliegen, also jeweils die Pre-Tests.

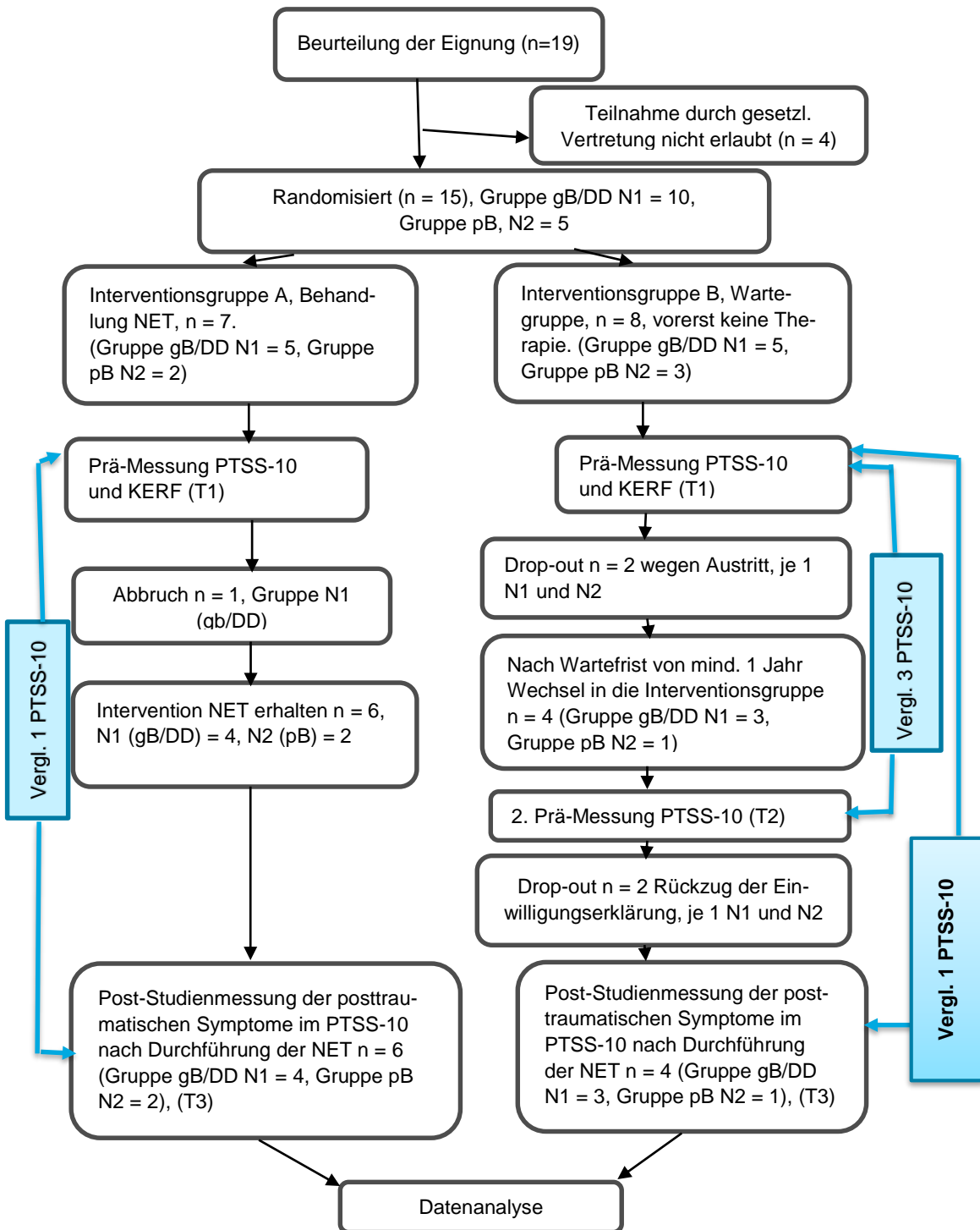


Abbildung / Grafik 2: Zeitpunkt der Datenerhebung und der Inter-, bzw. Intragruppenvergleiche

4.3. Klienten-Charakteristika zu Studienbeginn

Tabelle 4: Soziodemographische Daten der Stichprobe

	Häufigkeit gesamt	Ang. in %	Gruppe gB und DD	Ang.in %	Gruppe pB	Ang. in %
Geschlecht:						
männlich	10	66,66%	5	50%	5	100%
weiblich	5	33,33%	5	50%	0	0%
Alter:						
18-20	0	0%	0	0%	0	0%
21-30	2	13,33%	2	20%	0	0%
31-40	1	6,66%	1	10%	0	0%
41-50	5	33,33%	3	30%	2	40%
51-60	5	33,33%	4	40%	1	20%
61-70	2	13,33%	0	0%	2	40%
Familienstand:						
ledig	14	93,33%	10	100%	4	80%
verheiratet	1	6,66%	0	0%	1	20%
Anzahl an Kindern						
keine	15	100%	10	100%	5	100%
Höchster erzielter Abschluss						
Ohne Abschluss	8	53,33%	7	70%	1	20%
Sonderschulabschluss	2	13,33%	1	20%	0	0%
Haupt-/Realschulabschluss	5	33,33%	1	10%	4	80%
Abitur/Matura	0	0%	0	0%	0	0%
Berufstätigkeit						
ohne Ausbildung	13	86,66%	10	100%	3	60%
Lehre abgeschlossen	1	6,66%	0	0%	1	20%
Anlehre abgeschlossen	1	6,66%	1	10%	1	20%
berentet	15	100%	10	100%	5	100%

Die Gesamt-Stichprobe teilt sich in fünf weibliche und zehn männliche Teilnehmer im Alter zwischen 21 und 68 Jahren auf.

Das Alter wurde erfasst zum Zeitpunkt der Durchführung der vorangehenden Durchführung der Pre-Tests, also bei der Behandlungsgruppe vor Beginn der NET, bei der Wartegruppe vor Beginn der Wartefrist.

Tabelle 5: Altersdurchschnitt der Gruppen gB / DD, pB

	NET-Behandlungsgruppe (n = 8)				Warteliste (n = 7)			
	gB (n = 6)		pB (n = 2)		gB (n = 4)		pB (n = 3)	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Männlich	2	40%	2	100%	3	60%	3	100%
Weiblich	3	60%	0	0%	2	40%	0	0%
Alter in Jahren	25 – 53 J. M = 41,6 J.		46 – 68 J. M = 57 J.		21 – 53 J. M = 44,6 J.		50 – 66 J. M = 58,33 J.	

Tabelle 6: Diagnosen der Probanden vor Projektbeginn

	Diagnose
Gruppe gB/DD	
männl.	ICD-10 F 92.8 Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen ICD-10 F 70.1 Leichte Intelligenzminderung, deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung bedarf. ICD-10 F 07.9 Hirnfunktionsstörung ICD-10 G31.8 Hirnorganische Schädigung unklarer Ätiologie mit generalisierter kortikaler und zentraler Atrophie ICD-10 F 98.0 Enuresis nocturna Lebte als Säugling / Kleinkind alleine in den Favelas einer brasilianischen Großstadt, wurde extrem untergewichtig und mit starkem Entwicklungsrückstand gefunden.
weibl.	ICD-10 F 70.1, Leichte geistige Behinderung, mit deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung bedarf. Extrem selbstverletzendes Verhalten Sektenhintergrund der Familie, Vergewaltigung im Alter von 13 J. und Missbrauch durch Vater aktenkundig, mehrere Teufelsaustreibungen erlebt, viele Jahre in einem christlichen Heim zum Selbstschutz im Rollstuhl / Bett fixiert.
weibl.	Nach Akte mittelgradige geistige Behinderung mit deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung bedarf. Im Rahmen des Projektes korrigiert in ICD-10 F70.1, Leichte geistige Behinderung, mit deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung bedarf

	Z.n. extrem selbstverletzendem Verhalten, dies jedoch stabilisiert Mehrere sehr frühe Spitalaufenthalte wegen OP Hydrocephalus.
männl.	ICD-10 F 71.1 Mittelgradige Intelligenzminderung, deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung bedarf ICD-10 F 94.9 Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend Z. n. ICD-10 F 32.1 Mittelgradige depressive Episode Aufgewachsen in finanziell und emotional schwer verwahrlosten Familienverhältnissen.
weibl.	ICD-10 F 70.1 Leichte Intelligenzminderung, deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung bedarf. Z.n. Masernencephalitis ICD-10 E 11 Diab. Mellitus, Typ 2 ICD-10 F 33.1 Mittelgradig depressive Störung Nach Akten: Vater Alkoholiker, Klientin ist aufgewachsen in „affektiver und erzieherischer Verwahrlosung“.
männl.	anamnestischer ICD 10: F 10.21 Alkoholismus ICD-10 F 70.1 Leichte Intelligenzminderung, deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung bedarf Verdacht auf schizotype Störung (ICD 10: F23) oder sogar eine chronische Schizophrenie.
männl.	ICD-10 F 70.1 Leichte Intelligenzminderung, deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung bedarf. V.a. ICD-10 F 60.3 Emotional instabile Persönlichkeit Mutter war wegen chronischer Schizophrenie viel in der Klinik, weshalb er bereits als Säugling immer wieder im Heim untergebracht werden musste Immer wieder große Probleme mit Fremdaggr., Autoaggr., Sachbeschädigungen
weibl.	ICD-10 F 71.1 Mittelgradige Intelligenzminderung, deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung bedarf Immer wieder stark selbstgefährdendes Verhalten, Gewalt im Elternhaus aktenkundig
männl.	ICD-10 F 70.1 Leichte Intelligenzminderung, deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung bedarf. ICD-10 F 20.0 Chronische paranoide Schizophrenie ICD-10 E 10 Diabetes Mellitus Typ I
weibl.	ICD-10 F 70.1 Leichte Intelligenzminderung, deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung bedarf. ICD-10 F 43.2 Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion Vd. ICD-10 G 47.31 Obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) ICD-10 E 66.0 Adipositas Mehrere schwere Operationen im Jugendalter, Mobilitätsprobleme nach Unfall 2014, Vergewaltigung 2012.
Gruppe pB	
männl.	Frühere Diagnose: Seit Kindheit schizoide Entwicklung, im Vordergrund Kontaktstörungen. Diagn. Katatorrenschizophrenie, bzw. «schwere neurotische Charakterentwicklung auf der Basis eines hirnlökalen Psychosyndroms, bzw. einer Psychopathie. ICD-10 F 20.6 Schizophrenia simplex
männl.	ICD-10 F 20.0 Paranoide Schizophrenie mit Residualzustand ICD-10 G 20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mässiger bis schwerer Beeinträchtigung
männl.	ICD-10 F 20.0 Paranoide Schizophrenie, ICD-10 F 33.1 Mittelgradig depressive Störung
männl.	ICD-10, F20.0 Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie mit episodischem Verlauf und stabilem Residualzustand

	Nach neuropsychologischem Test im Mai 2014: Lernbehinderung mit kognitiver Beeinträchtigung in mehreren Domänen (IQ: 79)
männl.	ICD-10 F 07.8 Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns mit intermittierender Störung der Impulskontrolle, ICD-10 F 90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (frühkindlicher Beginn), ICD-10 F 07.9 Zwangshandlungen, Tics, rez. depr. Episoden MRI Befund 2017: beidseits seitensymmetrische vermehrte Atrophie der Hippocampusformation Aktuelle Diagnose (2016): Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD), bzw. Intermittierend-explosible Störung (ICD-10: F63.8, DSM-5: 312.34). Klient hat als Jugendlicher den tödlichen Unfall seines Vaters miterlebt.

4.4. Anzahl Studienteilnehmer

Die Studienteilnehmer wurden aufgeteilt in die Gruppe gB / DD (geistige Behinderung und Doppeldiagnose, d.h. geistige Behinderung plus psychische Erkrankung / Behinderung) n = 10, bzw. pB (psychische Behinderung, aufgrund einer chronischen psychischen Erkrankung), n = 5.

Alle Teilnehmer der Gruppe pB sind männlich, die Teilnehmer der Gruppe gB, bzw. DD zu 50% weiblich, also n = 5, zu 50% männlich, n = 5.

4.5. Allgemeine Ergebnisse

4.5.1. Anzahl erlebter Traumata – Poly-Victimisation

Analog den Studien von Finkelhor, Ormrod, & Turner (2007) werden die Ergebnisse des KERF in drei Gruppen geteilt:

0 - keine erlebten ACEs in der Kindheit, ein bis drei erlebte ACEs und vier oder mehr erlebte ACEs.

Das Erleben von vier oder mehr ACEs bezeichnen Finkelhor et al. als „Poly-Victimization“. Erfasst werden die verschiedenen Arten der ACEs, nicht die Anzahl der Einzelereignisse.

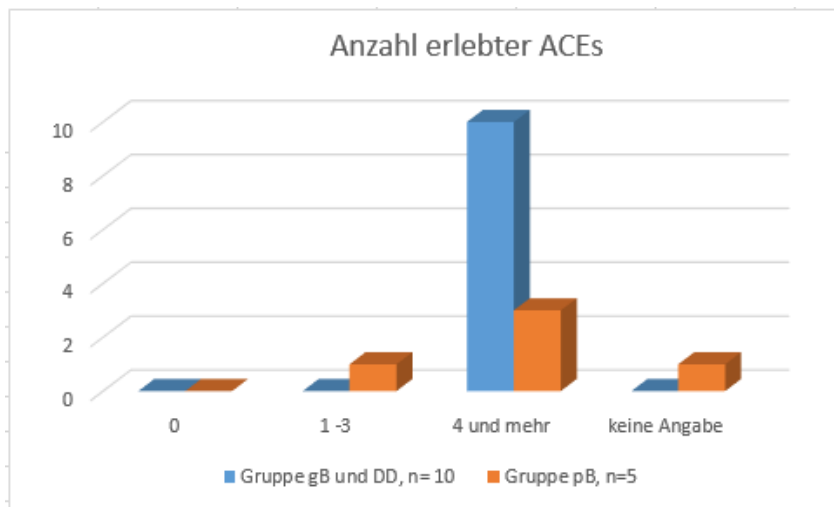


Abbildung / Grafik 3: Anzahl erlebter ACEs

Ergänzt man die Daten der im KERF angegebenen ACE mit den Angaben, die in der NET gemacht wurden, ergibt sich betreffend der Anzahl der erlebten ACEs ein sehr hoher Anteil der Klienten, die mehr als vier verschiedene ACEs erlebt haben:

Alle der zehn Klienten der Gruppe gB / DD (n=10) gaben vier oder mehr erlebte ACEs an. Man kann also bei 100% von einer Poly-Victimisation ausgehen.

Bei der Gruppe der Klienten mit psychischer Beeinträchtigung machte ein Klient keine Angaben, ein weiterer gab ein bis drei erlebte ACEs an, drei weitere, also 60% gaben vier und mehr erlebte ACEs an. Man kann also auch bei dieser Klientel von einem hohen Anteil mit Poly-Victimisation sprechen.

4.5.2. Traumatisierungsdauer in den ersten 18 Lebensjahren

Erfasst wurde die Dauer von Traumatisierungen vor der Vollendung des 18. Lebensjahres:

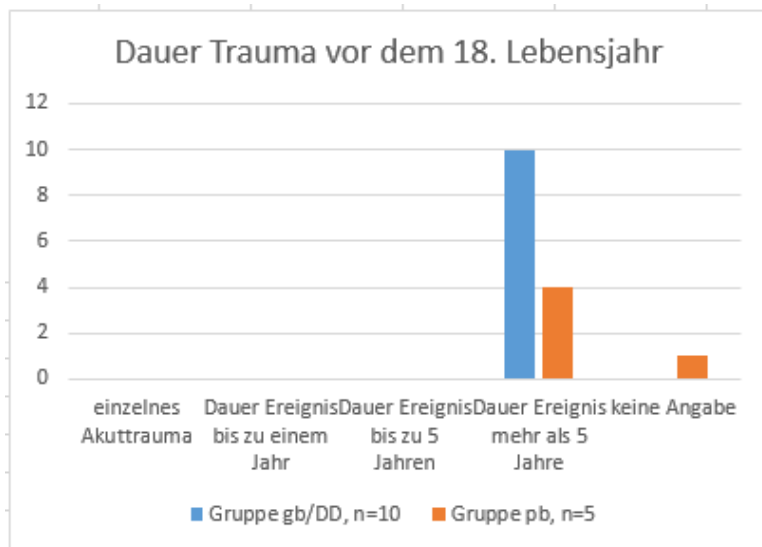


Abbildung / Grafik 4: Traumatisierungsdauer

Alle Klienten der Gruppe gB / DD (n = 10) gaben eine Traumatisierungsdauer von mehr als fünf Jahren in den ersten 18 Lebensjahren an.

In der Gruppe 2 pB (n = 5) machte ein Klient dazu keine Angaben, vier weitere gaben die Traumatisierungsdauer mit mehr als fünf Jahren innerhalb der ersten 18 Lebensjahre an.

4.5.3. Arten traumatischer Ereignisse und Verursacher

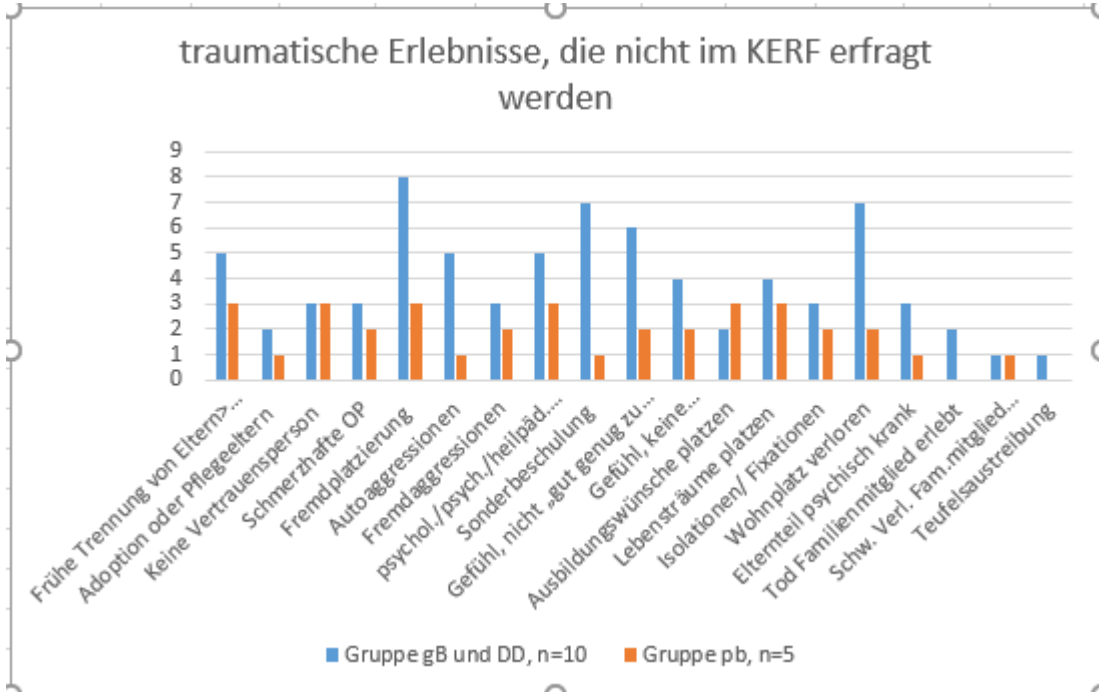


Abbildung / Grafik 5: Weitere traumatische Ereignisse

In der Grafik werden traumatische Erlebnisse geschildert, die im Rahmen der Durchführung der NET genannt wurden, die aber nicht im KERF explizit erfragt werden.

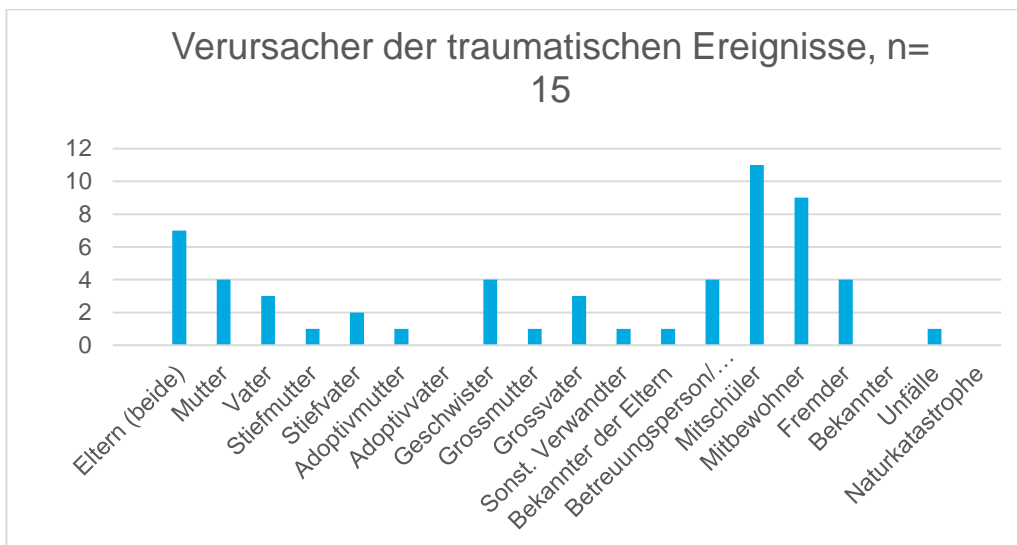


Abbildung / Grafik 6: Verursacher der traumatischen Ereignisse

Als Verursacher von traumatischen Ereignissen werden oft Eltern, oder Elternteile geschildert, immer wieder auch weitere Verwandte. Auffällig ist, dass bei mehreren Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch die Geschwister sehr bedrohlich erlebt wurden.

Auch mehrere Brüder übten sexuelle, körperliche oder psychische Gewalt aus.

4.6. Hypothesenbezogene Ergebnisse

Die Erhebung der PTSS-10 Werte erfolgte zu drei verschiedenen Zeitpunkten:

T1: Zu Beginn der Datenerhebung

T2: Für die Wartegruppe nach Beendigung der Wartezeit, beim Wechsel in die Behandlungsgruppe

T3: Nach Durchführung der NET

Die Datenerhebung KERF erfolgte nur zum Zeitpunkt T1.

Tabelle 7: Vergleich der PTSS-10 Werte der Treatment Gruppe mit der drop-out Gruppe (T1)

	treatment	drop-out
Mean:	31,5	29,4
Median:	34	31
Variance:	60,5	121,3
Std. Dev.:	7,77817	11,0136
Std. Err.:	2,45967	4,92544
Skewness:	-1,13955	-0572176
Minimum:	15	14
Maximum:	39	40
Sum:	315	147
N:	10	5

Die Pre-treatment-Werte (T1) der NET-Gruppe (n = 10) im Vergleich zu der drop-out-Gruppe (n = 5) unterscheiden sich nicht wesentlich hinsichtlich der Base-Line des PTSS-10. Die beiden Gruppen unterscheiden sich kaum im Mittelwert, wohl aber in der Streuung der Werte. Die drop-out-Gruppe hat eine doppelt so große Varianz, sie ist also viel inhomogener, als die behandelte Gruppe. Die Inhomogenität bedeutet zusammen mit dem unwesentlichen Mittelwertunterschied, dass die drop-out-Gruppe nicht durch besonders schwere Traumatisierung charakterisierbar ist. Die Inhomogenität der Werte entspricht der Vielfalt der Gründe für das Ausscheiden der einzelnen Teilnehmer.

Zwei der Klienten (jeweils eine / -r in der Gruppe gB / DD, bzw. pB) sind kurz nach T1 aufgrund massiver Psychosen in die Klinik ausgetreten.

Ein Klient der Wartegruppe, Gruppe pB, wollte sich aufgrund anderer Probleme (Parkinsonerkrankung) nicht mehr am Projekt beteiligen, ein Klient der Wartegruppe, Gruppe gB / DD hat es sich anders überlegt und wollte „nicht mehr über Dinge von früher reden“, für eine Klientin der Behandlungsgruppe, Gruppe gB, war es ausreichend, dass sie bei der Durchführung des KERF und des PTSS-10 über frühe Traumatisierungen erzählen konnte und ihr dabei zugehört wurde. Dies führte nach ihrer Aussage bereits zu einer großen Entlastung.

4.6.1. Hypothesenbezogene Ergebnisse Hypothese a

Prüfung Hypothese a)

Nullhypothese H0: Die Anwendung der Methode der NET ist bei Menschen mit einer Behinderung nicht möglich.

Alternativhypothese H1: Die Anwendung der Methode der NET ist bei Menschen mit einer Behinderung möglich.

Operationalisierung: Nach Abschluss der Studie liegen für die behandelten Studienteilnehmer ihre erarbeiteten Narrationen vor.

- ➔ Die Alternativhypothese H1 hat sich bestätigt. Die Narrationen liegen für alle behandelten Studienteilnehmer mit Protokollen und Fotodokumentationen vor.

Die Durchführung der NET war bei allen Klienten, die sie durchführen wollten, auch möglich, d.h. die Rate der Durchführbarkeit lag bei 100%. Es kam in keinem einzigen Fall zu einem Abbruch bei der Durchführung, weil die Adaptation der NET an die behinderungsbedingten Gegebenheiten nicht ausreichend war.

Tabelle 8: Notwendige Sitzungen zur Erarbeitung der Life-Line, bzw. Exposition

	NET-Behandlungsgruppe gesamt (n = 10)	
	gB / DD (n = 7)	pB (n = 3)
Life-Line	4 – 9 Sitzungen	8 – 15 Sitzungen
im Überblick	M = 6.14	M = 7.33
Exposition	9 – 27 Sitzungen	14 – 51 Sitzungen
	M = 17.6	M = 30

Anmerkung: Es wurde nicht, wie in der klassischen NET-Vorgehensweise mit Doppelstunden gearbeitet, da dies die Konzentrationsfähigkeit aller Teilnehmer/innen gesprengt hätte. Die Dauer der Sitzungen lag je nach Konzentrationsfähigkeit und aktueller Tagesverfassung zwischen 45 und 60 Minuten.

Einfluss der Wartezeit auf eine mögliche Veränderung der Symptom-schwere:

Teilhypothese a1):

In der Wartegruppe wird überprüft, ob es Unterschiede im Gesamtwert des PTSS-10 vor und nach der Wartezeit durch die Wartezeit in einem stabilisierenden Wohnumfeld gibt. Die Überprüfung erfolgt mit einem t-Test für Wiederholungsmessungen, bzw. abhängige gepaarte Messungen bei zweiseitiger Signifikanzprüfung.

Tabelle 9: Test bei gepaarten Stichproben Wartegruppe: Vergleich der Werte im PTSS-10 T1 versus T2 (nach der Wartezeit), N = 7

		Gepaarte Differenzen			T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes			
Paaren 1	ptss_pre – after_wait	3,71	10,9	4,12	0,901	6	0,40

Das Ergebnis ist nicht signifikant bei einem $p = 0,40$. Somit ergeben sich keine signifikanten Veränderungen in den PTSS-10 Werten durch die Wartezeit. In der Folge werden daher die Vergleiche zwischen den PTSS-10 Werten vor

und nach der Therapie einheitlich für alle Teilnehmer mit den Werten zu den Zeitpunkten T1 und T3 gerechnet.

Ein Intergruppenvergleich der Veränderungen der PTSS-10 Werte T1 vs. T2 wurde aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht gerechnet.

4.6.2. Hypothesenbezogene Ergebnisse Hypothese b

Wirksamkeit der NET:

Nachdem die Hypothese a) „Die Anwendung der NET ist bei Menschen mit einer Behinderung möglich“ beibehalten werden kann, wird die Wirksamkeit der NET untersucht. Als Zielparameter werden die Werte des PTSS-10 herangezogen. Tabelle 10 zeigt die deskriptiven Statistiken für die Messzeitpunkte T1 und T3.

Tabelle 10: Mittelwerte, Median und Standardabweichung der Teilnehmer im PTSS-10 vor und nach der Behandlung

Gruppe		PTSS-10 (T1)	PTSS-10 (T3)	PTSS-10 em ¹ (T3)
Gruppe pB (chronisch psychisch krank und berentet)	Mittelwert	27,6000	24,67	18,5155
	Std.-Abweichung	8,70632	11,240	11,62972
	Median	25,0000	22,00	15,0000
	N	5	3	5
Gruppe gB (geistig beeinträchtigt und chronisch psychisch krank)	Mittelwert	32,7000	11,00	13,0478
	Std.-Abweichung	7,90288	9,183	8,48313
	Median	35,0000	8,00	11,1480
	N	10	7	10
Insgesamt	Mittelwert	31,0000	15,10	14,8704
	Std.-Abweichung	8,24621	11,308	9,59288
	Median	33,0000	12,00	13,2959
	N	15	10	15

¹ mit nach dem MVA-Verfahren geschätzten Werten für die fehlenden Werte durch drop-out (geschätzte Randmittel und geschätzte Kovarianzen; MCAR-Test nach Little)

Die möglichen Effekte der NET wurden mit einer Varianzanalyse überprüft, wobei als abhängige Variable die auf N = 15 ergänzten T3-Werte des PTS-10

und als unabhängige Variable die T1 Werte des PTSS-10 und die Gruppenzugehörigkeit gB / DD vs. pB eingesetzt wurden. Tabelle 11 zeigt die Ergebnisse.

Tabelle 11: Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable:	PTSS-10 em (T3)				
Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	700,015 ^a	2	350,008	7,139	0,009
Konstanter Term	77,374	1	77,374	1,578	0,233
PTSS-10 (T1)	600,361	1	600,361	12,246	0,004
Gruppe pB vs. gB/DD	286,002	1	286,002	5,834	0,033
Fehler	588,312	12	49,026		
Gesamt	4605,241	15			
Korrigierte Gesamtvariation	1288,327	14			

^a R-Quadrat = ,543 (korrigiertes R-Quadrat = ,467)

Gerechnet wurde eine Varianzanalyse. Die T3-Werte sind hoch signifikant abhängig von den T1-Werten ($p = .004$), die Gruppenzugehörigkeit erlaubt eine signifikante Vorhersage der T3-Werte mit $p = 0.33$. Der konstante Term ist mit einem Wert von 0.233 nicht signifikant, d.h. der Effekt ist nicht einem unspezifischen Effekt zu verdanken.

- ➔ Es zeigt sich, dass die NET nicht nur mit dieser Klientel durchführbar ist, sondern sie auch mit einer hoch signifikanten Reduktion der Symptombelastung einhergeht.

Teilhypothese b1 (Intergruppenvergleich der Wirksamkeit der NET Gruppe gB / DD versus Gruppe pB):

- ➔ Die Gruppe gB / DD (geistige Beeinträchtigung und evtl. zusätzlich psychische Erkrankung) profitiert dabei stärker, als die Gruppe pB (chronisch psychisch krank und berentet).

Der paarweise Vergleich der pre- (T1) und post (T3) -Werte aller Teilnehmer, die die NET abgeschlossen haben ($N = 10$) ergibt bei einem Konfidenzintervall

von 95% auch ohne die Schätzungen für die 5 fehlenden Teilnehmer einen hochsignifikanten t-Wert (Tabelle 12).

Tabelle 12: Test bei gepaarten Stichproben (N = 10)

		Gepaarte Differenzen				T	df	Sig. (2-seitig)	
		Mittelwert	Std.-Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere				Obere
Paa- ren 1	ptss_pre - PTSS10afterNET	16,4000	9,93535	3,14183	9,29268	23,50732	5,220	9	0,001

Tabelle 13: Effektstärke für gesamte Treatment Gruppe (gB / DD und pB) ohne geschätzte Werte

<u>Effect Size:</u>		<u>95% Confidence Intervals:</u>	
		<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
<i>d</i> Effect Size (Maximum Likelihood Estimator)*	1.734	-1.860	5.328
Standardized Mean Difference*	1.663		
Hedge's <i>g</i> (unbiased)	1.608	-2.139	5.356
<i>g</i> converted to <i>r</i> Effect Size	0.642	-2.952	4.237
σ pooled (pooled standard deviation)	9.170		
<i>S</i> pooled (pooled standard deviation)	9.560		

Die Effektstärke ist mit $d=1,7$ groß ⁵.

Die Ergebnisse der NET sind abhängig von der Interaktion zwischen der Gruppenzugehörigkeit je nach Diagnose und der Höhe der Belastungswerte im PTSS-10 vor der NET. Je schlechter der pre-Wert, desto wirksamer war die NET.

⁵ Eine Effektstärke ist ein Mass für die Auswirkung einer Behandlung. Nach Cohen (1988) gilt bereits ein $d=0.8$ als grosse Effektstärke. Die Berechnungen erfolgten nach Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). Berechnung von Effektstärken. Abgerufen unter: <https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>. Dettelbach: Psychometrica. DOI: 10.13140/RG.2.1.3478.4245

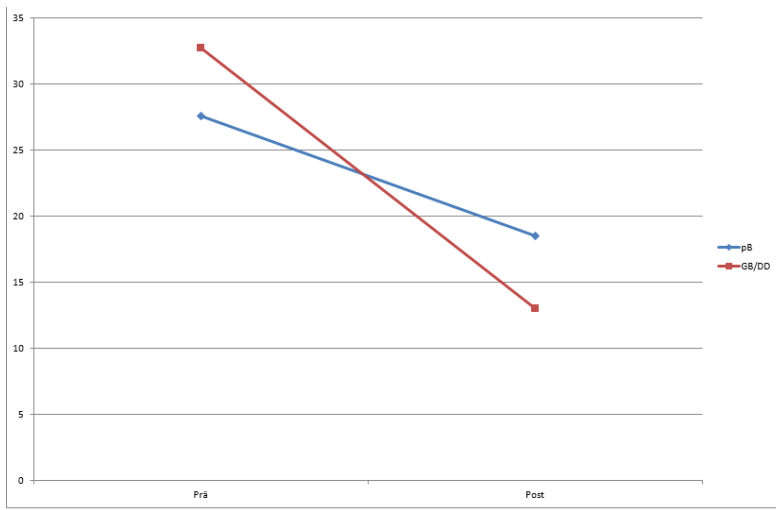


Abbildung / Grafik 7: Intergruppenvergleich der PTSS-10 Werte Zeitpunkt T1 versus T3 (gB / DD, N = 7; pB, N = 3)

→ Es zeigt sich, wie auch in Tabelle 10 ersichtlich wird, dass die NET nicht nur mit dieser Klientel durchführbar ist, sondern sie auch einen sehr großen Effekt erzielt.

Beide Gruppen gB / DD und pB profitieren, die Gruppe gB / DD stärker.

Tabelle 14: Effektstärken für die Behandlungsgruppe gB / DD ohne geschätzte Werte

<u>Effect Size:</u>		<u>95% Confidence Intervals:</u>	
		<u>Lower</u>	<u>Upper</u>
<i>d</i> Effect Size (Maximum Likelihood Estimator)*	2.750	-1.001	6.501
Standardized Mean Difference*	2.583		
Hedge's <i>g</i> (unbiased)	2.452	-1.542	6.445
<i>g</i> converted to <i>r</i> Effect Size	0.794	-2.957	4.545
σ pooled (pooled standard deviation)	7.891		
<i>S</i> pooled (pooled standard deviation)	8.401		

Die Effektstärke ist $d = 2,7$ gross. Morris und DeShon (2008) empfehlen, als Standardabweichung den Wert des Prä-Tests zu nehmen, da dieser Wert nicht durch die Intervention beeinflusst wurde.

Die Effektstärken für die Behandlungsgruppe pB wurden aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht berechnet.

4.6.3. Hypothesenbezogene Ergebnisse Hypothese c

Prüfung Hypothese c)

c) Nullhypothese H₀:

Die Häufigkeit, mit der erlebte traumatische Ereignisse geschildert werden, unterscheidet sich nicht zwischen Menschen mit einer Behinderung (μ_1) und Menschen ohne eine Behinderung (μ_2).

c) Alternativhypothese (H₁) $\mu_1 > \mu_2$

Menschen mit einer Behinderung (μ_1) berichten von mehr erlebten traumatischen Ereignissen, als Menschen ohne eine Behinderung (μ_2).

Zur Prüfung der Hypothese c) werden die KERF-Daten, die vor Beginn der NET, bzw. der Wartezeit für die Wartegruppe erhoben wurden, mit einer Vergleichsgruppe von Flüchtlingsmütter aus verschiedenen Ländern (n = 53) verglichen.

Die Vergleichsdaten wurden dankenswerterweise von Johanna Sill aus der Forschungsgruppe um Thomas Elbert zur Verfügung gestellt.

4.6.3.1. Vergleich der KERF- Summenwerte der behandelten Gruppen mit einer Vergleichsgruppe traumatisierter Flüchtlingsmütter

Tabelle 15: KERF-Mittelwerte der einzelnen Subskalen und der Summenscores für die beiden behandelten Patientengruppen und einer Vergleichsgruppe ohne Beeinträchtigung (Flüchtlingsmütter)

ACEs	Ge- samt	Gruppe gB / DD	Gruppe pB	Vergleichs- gruppe Flüchtlingsmütter
Emot. Gew. Eltern (PEA)	4.13	4.8	2.8	1.77
Emot. Gew. Geschw. (SEA)	0.93	1.4	0	1.02
Körpl. Gew. Elt. (PPA)	5.53	6.1	4.4	2.17
Körpl. Gew. Geschw. (SPA)	0.73	1.1	0	0.94
Sex. Gew. (SEXA)	1.1	1.647	0	0.14
Gew. Peers (PEER)	4.27	4.4	4	2.23

Emot. Vern.(EN)	4.73	5.5	4.3	1.70
Körpl. Vern.(PN)	3.3	4.7	0.5	2.03
Bezeugte körpl. Gew. zw. Eltern (WITP)	2.5	3.5	0.5	0.75
Bezeugte körpl. Gew. an Geschw. (WITS)	1.22	1.498	0.664	1.42
Summenscore KERF	28.45	33.695	17.164	14.17

Vergleichsgruppe Flüchtlings-Mütter :

N= 53 . Durchschnittsalter: 41,73 Jahre.

Herkunftsländer: Syrien: 20, Iran: 3, Serbien: 1, Mazedonien: 3, Afghanistan: 8, Kosovo: 3, Albanien:1, Rumänien: 1, Russland: 1, Irak: 6, Indien: 1, Polen: 1, Bosnien: 2, Brasilien: 1, Tschechien: 1.

Bildung: ohne Schulabschluss: 30, Abitur: 16, mittlere Reife: 4, Hauptschulabschluss: 2, Fachhochschulreife: 1.

Zivilstand: ledig: 0, geschieden: 4, verwitwet: 3, verheiratet: 45, in einer Beziehung: 0, in Trennung lebend: 1.

Die Gruppe der Flüchtlingsmütter wurde in den Notunterkünften angesprochen und über diese Studie informiert. Denjenigen Müttern, bei denen eine PTSD diagnostiziert wurde, wurde eine Traumatherapie angeboten. In der Studie von Johanna Sill und Kollegen erhielten 13 der Flüchtlingsmütter die Diagnose einer PTSD.

Weitere Angabe zu dieser Vergleichsgruppe stehen nicht zur Verfügung.

Tabelle 16: Vergleich der KERF Summenwerte der Gesamtgruppe gB / DD und pB (N = 15) versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter (N = 53; s. Tabelle 15)

	t-Wert	p-Wert	df1	df2	m1	m2	s1	s2
Paaren 1	3.14	.0026	14	52	28.45	14.17	16.2	15.41

Gerechnet wurde mit einem T-Test Calculator for two independent means.

Sign.Level .05, two-tailed

(<https://www.socscistatistics.com/tests/studentttest/default2.aspx>).

Das Ergebnis ist des t-Tests für unabhängige Stichproben ist mit $p = .0026$ signifikant.

Für den Vergleich der KERF Summerwerte der Gesamtgruppe gB / DD und pB (N = 15) mit der Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter ergibt sich mit $p = .0026$ ein signifikant höherer Wert bei der Tilia-Stichprobe.

Bei der Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmutter muss von einer hoch belasteten Gruppe ausgegangen werden. Der hochsignifikante Wert des Vergleichs der KERF-Summenwerte der Gesamtgruppe gB / DD und pB versus der Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter bildet deutlich die hohe Belastung an traumatischen Lebensereignissen der am Projekt beteiligten Klienten des Tilia ab.

Tabelle 17: Vergleich der KERF Summenwerte der Gruppe gB / DD (N = 10) versus Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter (N = 53)

	t-Wert	p-Wert	df1	df2	m1	m2	s1	s2
Paaren 1	3.75	.0004	9	52	33.7	14.17	13.28	15.41

Die Gruppe gB / DD berichtet gegenüber der Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter mit $p < .001$ eine hoch signifikant größere Belastung mit traumatischen Erfahrungen.

➔ Die Alternativhypothese (H_1) $\mu_1 > \mu_2$

Menschen mit einer (geistigen) Behinderung (μ_1) berichten von signifikant mehr traumatischen Ereignissen, als Menschen ohne eine Behinderung (μ_2), kann angenommen werden.

Tabelle 18: Vergleich der KERF Summenwerte der Gruppe pB (N = 5) versus Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter (N = 53)

	t-Wert	p-Wert	df1	df2	m1	m2	s1	s2
Paaren 1	0.412	.682	4	52	17.44	14.17	16.2	15.4

Im Vergleich der Summenwerte KERF der Gruppe pB mit der Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter ergibt sich kein signifikanter Unterschied in der berichteten Belastung mit Traumaerfahrungen.

- Es zeigen sich bei der Gruppe gB / DD im Vergleich zur Vergleichsgruppe bei einem Signifikanzniveau von $p < .01$ signifikant höhere Werte.
Für die Gruppe pB zeigt sich im Vergleich zur Vergleichsgruppe kein signifikanter Wert (Signifikanzniveau $p < .05$).

4.6.3.2. Vergleich einzelner Sub-Skalen im KERF in der Gruppe gB / DD mit einer Vergleichsgruppe traumatisierter Flüchtlingsmütter

Für einen detaillierteren Vergleich einzelner Subskalen wurden die KERF-Werte der Gruppe der Klienten mit geistiger Beeinträchtigung oder Doppeldiagnose (gB / DD) mit der Vergleichsgruppe berechnet.
Getestet wurde two-tailed.

Tabelle 19: Vergleich Subskala SEXA Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter

	t-Wert	p-Wert	df1	df2	m1	m2	s1	s2
Paaren 1	5.92	< .0001	9	52	1.65	0.14	1.7	0.374

Im Vergleich der Gruppe gB / DD mit der Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter ergibt sich bei einem Signifikanzniveau von $p < .01$ ein signifikanter Wert.

Subskala SEXA (sexuelle Gewalt):

Im Vergleich mit der Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter ergeben sich für bei einem Signifikanzniveau von $p < .01$ signifikant höhere Werte für die Tilia-Gruppe mit geistiger Beeinträchtigung oder Doppeldiagnose (gB / DD).

In der vorliegenden Stichprobe N1 von zehn Personen mit geistiger Behinderung, bzw. Doppeldiagnose wurde also signifikant mehr sexuelle Gewalt erlebt, als in der Vergleichsgruppe.

Vor allem in Anbetracht dessen, dass die Angaben, die im KERF gemacht wurden, verglichen mit der Erarbeitung der Lifeline deutlich zu tief waren und in diesem Rahmen häufiger sexuelle Übergriffe geschildert wurden, als im KERF angegeben wurden, sind diese Angaben ernst zu nehmen.

Tabelle 20: Vergleich Subskala PPA (erlebte körperliche Gewalt durch die Eltern) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter

	t-Wert	p-Wert	df1	df2	m1	m2	s1	s2
Paaren 1	3.525	.0008	9	52	6.1	2.17	3.73	3.14

Subskala PPA (erlebte körperliche Gewalt durch die Eltern):

Es geben sich für den Vergleich mit der Gruppe der Flüchtlingsmütter bei einem Signifikanzniveau von $p < .01$ signifikant höhere Werte für die Stichprobe N1 von zehn Personen mit geistiger Behinderung, bzw. Doppeldiagnose.

Tabelle 21: Vergleich Subskala PEER (durch Peers erlebte Gewalt) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter

	t-Wert	p-Wert	df1	df2	m1	m2	s1	s2
Paaren 1	2.135	.0367	9	52	4.4	2.23	2.95	2.95

Subskala PEER (durch Peers erlebte Gewalt)

Es ergibt sich im Vergleich zur Gruppe der Flüchtlingsmütter bei einem Signifikanzniveau von $p < .05$ ein signifikant höherer Wert für die Stichprobe N1 von zehn Personen mit geistiger Behinderung, bzw. Doppeldiagnose.

Tabelle 22: Vergleich Subskala EN (emotionale Vernachlässigung) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter

	t-Wert	p-Wert	df1	df2	m1	m2	s1	s2
Paaren 1	3.086	.003	9	52	4.95	1.7	3.88	2.89

Subskala EN (Emotionale Vernachlässigung)

Es ergibt sich im Vergleich zur Gruppe der Flüchtlingsmütter bei einem Signifikanzniveau von $p < .01$ ein signifikant höherer Wert für die Stichprobe N1 von zehn Personen mit geistiger Behinderung, bzw. Doppeldiagnose.

Tabelle 23: Vergleich Subskala PN (körperliche Vernachlässigung) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter

	t-Wert	p-Wert	df1	df2	m1	m2	s1	s2
Paaren 1	2.966	.004	9	52	4.7	2.03	3.95	2.30

Subskala PN (Körperliche Vernachlässigung)

Es ergibt sich im Vergleich zur Vergleichsgruppe bei einem Signifikanzniveau von $p < .01$ ein signifikant höherer Wert für die Stichprobe N1 von zehn Personen mit geistiger Behinderung, bzw. Doppeldiagnose.

Tabelle 24: Vergleich Subskala WITP (bezeugte körperliche Gewalt zwischen den Eltern) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter

	t-Wert	p-Wert	df1	df2	m1	m2	s1	s2
Paaren 1	3.533	.0008	9	52	3.5	0.75	4.16	1.74

Subskala WITP (Bezeugte körperliche Gewalt zwischen den Eltern)

Es ergibt sich im Vergleich zur Gruppe der Flüchtlingsmütter bei einem Signifikanzniveau von $p < .01$ ein signifikant höherer Wert für die Stichprobe N1 von zehn Personen mit geistiger Behinderung, bzw. Doppeldiagnose.

Tabelle 25: Vergleich Subskala PEA (Emotionale Gewalt durch die Eltern) Gruppe gB / DD versus Vergleichsgruppe Flüchtlingsmütter

	t-Wert	p-Wert	df1	df2	m1	m2	s1	s2
Paaren 1	3.057	.003	9	52	4.8	1.77	2.53	2.93

Subskala PEA (Emotionale Gewalt durch die Eltern)

Es ergibt sich im Vergleich zur Gruppe der Flüchtlingsmütter bei einem Signifikanzniveau von $p < .01$ ein signifikant höherer Wert für die Stichprobe N1 von zehn Personen mit geistiger Behinderung, bzw. Doppeldiagnose.

Zusammenfassung:

Es ergeben sich für die Gruppe der Klienten mit geistiger Beeinträchtigung / Doppeldiagnose signifikant höhere Werte im Vergleich zur Vergleichsgruppe, für die Subskalen SEXA (sexuelle Gewalt), PPA (erlebte körperliche Gewalt durch die Eltern), PEER (durch Peers erlebte Gewalt), EN (emotionale Vernachlässigung), PN (körperliche Vernachlässigung), WITP (bezeugte körperliche Gewalt zwischen den Eltern) und auch für den Vergleich der PEA (emotionale Gewalt durch die Eltern).

4.7. Behaviorale Veränderungen der Teilnehmer nach der Durchführung der NET

Aus der Biographie, der Praxis und der jahrelangen Arbeit mit diesen Klienten sind uns viele, auch gravierende, selbstverletzende Verhaltensweisen bekannt.

Auch im Rahmen der Durchführung der NET wurde eine große Anzahl und Vielfalt selbstverletzender Verhaltensweisen durchgesprochen.

Es muss trotzdem von einer großen Dunkelziffer ausgegangen werden, da vermutlich vieles nicht ausgesprochen wurde, weil diese Thematik oft mit großer Scham, aber auch Schuldgefühlen verbunden ist.

Die folgende Aufzählung gibt nur einen Ausschnitt der selbstverletzenden Verhaltensweisen wieder, die bei den am Projekt beteiligten Klienten aktenkundig sind, oder die im Tilia auftauchten:

Verletzungen mit Scheren (auch Nagelscheren), Messern und Gabeln, bis hin zum Versuch, sich die Brüste abzuschneiden, Körperteile massiv blutig gekratzt, etwa 3 cm große Hautfetzen ausreißen, sich selbst boxen und schlagen, Versuche, sich die Extremitäten zu brechen, z.B. an Tischkanten oder Fensterbrettern, Extremitäten selbst zerbissen, Nagelhäutchen massiv abreißen, Kopfschwarte mit Scherben aufschneiden, impulsartiges Springen vor fahrende Autos, Sprung aus einem Fenster im 1. Stock mit daraus resultierendem Kieferbruch, sich selbst Zahn ausschlagen, Scheiben mit der Hand/Faust einschlagen, den Kopf durch Fensterscheiben schlagen, übermäßiger Konsum von Wasser, bis ca. 10 Liter, bis zu epileptischen Anfällen, Extremkonsum von Red Bull (8 Dosen) plus 3 große Liter-Flaschen Cola, bis zur Notfall-einweisung wegen Tachykardie, Kopf auf dem Boden blutig schlagen, Versuche, aus einem fahrenden Auto zu springen, Versuche, während Autofahrten dem Fahrer ins Lenkrad zu greifen, extremes Nägelkauen, Verschlucken gefährlicher Dinge, wie Steine, Batterien, Scherben, vaginales Einführen von Scherben, Toilettenbürsten, Wolle, Zigaretten.

Bei den teilnehmenden Klienten kann nach der Durchführung der NET festgestellt werden, dass die Dissoziationen im Alltag abgenommen haben und sich das Auftreten selbstverletzender Verhaltensweisen (SVV) verringert hat.

Bei den meisten Teilnehmern treten gar keine SVV mehr auf, bei einigen wenigen treten sie zwar noch auf, allerdings deutlich seltener und nicht mehr in dem bisher Ausmaß an Bedrohlichkeit und Selbstgefährdung. Dieses Ausmaß reichte bei einigen Projektteilnehmern vor der Durchführung der NET bis in einen Bereich der Lebensbedrohung.

Dies kann einerseits so interpretiert werden, dass durch die Durchführung der NET einerseits eine Integration der traumatischen Erlebnisse stattgefunden hat und sich dadurch die Häufigkeit, dass die Klienten im Alltag angetriggert werden, verringert hat.

Die Fähigkeit zur Emotionskontrolle hat sich bei allen Teilnehmern deutlich verbessert, angefangen bei der Selbstwahrnehmung, aber auch bei der Fähigkeit, eigene Emotionen zu beeinflussen. Es kann also von einer verbesserten Selbststeuerungsfähigkeit ausgegangen werden, was man diesen Klienten vor dem Projektstart in keiner Weise zugetraut hat.

Auch die Verbalisierungsfähigkeit hat sich verbessert, so dass Probleme in Worte gefasst werden können und es möglich ist, das Umfeld bei der Problemlösung bewusst beizuziehen.

Die Fähigkeit, einem Gegenüber, einem anderen Menschen, zu vertrauen und sich ihm zu offenbaren, hat sich vergrößert. Beinahe alle Projektteilnehmer haben zu Beginn eine große Einsamkeit geschildert, dass sie alleine mit ihrem Leid seien. Durch die NET hat sich nicht nur das Vertrauen in die Projektleitung, sondern auch in einzelne Professionelle im Umfeld vergrößert. Vor allem die Sichtweise, nicht alleine und ohne Unterstützung zu sein, hat sich dahingehend verschoben, dass das Bewusstsein geschaffen wurde, Teil eines sicheren und tragenden Umfelds zu sein. Dies wird als sehr entlastend und beruhigend geschildert.

Deutlich wird dies auch im Verbleib der Klienten:

Zwei Teilnehmer aus der Gruppe gB / DD waren nach der Durchführung der NET so stabilisiert, dass sie sich in anderen, weniger eng betreuten Wohnheimen, näher an ihrem Heimatort anmelden konnten und sie trotz der schwierigen Biographie dort einen Platz erhielten. Beide leben noch heute dort.

Alle anderen Projektteilnehmer, mit denen die NET durchgeführt wurde, leben noch im Tilia und können als deutlich stabilisiert beschrieben werden.

Zwei von ihnen, die davor noch nie im Leben eine Beziehung hatten, haben inzwischen Beziehungen, bei denen sie sich bei Bedarf begleiten lassen.

Auch das Ausmaß an Personenschäden beim betreuenden Umfeld ist deutlich gesunken. Dies gilt auch für Sach- und Gebäudeschäden, die bei der teilnehmenden Klientel vor Projektstart, bzw. -durchführung beträchtlich waren.

4.8. Unvorhergesehener Schaden für Studienteilnehmer

Es kam zu keinen ungewöhnlichen oder unvorhergesehenen Vorkommnissen mit Relevanz für die psychische oder körperliche Verfassung für die Teilnehmer während der Laufzeit des Projektes und damit auch zu keinem unvorhergesehenen Schaden für einen der Studienteilnehmer.

5. Diskussion

5.1. Interpretation der höheren Gesamt-Werte im KERF bei Klienten mit geistiger Behinderung, bzw. Doppeldiagnose

Grundsätzlich sind die vorliegenden Werte nicht unbedingt repräsentativ für die Population der Menschen mit geistiger und / oder psychischer Beeinträchtigung, da sich die Teilnehmer am Projekt selbst für die Teilnahme gemeldet haben, oder sie von ihren Bezugspersonen dazu motiviert wurden. Ob die Werte für eine zufällig ausgewählte Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung typisch wären, kann nicht ausgesagt werden.

Allerdings handelt es sich bei den Klientinnen und Klienten um Menschen, die in ihrem Leben von vielen Psychiatern, Psychologen und Heilpädagogen behandelt und betreut wurden, die aber trotzdem, mit zwei Ausnahmen, nie nach evtl. traumatischen Erlebnissen in der Vorgeschichte befragt wurden, geschweige denn wurden ernstzunehmende therapeutische Angebote gemacht. Dass die Summenwerte im KERF bei der Gruppe gB / DD deutlich über den Summenwerten der Gruppe der Flüchtlingsmütter liegen, gibt zu denken.

Die möglichen Gründe für die höheren Belastungen von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung sind vielfältig:

Das Vorhandensein einer Beeinträchtigung bedeutet nicht nur eine Anders-Artigkeit im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigung, sondern auch Schwierigkeiten, Normanforderungen der Gesellschaft zu erfüllen. Auch die Behindertenkonvention, Inklusionsgedanken und Bestrebungen der Gesellschaft, Diskriminierungen im Alltag zu verringern, bedeutet auch heute noch nicht, dass eine Gleichstellung und -behandlung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung erreicht ist.

Im Gegenteil, man kann manche aktuellen Lösungsversuche, z.B. die integrative Beschulung, für viele der Betroffenen als weiter erschwerend bezeichnen. Sie haben einen erhöhten Förderbedarf, dem nur in kleinen Klassen mit speziell ausgebildeten Lehrkräften nachgekommen werden kann.

Die Lösung, Kinder mit speziellem Förderbedarf in normalen Schulklassen zu integrieren und durch Zusatzkräfte dort begleiten zu lassen, kann nicht funktionieren, wenn dafür nicht ausgebildete Begleitpersonen eingesetzt werden. In der Praxis sind diese gar nicht in der Menge vorhanden, die benötigt werden würde und das Fachwissen, die Kenntnisse von Fachmethoden können nicht von Nicht-Pädagogen erwartet werden.

Die Kluft im Schulalltag vergrößert sich durch den Wegfall der angepassten Fördermöglichkeiten noch mehr für diejenigen, die einen spezifischen Förderbedarf haben und die von einer solchen Förderung profitieren könnten.

Bei den Klienten, die sich am Projekt beteiligten, die in Heilpädagogischen Schulen in der Schweiz, also in einem sehr geschützten Rahmen beschult

wurden, wird ein hohes Ausmaß an Mobbing in der Schule geschildert. Die „Hackordnung“ auch in Heilpädagogischen Schulen scheint stark zu sein und das Thema Mobbing sollte dringend auch bei diesen Schultypen Einzug halten. Besonders das Thema „Ausgeschlossen sein und werden“ und „nicht gut genug zu sein“ belastet den ganzen Weg des Erwachsen-Werdens stark. Zu dem Trauma einer Behinderung an und für sich gehören sicher auch die Auswirkungen auf das Familiensystem. Unbewusste Suche nach der Schuld der Beeinträchtigung, hohe Belastungen im Alltag für die Eltern, durch Fahrten zu Behandlungen, in Krankenhäuser, zur Physiotherapie, häufig ein Zurückstecken-müssen der Geschwister etc. führen oft zu einem Scheitern der Ehe und damit unbewusst, aber manchmal auch bewusst und offen zu Schuldzuweisungen gegenüber dem Kind mit Beeinträchtigungen. Diese gehen bis zu direkten Äußerungen gegenüber dem Kind mit Beeinträchtigung „Du wärest besser gar nicht geboren worden“, was zu weiteren innerpsychischen Verletzungen führt.

Die Erfahrung des Scheiterns begleitet diese Menschen ein Leben lang. Nicht gut genug zu sein, um in eine Sportgruppe gewählt zu sein, nicht am Vereinssport teilnehmen zu können. In der Schule zu scheitern, nicht nur was einen höheren Schulabschluss anbelangt, sondern oft bereits beim Erlernen von Lesen und Schreiben zu scheitern, führt oft zu einer großen Vermeidung von Test- und Prüfungssituationen und nach einigen Erfahrungen des Nicht-Könnens zu schweren Versagensängsten, die in Testsituationen jegliches Abrufen von Gedächtnisinhalten verhindern und zu einem noch schlechteren Abschneiden führen.

Immer wieder werden von den Klientinnen und Klienten die Lebensträume, die unerfüllbar sind, geschildert. Menschen mit Beeinträchtigungen wachsen mit den gleichen Bildern und Vorstellungen auf, wie wir Alle. Sie wünschen sich einen Schulabschluss, einen normalen, sinnstiftenden Beruf, Geld zu verdienen und nicht ein Almosen in einer Werkstatt, sie wünschen sich Beziehungen und zwar mit Menschen ohne Beeinträchtigung, wie sie uns täglich in der Presse und im Fernsehen gezeigt werden, attraktive Partner und Partnerinnen. Viele äußern einen Kinderwunsch, der mit einer Beeinträchtigung meist nicht realisierbar ist. Sie wünschen sich, ein Haus bauen zu können und Auto zu fahren. Ihre Realität sieht anders aus.

Einer der Klienten äußerte, er wäre gerne zum Militär gegangen. Er wäre bereit gewesen, sein Leben für seine Heimat zu geben. Dass er zwar gemustert wurde, aber als untauglich ausgemustert wurde, war eine weitere schwere Kränkung, die kaum zu verkraften war.

Auch die Gefahr des Erlebens von sexueller und / oder körperlicher Gewalt muss als deutlich erhöht bezeichnet werden.

Oft liegen Strukturen von Fremdbetreuung und damit häufig verbunden –bestimmung vor, damit auch immer Situationen, in denen der Klient dem Gegenüber hilflos ausgeliefert ist. Schutzkonzepte müssen sich dringend etablieren

und vor allem muss Wissen vermittelt werden. Bei den Klienten fehlt Wissen über die eigenen Rechte und auch einmal „nein“ sagen zu dürfen, wird offensichtlich selten vermittelt. Auch Worte für einzelne Körperteile, das Bewusstsein, dass niemand sonst das Recht am Körper von Menschen mit geistiger Behinderung hat, müssen erst bei den Betreffenden ankommen. Anlaufstellen zur Beratung, aber auch Meldestellen für Übergriffe müssen dringend geschaffen werden. Es gilt also nicht nur die Klienten selbst zu schulen, sondern auch das betreuende Umfeld in Einrichtungen und Werkstätten und entsprechende Hilfsstrukturen müssen dringend aufgebaut werden.

5.1.1. Erlebte traumatische Ereignisse und Verursacher

In Abbildung / Grafik 5 zeigt sich in den Angaben eine hohe Zahl unterschiedlicher traumatisch erlebter Ereignisse- zusätzlich zu den im KERF genannten- die man zwar oft nicht als „bedrohlich für Leib und Leben“ bezeichnen kann, die aber im persönlichen Empfinden doch genauso belastend erlebt wurden. Vor allem in Anbetracht des „building-Block-Effektes“ und der Vielzahl der traumatischen Erlebnisse erscheint es verwunderlich, dass viele der Betroffenen trotzdem lebensbejahende Menschen sind.

Ob vergleichsweise ähnlich hohe Belastungen bei Vergleichsgruppen ohne geistige Beeinträchtigung zu vermehrten Suizidraten geführt hätten, kann man nur mutmaßen. Gesichert ist, dass bei einigen Klienten das Risiko auch lebensgefährlicher Verletzungen durch selbstverletzendes Verhalten hoch war, bis hin zu bewusst geschilderten Suizidversuchen, beispielsweise bei einer Klientin bereits im Alter von sieben Jahren der Versuch, aus dem Fenster zu springen. Wie hoch die innere Not und die Verzweiflung dieser Menschen war, kann nur vermutet werden.

Wie in Abbildung / Grafik 6 gezeigt, wurde die Rolle der Mitschüler häufig genannt, auch das Thema Mobbing. Hier scheint großer Handlungsbedarf zu sein, was das Miteinander an heilpädagogischen oder Sonderschulen anbelangt. Dass sich dies bei integrativ beschulten Kindern verändert, kann bezweifelt werden, da sie in einem nicht-beeinträchtigten Umfeld noch mehr aus dem Rahmen fallen und sie von Mitschülern sicher noch mehr ausgegrenzt werden. Bonfranchi (2017, S. 30) bezeichnet die momentanen gesellschaftspolitischen Bemühungen, dass alle Kinder mit einer geistigen Behinderung in eine Regelschule integriert sein sollen, als „Bagatellisierung von Behinderung“. Er bezieht sich dabei nicht auf körper- oder sinnesbehinderte Kinder, sondern Kinder mit schweren geistigen Behinderungen. Er spricht in diesem Kontext von „Würdeverletzung“. Bonfranchi (2017, S.17): „Wenn ein Mensch nicht für das, was er ist, wahrgenommen wird oder seine Bedürfnisse nicht ernst genommen werden, dann kommt dies einer Verletzung seiner Würde

gleich.“

Auch die Traumatisierungen durch Mitbewohner in Einrichtungen und Werkstätten zeigt einen dringenden Handlungsbedarf auf. Schutzkonzepte gegen körperliche und sexuelle Gewalt müssen erstellt und umgesetzt werden, interne und externe Meldestellen geschaffen werden.

5.2. Interpretation der höheren Werte im Vergleich einzelner Subskalen des KERF der Behandlungsgruppe mit einer Gruppe traumatisierter Flüchtlingsfrauen

Diese Werte bilden nicht nur die höhere Gefährdung für sexuelle Gewalt ab, sondern auch die Folgen eines oft überforderten Umfeldes, bereits im familiären Rahmen und oft bereits im Kindesalter. Ehen, bzw. ganze Familiensysteme sind durch Kinder / Geschwister mit Beeinträchtigungen stark belastet und würden eigentlich mehr Hilfe und Unterstützung benötigen. Der Fürsorgegedanke müsste sich in diesem Kontext nicht nur auf die Betroffenen beziehen, sondern auch auf das ganze Familiensystem.

Auch in diesem Bereich wäre weitere Forschung wichtig.

In einer aktuellen Studie am Unispital Innsbruck (Riedl, Lampe, & Exenberger et al., 2020) wurde die Prävalenz von ACEs bei Patienten der Klinik mittels MACE (Isele, Teicher, Ruf-Leuschner, Elbert, Kolossa, Schury et al., 2014) gemessen. Dies allerdings in der endgültigen Version mit 75 Items in 7 unterschiedlichen Skalen, nicht in 10, wie der im vorliegenden Projekt verwendeten Forschungsversion. Riedl et al. stellen fest, dass die Subskalen emotionale Gewalt und Gewalt durch Peers am konstantesten mit physischer und mentaler Gesundheit assoziiert waren.

In wieweit die hohen Werte in diesen Skalen im vorliegenden Projekt dafür sprechen könnten, ob nicht die teilweise sehr widrigen Lebensumstände entsprechend negativen Einfluss auf die physische, wie auch mentale Gesundheit der Projektteilnehmer nahm, kann nur gemutmaßt werden.

5.3. Diskussion der hypothesenbezogenen Ergebnisse Hypothese a

Die Hypothese a) „Alternativhypothese H1: Die Anwendung der Methode NET ist bei Menschen mit einer Beeinträchtigung möglich“ hat sich bestätigt.

Die NET war bei allen Teilnehmern möglich.

Die Vermutung der Adaptierbarkeit der Methode NET in Leichter Sprache für Menschen mit geistiger und oder psychischer Beeinträchtigung hat sich bestätigt. Die starke Strukturierung und die Übersichtlichkeit ermöglichen die Anwendung bei dieser Klientel. Auch Menschen mit geistigen und/oder psychischen Beeinträchtigungen profitieren von der Anwendung sehr. Wichtig wäre jedoch auch, dass die NET für sie zugänglich und erreichbar ist und dass sich

Trauma-Therapeuten auch zutrauen, mit dieser Personengruppe zu arbeiten und dies explizit nicht nur stabilisierend.

Als Teilhypothese wurde in der Wartegruppe überprüft, ob es Unterschiede im Gesamtwert des PTSS-10 vor und nach der Wartezeit durch die Wartezeit in einem stabilisierenden Wohnumfeld gibt.

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied in den PTSS-10 Werten nach der Wartezeit. Dies überrascht, da ein Setting, wie es das Wohnheim Tilia bietet, mit klaren, vorhersehbaren Strukturen, einer engen Begleitung, einer sehr an traumapädagogische Grundsätze angelehnten Grundhaltung und einen durch klaren Regeln und Grenzen „sicheren Ort“ zu erwarten wäre, dass sich durch die Wartezeit stabilisierende Effekte ergeben, die sich auch in den PTSS-10 Werte abzeichnen müssten. Weshalb dieses stabilisierende Umfeld keinen positiven Effekt auf die Traumasymptome hat, sollte dringend durch weitere Forschung überprüft werden.

5.4. Diskussion der hypothesenbezogenen Ergebnisse Hypothese b

Es gilt die Alternativhypothese H1: Die Anwendung der Methode NET ist bei Klienten mit geistiger Beeinträchtigung (mit oder ohne Doppeldiagnose) und bei Klienten mit psychischer Beeinträchtigung, die deswegen berentet wurden, wirksam.

Darüber hinaus hat sich bei allen Teilnehmern der NET ein starker positiver Effekt ergeben. Die NET kann also bei Menschen mit leichter, aber auch mittlerer geistiger Beeinträchtigung durchgeführt werden und sie ist für die Klienten sehr hilfreich. Symptome nehmen ab, aber auch viele weitere Probleme im Alltag verringert sich, die Lebensqualität und Teilhabe werden deutlich erhöht.

Dieses Ergebnis und damit verbunden das Wissen, dass es eine recht einfache und nicht sehr zeitaufwendige Therapiemethode gibt, die dieser Klientel helfen kann, ihre traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten, sollte auch entsprechende Änderungen in den Therapieausbildungen nach sich ziehen.

Diskussion zur Teilhypothese:

Als Teilhypothese wird in einem Intergruppenvergleich (N1 / N2) überprüft, ob es Unterschiede in der Wirksamkeit der NET gibt.)

Beim Vergleich der Wirksamkeit der NET zwischen den Gruppen gB / DD und pB zeigte sich, dass die Wirksamkeit in der Gruppe gB / DD grösser war, als in der Gruppe pB. Der zeitliche Aufwand unterschied sich deutlich zwischen den Gruppen. Es war weniger aufwendig, die NET bei Menschen mit gB durchzuführen, als in der Gruppe pB. Dies erklärt sich aber vermutlich durch

das sehr kleine $n = 3$ in dieser Gruppe und einen einzelnen sehr komplexen Klienten, der durch seinen krankheitsbedingten (Psychose) zeitlichen Mehraufwand zum statistischen Ausreißer dieser Gruppe wurde.

5.5. Diskussion der hypothesenbezogenen Ergebnisse Hypothese c

Menschen mit einer geistigen und/oder psychischen Beeinträchtigung (μ_1) berichten von signifikant mehr traumatischen Erlebnissen, als Menschen ohne eine Behinderung (μ_2).

Es zeigt sich, sowohl im Vergleich mit der Gruppe der Flüchtlingsmütter, dass Menschen mit einer geistigen oder psychischen Beeinträchtigung von mehr traumatischen Ereignissen berichten.

Dies ist allerdings nur die Beschreibung eines Ist-Zustandes einer kleinen Stichprobe. Unklar bleibt der ursächliche Zusammenhang.

Gibt es einen Kontext bei Menschen mit geistiger und / oder psychischer Beeinträchtigung, der beim Umfeld eher traumatisierende Verhaltensweisen, wie z.B. das Ausüben von Gewalt oder eine Vernachlässigung eines behinderten Kindes, auslöst- oder sind genau diese traumatischen Erlebnisse die Auslöser für die Beeinträchtigungen? Diese Frage könnten nur breite Langzeitstudien lösen.

Teilhypothesen:

In einem Intergruppenvergleich zwischen den Gruppen gB / DD und pB zeigt sich, dass es Unterschiede in den Berichten der Häufigkeit der traumatischen Ereignisse gibt.

Die Gruppe der Klienten mit einer geistigen Beeinträchtigung berichtet im Vergleich zur Vergleichsgruppe der Flüchtlingsmütter häufiger von erlebten traumatischen Ereignissen. Einerseits überrascht dieses Ergebnis nicht, da eine Benachteiligung in vielen Lebensbereichen dieser Menschen bekannt ist und diese auch in der Öffentlichkeit diskutiert wird. Andererseits überrascht die noch höhere Traumatisierungsrate, als bei den Flüchtlingsmüttern, da viele Menschen davon ausgehen, dass Menschen mit Behinderungen heute sehr geschützt aufwachsen und sie bereits ab dem Kleinkindalter gut gefördert und unterstützt werden. Diese Unterstützung haben vor allem die älteren Klienten, die sich an der Studie beteiligten, nicht erfahren dürfen.

5.6. Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Bei der Klientengruppe, die sich am Projekt beteiligte, handelt es sich um eine komplex beeinträchtigte Personengruppe mit eindrücklichen Heim- und Klinikbiographien und meist sehr herausforderndem Verhalten. Obwohl diese Menschen in der Regel von Therapien ausgeschlossen werden, da sie meist als

nicht therapiefähig eingestuft werden, hat sich nicht nur die Möglichkeit der Durchführung der NET gezeigt, sondern auch ein sehr großer positiver Effekt. Bei den „klassischen“ Menschen mit geistiger Behinderung dürfte die Durchführung der NET viel einfacher sein und auch bei ihnen ist ein großer Effekt zu erwarten. Der Effekt und die Verringerung des Leidensdrucks, bzw. der Trauma-Symptomatik dürften erwartungsgemäß ähnlich hoch ausfallen. Es gibt keine fachlichen Gründe, ihnen den Zugang zur therapeutischen Versorgung nicht zu ermöglichen.

Scheitern kann dies natürlich daran, dass es nicht genügend Trauma-Therapeuten gibt, die Erfahrung mit dieser Personengruppe hat.

Würden Institute, die Trauma-Zusatzausbildungen anbieten, Seminare, aber auch einige Fälle praktischer Arbeit mit dieser Klientel fordern, würde sich der Wissensstand rasch verbessern und damit auch die Bereitschaft, diesen Menschen Zugang zur therapeutischen Versorgung zu ermöglichen. Gerade im Zuge der Inklusionsdebatte erscheint dies eine unumgängliche Maßnahme. Ein wichtiger Aspekt, der eine Verbesserung der therapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung generell negativ beeinträchtigt, ist die Finanzierung. Bedingt durch Komorbiditäten, aber auch die Abhängigkeit vom betreuenden Umfeld, fallen geplante Termine immer wieder aus, obwohl die Klienten selbst dies kaum beeinflussen können. Hier sollten Kostenträger eine finanzielle Leistung, auch beim Ausfall eines gewissen Prozentsatzes der geplanten Stunden leisten, damit sich überhaupt mit der Zeit ein therapeutisches Versorgungsnetz bilden kann.

5.7. Diagnostik von Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Beide verwendeten Instrumente, der PTSS-10, aber auch der KERF, sind für diese Klientel sehr gut geeignete Instrumente.

Grundsätzliche Anmerkungen zur Diagnostik bei dieser Klientel

Bei einer soliden Befragung der Klienten auf Augenhöhe, möglichst alleine mit den Betroffenen, ergibt sich rasch eine gute Basis für ein therapeutisches Miteinander. Wichtig ist dabei, den Menschen zu sehen, der Leid erfahren hat und nicht die Behinderung, die oft auch trauma-auslösend ist.

Wird die Diagnostik nur in Beisein von Betreuungspersonen oder Familienmitgliedern durchgeführt, sind viele Antworten nicht möglich, da die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass das familiäre oder das betreuenden Umfeld zumindest

teilweise traumauslösend waren. Hier wird ein hohes Bewusstsein dieser Gefahr benötigt und auch der Mut, evtl. schwierige Gesprächssituationen mit dieser Personengruppe alleine zu lösen.

Dies ergibt sich aber mit ein wenig Routine und Beratung durch Fachpersonen, die im Umgang mit dieser Klientel erfahren sind, meist rasch mit Durchhaltevermögen, guten Schulungen im Bereich Kommunikation und Kreativität bei der Problemlösung, wenn sich während einem Dialog einmal nicht gut versteht.

Gerade wenn Sprachprobleme vorliegen, ist es hilfreich, das Gesagte nicht stur mehrfach wiederholen zu lassen, da dies bei Menschen mit Beeinträchtigungen ihre Behinderung betont. Gute Erfahrungen macht man, wenn man im Dialog das Nicht-Verstehen-Können auf sich selbst als Dialogpartner bezieht. Eine Aussage im Sinne von „Ich bin auch nicht mehr die Jüngste und nicht so schnell, könnten Sie es bitte wiederholen, damit ich es gut verstehen kann?“ oder „Ich höre leider nicht mehr ganz so gut und habe es deshalb nicht so gut verstanden, was Sie gesagt haben. Wären Sie so freundlich, noch einmal ganz langsam und deutlich zu wiederholen, was Sie gesagt haben?“ - oder eine ähnliche im Einzelfall passende Äußerung - ermöglicht eine Begegnung auf Augenhöhe und ist für einen guten Dialog unabdingbar.

PTSS-10

Der PTSS-10 ist gut geeignet für diese Klientel, um sich einen raschen Überblick über aktuelle Symptome zu verschaffen und beurteilen zu können, ob ein Trauma aktuelle Verhaltensprobleme erklären könnte. Der PTSS-10 gibt natürlich nur eine Momentaufnahme wieder und gibt keine Hinweise über ursächliche Zusammenhänge.

Die Anwendung des KERF- Version mit 40 Items

Der KERF, vor allem in der verwendeten Kurzversion mit 40 Items, kann auch bei Menschen mit Beeinträchtigung gut angewendet werden.

Teilweise müssen die einzelnen Fragestellungen im Interview etwas einfacher formuliert werden und es zeigt sich, dass bei Menschen mit geistiger Behinderungen die zeitliche Orientierung oft erschwert ist, da es früher in Kinderheimen nicht einfach war, sich zeitlich zu orientieren. Vor einigen Jahrzehnten waren dort noch keine Zeitungen oder Kalender verfügbar, bzw. sie waren nicht allen Heiminsassen zugänglich. Bei ihnen findet die zeitliche Orientierung eher anhand von wichtigen Veränderungen, z.B. der Lebensumstände (Wechsel des Kinderheimes, Weihnachten, Schuleintritt, schwerer Unfall) statt.

Es gibt Projektteilnehmer, die das genaue Datum einzelner Ereignisse noch sehr genau angeben können, teilweise bis zum genauen Wochentag. Die Gedächtnisleistung muss also als sehr individuell und auf keinen Fall als generell schlecht bezeichnet werden.

In der Durchführung ergaben sich auch auffällige Unterschiede, je nach Alter der Projektteilnehmer. Beispielsweise gaben ältere Klienten bei den zur körperlichen Gewalt verwendeten Gegenstände sehr oft einen Teppichklopfer an, den jüngere Klienten offensichtlich gar nicht mehr kennen. Diese Nennung erfolgt oft spontan, obwohl der Teppichklopfer gar nicht in der vorgeschlagenen Auswahl aufgeführt war.

Andererseits gaben einige der jüngeren Klienten an, regelmäßig mit einem Telefonkabel geschlagen worden zu sein, was durchaus überrascht, da es kaum noch Haustelefone mit Hörer und Kabel gibt.

Deutlich wurde bei der Anwendung des KERF ein Problem, das bei anderen Fragebogen oder Interviewverfahren vermutlich ebenfalls die Ergebnisse verzerrt:

Die Folgen und auch die innerpsychischen Schäden massiver, früher Verwahrlosung und Vernachlässigung werden mit solchen Verfahren kaum erfasst.

Beispielsweise gaben zwei der Klienten bei der Frage „Gab ein Elternteil oder eine elternähnliche Bezugsperson Ihnen stets das Gefühl, geliebt zu werden?“ und bei der Frage „Gab ein Elternteil oder eine elternähnliche Bezugsperson stets auf sie acht und beschützte Sie?“ ein klares „Ja“ zur Antwort, obwohl ein Klient bereits als Säugling, wenige Wochen alt, von der psychisch kranken Mutter halbtagsweise völlig unbetreut in der Wohnung zurückgelassen wurde, damit sie arbeiten gehen konnte. Sie lebte von ihrem Mann getrennt im Ausland und hatte keine Vertrauenspersonen, die auf ihren Sohn aufpassen konnten. Sie wurde nach ihrer Rückkehr in die Schweiz, als der Junge im Kleinkindalter war, von ihrer eigenen Mutter und der Schwester wegen schwerer Vernachlässigung angezeigt.

Ich stellte ihm die Frage, woran er denn gemerkt habe, dass ihn die Mama geliebt hat. Dies beantwortet er wie folgt „Ich kann mich erinnern, dass sie mich einmal am Arm gekitzelt hat (macht es vor). Daher weiß ich, sie hat mich geliebt“.

Im Gegenzug weiß er, dass sie ihn nie in den Arm genommen hat, er nie getröstet wurde, er nicht gestillt wurde und er keinen Schnuller hatte, keine Kuschtiere, sie nie gesagt hat, dass sie ihn lieb habe und sie sogar später, als sie in einem Haushalt lebten, viele Jahre lang nicht einmal mit ihm geredet hat.

Eine andere Klientin, die von den Eltern in ihrem Heimatland zurückgelassen wurde, wurde dort nur rudimentär von der Großmutter betreut, fehlernährt, so dass ihr alle Milchzähne ausfielen, sie erlebte Gewalt von beiden Elternteilen, die sie ein paar Jahre später zu sich holten und sie geriet psychisch so in Not, dass sie bereits als junges Mädchen abends und nachts alleine mit dem Bus herumfuhr, damit sie nur nicht die Zeit zuhause verbringen musste.

Sie beantwortete die Frage, woran sie gemerkt hat, dass die Eltern sie geliebt haben, damit, dass sie einmal von ihnen eine Tüte Chips geschenkt bekam.

Leider sind keine Studien zum Vergleich der Häufigkeit von in Fragebogen oder semistrukturierten Interviews angegebenen Traumata im Vergleich zu den im Rahmen der NET genannten Traumatisierungen bekannt.

Es kann vermutet werden, dass im Rahmen der NET sehr viel mehr traumatische Ereignisse genannt werden, wenn ein tiefes Vertrauensverhältnis zum Therapeuten besteht, als die Traumata, die z.B. bei einem reinen Interview genannt werden.

Auch in diesem Bereich wäre Forschung notwendig.

Dies bedeutet, dass die Angaben zu Traumatisierungen in den großen Studien, bei denen oft nur die Fragebogen, oder Interviews durchgeführt werden und keine anschließende Traumatherapie erfolgt, vermutlich viel zu tief sind. Dies erfolgt noch dazu oft durch junge Studenten und Studentinnen, bzw. Doktoranden oder Doktorandinnen, die die Probanden noch nie zuvor gesehen haben.

Viele Traumatisierungen sind sehr schuld- und schambesetzt. Dies sind Gründe, weshalb es die Betroffenen viel Überwindung kostet, solche Erlebnisse, wie sexuelle Gewalt oder Vernachlässigung zu erzählen.

Auch für den Bereich „sexuelle Gewalt“ gab es im vorliegenden Projekt einige Beispiele, bei denen solche Erlebnisse im KERF verneint wurde, in der NET dann aber doch offengelegt wurden.

Im KERF und bei der Durchführung der NET berichteten acht Klienten der Gruppe n1: geistige Beeinträchtigung / Doppeldiagnose und keiner der Klienten der Gruppe n2: psychische Beeinträchtigung von erlebter sexueller Gewalt. Bei der Durchführung der NET ist aufgefallen, dass die Angaben im KERF zu erlebter sexueller Gewalt deutlich geringer waren, als sie bei der Erarbeitung der Lifeline geschildert wurden.

Es ist trotz diesen Angaben immer noch von einer Dunkelziffer auszugehen, da es bei einigen, vor allem männlichen Klienten, Hinweise auf erlebte sexuelle Gewalt gibt.

Bei den geschilderten Erfahrungen erlebter sexueller Gewalt handelte es sich bei allen Beteiligten um Penetrationen mit Fingern, Penis, anderen Körperteilen oder Gegenständen, z.B. Stöcke in Mund, Vagina oder Anus. Der überwiegende Teil der Klienten erlebte dies vor dem zehnten Lebensjahr.

Nach den Erfahrungen im aktuellen Projekt kann davon ausgegangen werden, dass es Männern noch schwerer fällt, zu erzählen, wenn sie sexuelle Gewalt erlebt haben, als den Frauen. Der Tabuisierungsgrad ist bei Männern aus unserer Praxiserfahrung heraus deutlich höher.

Ein anderer Aspekt der den Outcome verfälschen dürfte, sind die Fragestellungen, z.B. beim Punkt „Selbst erlebt emotionale, körperliche oder sexuelle Gewalt durch Gleichaltrige oder Partner“:

„Zwangen Sie sie zu sexuellen Aktivitäten gegen ihren Willen?“

„Zwangen Sie sie dazu, sexuelle Dinge zu tun, die sie nicht wollten?“

Dies verneinten einige Probanden, berichteten aber dann im Rahmen der NET solche Ereignisse.

Auf die Rückfrage, wie es denn kommt, dass sie dies nicht beim Ausfüllen des KERF angegeben haben, antworteten sie: „Das war nicht mit Gewalt. Ich bin nicht geschlagen worden oder so. Ich machte das freiwillig. Ich dachte XX wird mein Freund und hilft mir dann. Es war keine sexuelle Gewalt“. Dies oder inhaltlich ähnliches berichteten einige Teilnehmer.

5.8. Bedeutung der eigenen Ergebnisse

Die vorliegende Studie zeigt die Not vieler Menschen mit geistiger, aber auch mit psychischer Beeinträchtigung und wie groß der Hilfsbedarf ist.

Hoffnung dieser Studie ist, anderen Fachpersonen, auch aus der Praxis, Mut zu machen, ebenfalls kleine Forschungsprojekte durchzuführen.

Die Fachwelt muss dringend alle auch nur denkbaren Bestrebungen unternehmen, um die vorhandenen Missstände zu beseitigen und eine gute psychotherapeutische, vor allem auch trauma-therapeutische Versorgung auch für Menschen mit geistiger Behinderung zu ermöglichen und sicher zu stellen.

Forschung und Wissensvermittlung, aber auch Anpassungen in den Richtlinien zur Ausbildungen von Psychotherapeuten, für die Pflichtmodule für diese Klientel vorausgesetzt werden müssten, sollten dringend erfolgen.

Für einige der beteiligten Klienten bedeutet die Teilnahme am vorliegenden Projekt, das erste Mal im Leben gesehen und gehört zu werden. Alleine das Bewusstsein, dass ein Gegenüber sich für Gespräche Zeit nimmt und bereit ist, das erlebte Leid nicht nur zu hören, sondern auch gemeinsam durchzuarbeiten, hat den Klienten nicht nur viel Schmerz und das Gefühl, einsam und

alleine zu sein, genommen, sondern auch ihr Bewusstsein geschaffen, trotz ihrer Beeinträchtigung ein bemerkenswerter Teil der Bevölkerung zu sein. Sie selbst schildern, dass sie sich gestärkter fühlen und sie sich viel mehr zutrauen.

Vor allem die Psychoedukation, die ihnen Erklärungsmodelle für ihr kaum verstehbares Verhalten liefert, wurde als sehr entlastend erlebt. Ohne dieses Wissen hatten einige der Klienten die Befürchtung „durchzudrehen“, da sie sich ihre (Trauma-)Symptome nicht erklären konnten.

In ihrer ACE Studie mit über 17.000 Erwachsenen, die in Amerika über mehrere Jahrzehnte bezüglich ihren belastenden Kindheitserfahrungen und deren Langzeitfolgen untersucht wurden, kamen Felitti et al. (1998) zu dem Ergebnis, dass frühe belastende Kindheitserfahrungen nicht nur eine Vielzahl von Erkrankungen, sowohl somatischer, als auch psychischer Natur auslösen können, sondern auch Krankheiten, Behinderungen und soziale Probleme daraus resultieren können.

Bei dem Großteil der Klienten des Wohnheim Tilia, geschätzt bei ca. 90% (genaue Zahlen liegen der Betriebsleitung nicht vor), ist die Ursache der Behinderung unklar. Menschen mit genetisch bedingten Behinderungsformen werden nur ganz vereinzelt betreut, darunter drei Klienten mit Down-Syndrom, und ein Klient mit Marden-Walker-Syndrom (Stand Juni 2020). Diese waren allerdings nicht in das aktuelle Projekt involviert.

Es stellt sich die Frage, wie viele der Klienten, bei denen man nie die Behinderungsursache eruieren konnte, evtl. aufgrund diverser belastender Kindheitserfahrungen in ihrer Entwicklung so beeinträchtigt wurden, dass sie als Erwachsene als geistig beeinträchtigt gelten. Viele von ihnen waren aufgrund auffälligen Sozialverhaltens nicht einmal die Heilpädagogische Schule abschließen, obwohl sie dies vom geschätzten Intelligenzniveau eigentlich hätten schaffen müssen. Ein Großteil dieser Klienten war aufgrund des auffälligen Sozialverhaltens oder aufgrund von Auto- oder Fremdaggressionen bereits im Kindes- und Jugendalter in Kliniken oder ambulanter Behandlung. Sie berichten mit einer einzigen Ausnahme, dass sie nie nach belastenden Vorerfahrungen gefragt wurden. Die Klienten selbst wurden als „Problem“ behandelt, ihre Beeinträchtigung an und für sich als Ursache gesehen. Dies verstärkte ihre Schuldgefühle ebenso, wie das Gefühl der Wertlosigkeit, bis hin zu dem Gefühl, keine Daseinsberechtigung auf dieser Welt zu haben. Hilfe, aus den teils sehr belastenden Lebensumständen herauszukommen, wurde nicht angeboten.

Es müsste eine völlige Umkehr des Blickwinkels der Hilfesysteme erfolgen, damit man dem Leid dieser Menschen gerecht wird. Nicht nur die betreuenden Systeme, seien es professionelle Hilfssysteme, oder das Familiensystem, benötigt Hilfe und Unterstützung, sondern vor allem diese Menschen selbst. Idealerweise erfolgt dies natürlich bereits im frühen Kindesalter, sobald die ersten Symptome auftreten.

Thomas Hensel (2017, S. 40) zitiert nach Jonkmann et al. (2013), dass „... Kinder mit interpersonellen Gewalterfahrungen hauptsächlich sogenannte trauma-unrelated symptoms auf [weisen, BM]. Dies vor allem emotionale Störungen, Störungen des Sozialverhaltens ADHS und Probleme mit Gleichaltrigen“. Hensel (2017, S. 41) folgert als notwendige Anforderung für Psychotherapie „Obligatorisches Screening auf Belastungserfahrungen bei allen Störungsbildern notwendig (Angststörungen, ADHS, Depression, Störung des Sozialverhaltens usw.“.

Aufgrund der Ergebnisse des vorliegenden Projektes sollte eine umfassende Diagnostik belastender Kindheitserfahrungen auch für alle Menschen mit Beeinträchtigungen als State-of Art gelten, sobald sie Symptome wie Störungen des Sozialverhaltens, Autoaggressionen, Probleme in der Affektmodulation etc. zeigen.

Frühe Hilfe würde nicht nur jahre-, sondern oft jahrzehntelange Leidensgeschichten ersparen.

5.9. Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die bestehende Literatur

In der bestehenden Literatur finden sich keine Studien mit Kontrollgruppe über die Behandlung von Traumafolgestörungen bei Menschen mit Beeinträchtigungen. Offensichtlich muss diesem Thema mehr Beachtung geschenkt werden und viel mehr Forschung erfolgen, da Einzelfallbeschreibungen zu wenig aussagekräftig sind.

In den wenigen Veröffentlichungen wird meist nur Bezug auf die PTBS genommen, also völlig außer Acht gelassen, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung auch komplex traumatisiert sein können und sie dafür dringend therapeutische Hilfe benötigen. Einzig Rittmannsberger, Lueger-Schuster & Weber (2018) weisen darauf hin, dass die in der ICD-11 neu aufgenommene Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung häufig bei Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung und langjähriger Institutionserfahrung zu erwarten sei.

Unklar ist, inwieweit die meist vorhandene Poly-Victimisierung in der aktuellen

Studie im Tilia typisch für diese Personengruppe ist, weil sie oft fremdbestimmt aufwächst und eine aus Tätersicht evtl. sehr geeignete Opfergruppe, beispielsweise für sexuelle Gewalt ist, oder ob die eingeschränkte kognitive Verarbeitungskapazität eine größere Rolle bei der Entstehung einer Traumasymptomatik spielt. Auch dieses Thema nimmt in aktuellen Veröffentlichungen zu wenig Raum ein, gesamt ist die Quantität an Veröffentlichungen zu dieser Thematik gering.

Die Wiener Forschungsgruppe um Brigitte Lueger-Schuster zeigt in einer aktuellen Veröffentlichung (Rittmannsberger, Yanagida, Weber, Lueger Schuster, 2020, S.1) einen Zusammenhang zwischen erlebten Traumata und „challenging behaviour“, das durch PTSD Symptome herbeigeführt wird. Sie empfehlen, Symptome der PTSD als zugrundeliegende Ursache von herausforderndem Verhalten zu betrachten. Sie betonen die Notwendigkeit, eine Traumabiographie zu explorieren, aber auch eventuelle Symptome einer PTSD zu untersuchen. Auf die Notwendigkeit, weiterer Forschung auf diesem Gebiet wird hingewiesen.

Evtl. erklärt dieser Zusammenhang die hohe Traumatisierungsrate der am Projekt beteiligten Klienten im Tilia: Das Tilia ist eine Einrichtung, die auf die Betreuung von Menschen mit herausforderndem Verhalten spezialisiert ist. Dies war bei allen der Einweisungsgrund und vermutlich spielen Symptome einer PTSD dabei eine grosse Rolle, d.h. dass diese Klienten vielleicht nur einen ganz speziellen Teil der Menschen mit Beeinträchtigungen abbilden.

In Hinblick auf die bestehende Literatur müssen auch die Angaben, z.B. zum Erleben sexueller Gewalt (Zemp & Pircher, 1996, Zemp, Pircher, & Schoibl, 1997, Schröttle, 2012) bei dieser Personengruppe sehr kritisch hinterfragt werden, weil diese Daten durch Fragebogenstudien erhoben werden und die Angaben nach den Erkenntnissen der Tilia-Studie deutlich zu tief sind und das wahre Ausmaß der Traumatisierungen erst im Zuge einer Traumatherapie geäußert werden können, wenn ein entsprechendes Vertrauensverhältnis hergestellt ist.

Was die Literatur zum Thema Traumatherapie bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung betrifft, so kann man diese als dürftig bezeichnen. Der größte Teil der Einzelfallbeschreibungen (Mevissen, 2018, Mevissen, Lievegoed, Seubert, & De Jongh, 2012) beschreibt den Einsatz der EMDR. Mayer & Needham (2011) beschreiben in einer Einzelfallbeschreibung die Anwendung der NET und machen dabei bereits Hoffnung auf die Anwendbarkeit der NET bei Klienten mit geistiger Beeinträchtigung, die sich nun im aktuellen Projekt bestätigt hat. Diese Ergebnisse sollten natürlich noch breiter abgestützt werden und weitere Forschung ist dringend von Nöten.

5.10. Bedeutung der Ergebnisse in Hinblick auf die Umsetzung der UN-BRK

Das insgesamt geringe Forschungsinteresse und die bisher nicht vorhandene Inklusion dieser Menschen in die traumatherapeutische Versorgungslandschaft stellen eine große Herausforderung in der Inklusionsdebatte dar. Diese Herausforderung gilt sich jedoch auch für die Therapieinstitute, die Traumatherapeuten ausbilden.

Grundsätzlich muss natürlich von einem gesellschaftspolitischen Problem ausgegangen werden, da zwar die UN-BRK in aller Munde ist, viel Aktionismus zu verzeichnen ist, aber trotzdem das eigentliche Leiden eines Teils der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nicht gesehen wird, geschweige denn, Bestrebungen unternommen werden, diesen gravierenden Missstand, was die Zugänglichkeit von Psychotherapie anbelangt, zu beseitigen.

Solange die Politik und vor allem auch die Kostenträger nur Anstrengungen in Richtung „Assistenzmodelle“ und eine Zerschlagung von großen Spezialeinrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigung anstreben, solange geht auch Expertenwissen verloren, das in genau solchen Einrichtungen vorhanden ist und das die ambulante Versorgung nicht abfangen kann, da Know-how fehlt. Es benötigt spezielles Fachwissen um Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gerecht zu werden.

Mit den zunehmenden Bestrebungen der Politik und der Kostenträger in Richtung einer wachsenden Autonomie der Menschen mit Beeinträchtigungen, die auch absolut wichtig und richtig ist und von der viele Menschen mit Beeinträchtigung profitieren, geht leider in der Praxis immer wieder der Grundgedanke der Fürsorge verloren.

Für Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und teils schweren Traumatisierungen ist das eine paradoxe Entwicklung, da sich durch diese aktuellen Trends die Chance, wirkliche Hilfe zu erhalten, beinahe gegen Null bewegt.

Das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ wurde 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen. Der Großteil der EU-Mitgliedsstaaten hat die UN-BRK 2007 unterzeichnet. Sie trat 2008 in Kraft.

Die Schweiz ratifizierte die BRK erst im Jahr 2014. Sie verpflichtete sich „Hindernisse zu beheben, mit denen Menschen mit Beeinträchtigungen konfrontiert sind, sie gegen Diskriminierung zu schützen und ihr Inklusion und ihre Gleichstellung in der Gesellschaft zu fördern“ (Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Department des Inneren, 2014).

Durch die unterschiedlichen Interpretationen der UN-BRK wird die Autonomie von Menschen mit Beeinträchtigungen in den Fokus vieler Veränderungen ge-

setzt, aber nicht konsequent genug, was den individuellen Bedarf dieser Menschen an Unterstützung anbelangt und dem notwendigen Aufbau tragender Hilfssysteme. Die Umsetzung der UN-BRK erfolgt immer wieder so, dass das Umfeld denkt, man tut ihnen etwas Gutes, indem man sie möglichst viel alleine und damit ohne verlässliche Begleitung in Notsituationen und die notwendigen heilenden Sozialkontakte leben lässt. Weniger Betreuung mit dem Argument der größeren „Autonomie“ spart natürlich Kosten, doch die Auswirkungen auf den einzelnen Menschen müssen kritisch überprüft werden. Im Einzelfall muss hochindividuelle überprüft werden, ob nicht auch ein Unterstützungsbedarf besteht und auch der Fürsorge- und Schutzgedanke zumindest in Krisenzeiten im Vordergrund stehen muss.

Leider geht dadurch auch der ursprüngliche Grundgedanke der Heilpädagogik, die vor allem in der Schweiz jahrzehntelang die Versorgungssituation geprägt hat und heute noch prägt, verloren, was nicht im eigentlichen Sinne der UN-BRK ist.

5.11. Begrenzungen der Studie

Die Aussagekraft der Studie ist durch die kleine Fallzahl begrenzt.

Für verlässliche Aussagen wird dringend weitere Forschung mit größeren Fallzahlen benötigt.

Die bisher veröffentlichten Kasuistiken beschreiben noch kleinere Fallzahlen. Methodisch ist eine Begrenzung die fehlende explizite Intelligenzdiagnostik, die in einem universitären Forschungsfeld leicht durchgeführt werden kann, für die aber in der vorliegenden Studie die Kapazität fehlte. Trotzdem ist davon auszugehen, dass ein Gesamtbild, das bei der fachverantwortlichen Psychologin, die einzelne Klienten teilweise seit mehr als 20 Jahren kennt, dem behandelnden Psychiater, der die Klienten auch teilweise seit mehr als zehn Jahren konsiliarärztlich betreut und dem betreuenden pädagogischen Umfeld rund um die Uhr entsteht, in der Summe eine sehr viel treffgenauere Aussage über das Intelligenzniveau entsteht, als dies eine einzelne Testung erfassen kann.

Eine mögliche Begrenzung der Aussagekraft der Ergebnisse liegt darin begründet, dass es sich um eine selektive Gruppe von Probanden handelt.

Diese Klienten kommen zusätzlich aus einer einzigen Institution.

Im ambulanten Bereich können viele Faktoren einen Therapieverlauf beeinflussen. Im Wohnheimsetting im Tilia sind zwar ebenfalls viele Umgebungsvariablen beeinflussend, die auch negativ sein können, wie: eine Wohngemeinschaft, bei der die Mitbewohner nicht frei ausgesucht werden können, oft ein sehr lautes hektisches Umfeld, kleinere und größere Aggressionen auf der

Wohngruppe und bei der Arbeit im Atelier etc., aber es gibt auch klare Regeln im Alltag, die vielleicht gerade bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung und Traumafolgestörungen Sicherheit im Alltag geben und die sich dadurch stabilisierend auswirken.

Trotz der sehr herausfordernden Klientel gibt es klare Null-Toleranz-Vorgaben für Aggressionen, klare gemeinsame Vereinbarungen, die Handlungskaskaden beim Auftreten eigener Aggression betreffend, klare Regelungen, wie de-eskalierend begleitet wird, eine interne und externe Beschwerdeinstanz, bei der Vorfälle sehr niederschwellig gemeldet werden können, eine interne Meldestelle für sexuelle Übergriffe, eine engmaschige Kommunikation aller betreuenden Personen, eine Politik „der offenen Tür“ der Wohnheimleitung etc. und dies alles gepaart mit relativ stabilen Wohngruppen, bei denen sowohl Bewohner, als auch Mitarbeitende im Vergleich zu anderen Institutionen eher selten wechseln, einer klaren Bezugspersonenarbeit, einer möglichst achtsamen Grundhaltung, die auf den Mensch und nicht die Beeinträchtigung fokussiert ist, gewachsenen Beziehungen, seit teilweise mehr als 25 Jahren, auch ein geschütztes Umfeld. Dies schildern viele der Klienten als elementar für Stabilisierungsprozesse.

Eine Limitation der Studie ergibt sich auch durch die Durchführung einer einzigen Untersucherin. Weitere Forschung durch verschiedene Fachpersonen ist unabdingbar.

Eine weitere Beschränkung liegt in den nicht erfassten katamnestischen Daten, die aber vielleicht noch zu einem späteren Zeitpunkt erhoben werden können.

6. Literatur:

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III* (3th ed.). Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (2018, 2. Auflage). *DSM-5. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-5. Deutsche Ausgabe*. Falkai, P. & Wittchen, H.-U., Hogrefe.
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D., Dube, S.R., & Giles (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256: 174–186, DOI 10.1007/s00406-005-0624-4
- Aufarbeitungskommission zur Aufklärung sexuellen Kindesmissbrauchs, (2018). *Sexueller Kindesmissbrauch an Menschen mit Behinderung: Die sechsten Werkstattgespräche*. <https://www.aufarbeitungskommission.de/werkstattgespraech-sexueller-kindesmissbrauch-an-menschen-mit-behinderung/> Zugriff am 02.01.2019.
- Avrin, S., Charlton, M., & Tallant, B. (1998). *Diagnosis and treatment of clients with developmental disabilities*. Unpublished manuscript, Aurora Mental Health Center.
- Baladerian, N.J. (1991) Sexual abuse of people with developmental disabilities. *Journal of Sexuality and Disability*, 9 (4): 323-335.
- Berger, E. (2005). *Psychosen nach schwerer Traumatisierung – Das Ophelia Syndrom*. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*, 2, 23-25.
- bff: Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe. *Suse – sicher und selbstbestimmt*. <https://www.suse-hilft.de/leichte-sprache.html> Zugriff am 04.03.2019
- BGW Forschung, (2017). *Behindertenhilfe in Deutschland. Zahlen - Daten – Fakten. Ein Trendbericht*. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW55-83-140-Trendbericht-Behindertenhilfe.pdf%3F__blob%3DpublicationFile Zugriff am 03.08.18

- Blatt, E.R. & Brown, S.W. (1986). Environmental influences on incidents of alleged child abuse and neglect in New York State psychiatric facilities: Toward an etiology of institutional child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 10 (2): 171-180.
- Bonfranchi, R. (2017): Die Phänomenologie der Geistigen Behinderung. Be-Kenntnisse eines Heilpädagogen. Edition SZH/CSPS. Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik (SZH) Bern.
- Braun, F., Oelkers, S., Rogalski, K., Bosak, J., & Sczesny, S. (2007). „Aus Gründen der Verständlichkeit ...“: Der Einfluss generisch maskuliner und alternativer Personenbezeichnungen auf die kognitive Verarbeitung von Texten. *Psychologische Rundschau*, 58 (3), 183-189.
- Brisch, K.H., Beck, A., Forstner, B., Wagner, V., Lo, S., & Landers, S. (2018). Resignation/Dissoziation des Säuglings statt gelungener Selbstregulation. *Monatschr Kinderheilkd* 2018 · 166:910–911, <https://doi.org/10.1007/s00112-018-0570-7> Online publiziert: 12. September 2018
https://www.khbrisch.de/media/brisch_et_al._2018_-_resignation_dissoziation_des_saeuglings_statt_gelun....pdf Zugriff am 13.01.19
- Buchanan, A., Oliver, J.E. (1977). Abuse and neglect as a cause of mental retardation. *British Journal of Psychiatry*, 131, 458-467.
- Buchner, T. (2008). Erleben von Psychotherapie aus Sicht von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. *PiD - Psychotherapie im Dialog* 2008; 9(2): 178-182, DOI: 10.1055/s-2008-1067401
- Bundesamt für Sozialversicherungen: IV-Rundschreiben 236 vom 21.03.2006, https://www.google.ch/search?source=hp&ei=41d5W5adMqjRrgSk_IK-gDg&q=IV-Rundschreiben+21.03.2006&oq=IV-Rundschreiben+21.03.2006&gs_l=psy-ab.3...228.10346.0.11413.27.27.0.0.0.124.2422.24j3.27.0..2..0...1.1.64.psy-ab..0.23.2067...0j0i131k1j0i30k1j0i22i30k1j33i160k1.0.5Aym3LUExhE. Zugriff am 19.08.2018
- Bundesamt für Statistik BFS, Schweizerische Eidgenossenschaft. Die Situation der Menschen in sozialen Einrichtungen. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/behinderungen.html> Zugriff am 29.10.18.

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2014). Leichte Sprache. Ein Ratgeber. Publikationsversand der Bundesregierung. Retrieved from http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf;jsessionid=E9B455AE676DC07CA5959BA882369325?__blob=publicationFile&v=2 Zugriff am 18.04.2019.
- Byrne, G. (2017). Prevalence and psychological sequelae of sexual abuse among with an intellectual disability: A review of the recent literature. *Journal of Intellectual Disabilities*. DOI: 10.1177/1744629517698844
- Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In: Lynn, S.J. & Rhue, R.W. (Hrsg.). *Dissociation: Theoretical, clinical, and research perspectives*. New York: Guilford Press, 15-31.
- Catani, C., & Sossalle, I.M. (2015). Child abuse predicts adult PTSD symptoms among individuals diagnosed with intellectual disabilities. *Front. Psychol.*, 19 October 2015 | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01600>
- Charlton, M., Kliethermes, M., Tallant, B., Taverne, A., & Tishelman, A. (2004). Facts on Traumatic Stress and Children with Developmental Disabilities. National Child Traumatic Stress Network, Adapted Trauma Treatment Standards Work Group, Subgroup on Developmental Disability. https://www.nas-ddds.org/uploads/documents/traumatic_stress_developmental_disabilities_final.pdf Zugriff am 03.01.2019.
- Chodan, W., Häßler, F., & Reis, O. (2014). Programme zur Prävention von sexuellem Missbrauch von Menschen mit geistiger Behinderung - eine Übersicht. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(2), 82–98.
- Cienfuegos, J. & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53: 43-51.
- Cloitre, M., Courtois, C., Ford, J., Green, B., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Pearlman, L.A., Stolbach, B., Spinazzola, J., van der Kolk, B., & van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concesnsus.-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf Zugriff am 02.01.2019.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed). Hills dale, N.J: L. Erlbaum Associates.

- Cooper, S.A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson & A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35. doi:10.1192/bjp.bp.106.022483
- Crossley, R., (1997). *Gestützte Kommunikation. Ein Trainingsprogramm*. Beltz.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2009). *Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven*.
- DIMDI Medizinwissen. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. ICD-10-GM Version 2018. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f70-f79.htm> (Zugriff am 05.08.2018)
- Dilling, H., Mombour, B., & Schmidt, M. (Hrsg.). *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. Überarbeitete Auflage*. Bern, Schweiz: Huber, 2006.
- Dunlap, W.P., Cortina, J.M., Vaslow, J.B. & Burke, M.J. (1996). Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. *Psychological Methods*, 1(2), 170-177. <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.170>
- Elbing, U. & Mayer, B. (2018). *Sexualisierte Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung - Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Vorgehen bei Ermittlungen*. In: Gysi, J. & Rügger, U.: *Handbuch sexualisierte Gewalt. Therapie, Prävention und Strafverfolgung*. Hogrefe, Bern.
- Felitti, V. J. , Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz A.M., Edwards, V.J., Koss, M., & Marks, J.S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 14, 4, 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Finkelhor, D., Omrod, R.K., & Turner, H.A. (2007). Poly-victimization: a neglected component in child victimization, *Child Abuse Neglect*, 31 (1), 7-26.
- Firth, H., Balogh, R., Berney, T., Bretherton, K., Graham, S., & Whibley, S. (2001). Psychopathology of sexual abuse in young people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 45: 244-252. dOI: 10.1046/j.1365-2788.2001.00314.x

- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). Lehrbuch der Psychotraumatologie. UTB: München.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Marcker, A., Reddemann, L., & Wöller, W. (2011). S3 – LEITLINIE Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. Trauma und Gewalt, 3.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: The Guilford Press.
- Focht-New, G., Clements, P.T., Barol, B., Faulkner, M.J., & Pekala, K. (2008): Person with developmental disabilities exposed to interpersonal violence and crime: Strategies and guidance for assessment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44, 3-13.
- Frauenhaus Trier (2018). Was ist los mit mir? Stress und Trauma erklärt in Leichter Sprache.
- Gast, U., Rodewald, F., Hofmann A., Matthes, H., Nijenhuis, E., Reddemann, L., & Emrich, H.M. (2006). Die dissoziative Identitätsstörung – häufig fehldiagnostiziert. *Deutsches Ärzteblatt*. Heft 12, 555-560.
- Gast, U., & Wirtz, G. (Eds.). (2016). Dissoziative Identitätsstörung bei Erwachsenen: Expertenempfehlungen und Praxisbeispiele (Vol. 283). Klett-Cotta.
- Gefühlsmonster: <https://www.gefuehlsmonster.de/> Zugriff am 01.08.2018.
- Gill, M. (2010). Rethinking Sexual Abuse, Questions of Consent, and Intellectual Disability. *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC* 7(3):201-213 DOI: 10.1007/s13178-010-0019-9
- Gräßer, M., Hovermann, E, & Botved, A. (2016). Ratingskalen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Beltz.
- Gysi, J. (2014). PDF "Dissoziative Identitätsstörung", Vortrag an der Privatklinik Wyss AG, CH-Münchenbuchsee, 16.5.2014. <https://jangysi.ch/Aus-Vortraegen/> Zugriff am 04.12.18
- Gysi, J. (2018). Veränderungen im ICD-11 im Bereich Trauma & Dissoziation. <https://www.jangysi.ch/Therapie,-Medizin,-Journalismus/> Zugriff am 13.01.2019.
- Hall, J.C., Jobson, L., & Langdon, P.E. (2014). Measuring symptoms of post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: The development and psychometric properties of the Impact of Event Scale-Intellectual Disabilities (IES-IDs). *The British Journal of Clinical Psychology* 53: 315-332.

- Hensel, T. (2017). *Stressorbasierte Psychotherapie. Belastungssymptome wirksam transformieren – ein integrativer Ansatz*. Kohlhammer: Stuttgart
- Herman, J. (2014). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Junfermann.
- Horner-Johnson, W. & Drum, C.E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: A recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 57-69.
- Humanforschungsgesetz. Verabschiedet 11/2011, in Kraft per 01.01.2014.
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20061313/index.html>
Zugriff am 03.03.2019
- Irblich, D. (2005). Diagnostik posttraumatischer Belastungsreaktionen. In: Stahl, B., & Irblich, D., *Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung*, 399-411.
- Isele, D., Teicher, M., Ruf-Leuschner, M., Elbert, T., Kolassa, I., Schury, K., & Schauer, M. (2014). KERF – Ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen Erstellung und psychometrische Beurteilung der deutschsprachigen MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 43. 121 – 130. DOI 10.1026/1616-3443/a000257.
- Isele, D. (2016). The role of Adverse Childhood Experiences (ACEs) in clinical disorders: A new assessment tool and evaluation of links with borderline personality symptoms. *Konstanzer Online Publikations System (KOPS)*. URL: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-0-322906>
- ISSD, International Society for the Study of Dissociation. Deutsche Sektion e.V.
<http://www.dissoc.de/issd25.html#F44.81> multiple Persönlichkeitsstörung Zugriff am 12.01.19
- James, S.K. (1988). Sexual abuse of the handicapped. In Tharinger, D., Horton, C., & Milleas, S. (1990). Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse and Neglect*, 14: 301-312.
- Jaritz, C., Wiesinger, D., & Schmid, M. (2008). Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. *Trauma und Gewalt*, 2(4), 266–277.
- Jenkmann, C. S., Verlinden, E., Bolle, E. A., & Lindauer, R. J. L. (2013). Traumatic Stress Symptomatology After Child Maltreatment and Single Traumatic Events: Different Profiles. *Journal of Traumatic Stress*, 26 (2), 225-232.

- Johnson, D.E. & Internationales Adoptionsprojekt-Team (IAP) (2006): Zusammenhänge zwischen dem Wachstum von psychisch belasteten Kindern und kognitiver sowie emotionaler Entwicklung. In: Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.). *Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 138-160.
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). "Diagnostic overshadowing": worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169–171. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x>
- Jonkmann, C.S., Verlinden, E., Bolle, E.A., & Lindauer, R.J.L. (2013). Traumatic Stress Symptomatology After Child Maltreatment and Single Traumatic Events: Different Profiles. *Journal of Traumatic Stress*, 26 (2), 225-232. <https://doi.org/10.1002/jts.21792>
- Kessler, R., McLaughlin, K., & Grief Green, J, et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 197, 378-385.
- Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR). Erlass vom 25.06.2012, in Kraft seit 01.01.2013. https://www.zh.ch/internet/de/rechtliche_grundlagen/gesetze/erlass.html?Open&Ordnr=232.3 Zugriff am 03.03.2019
- Kühler, T. & Stachetzki, R. (2005). Differentialdiagnostik. Borderlinestörung und komplexe posttraumatische Belastungsstörung. *Psychotherapeut* 2005, 50: 25-32. DOI 10.1007/s00278-004-0379-9
- Lake, J.K., Palucka, A.M., Desarkar, P., Hassiotis, A., & Lunsky, Y (2014). Inpatient Mental Health Services. In: Tsakanikos, E., & McCarthy, J. *Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability. Research, Practice, and Policy*. Springer.
- Lebenshilfe Bremen (2013). *Leichte Sprache. Die Bilder*. https://www.google.ch/search?q=leichte+sprache+lebenshilfe+bremen+buch&biw=1195&bih=607&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=LmXNkJTcLAhaIM%253A%252Cxo58o73Cg3MdnM%252C_&usg=AI4_-kQxUI1p4IXzDAm-x_i_Md3tydF5Kg&sa=X&ved=2ahUKEwiP3qGnrTgAh-VNqYsKHZniB_4Q9QEwBnoECAUQBA#imgsrc=LmXNkJTcLAhaIM: Zugriff am 11.02.2019

- Leeb, R.T., Paulozzi, L.J., Melanson, C., Simon, T.R., & Arias, I (2008). Child Maltreatment Surveillance. Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements. Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Lemmon, V.A. & Mizes, J.S. (2002). Effectiveness of exposure therapy: A case study of posttraumatic stress disorder and mental retardation. *Cognitive and Behavioral Practice*, Vol. 9, 4, 317-323. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80026-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80026-8) Zugriff am 05.01.2019.
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). Berechnung von Effektstärken. <https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>. Dettelbach: Psychometrica. DOI:10.13140/RG.2.1.3478.4245 Zugriff am 02.07.2019
- Longdon, E. & Read, J. (2016). Social adversity in the etiology of psychosis: A review of the evidence. *American Journal of Psychotherapy*, 70, 5-33.
- Lueger-Schuster, B. & Pal-Handl, K. (2004). *Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder*. Springer, Wien.
- Macklin, M.L., Metzger, L.J., Litz, B. T., McNally, R. J., Lasko, N.B., Orr, Scott P., & Pitman, R.K., 1998. Lower precombat intelligence is a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 66(2), 323-326.
- Maerker, A. (1998). Posttraumatische Stress Skala-10 (PTSS-10) - deutsche Version modifiziert von Schüffel und Schade (unveröffentlicht). Manuskript, Technische Universität Dresden.
- Maerker, A. (2003). Posttraumatische-Stress-Skala-10 (PTSS-10). In: Hoyer, J. & Margraf, J. (Hrsg.). *Angstdiagnostik – Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer, 401-403.
- Maercker, A. & Bromberger, F. (2005). Eine gute Übersicht über Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychologische Berichte*, 32, Heft 2.
- Maschke, S. & Stecher, L. (2018). Sexuelle Gewalt: Erfahrungen Jugendlicher heute.
- Matson, J.L. & Barrett, R.P. (1982). *Psychopathology in the mentally retarded*. New York: Grune & Stratton.
- Martorell, A. & Tsakanikos, E. (2008). Traumatic Experiences and life events in people with intellectual disability. *Current opinion in Psychiatry* 21: 427-436.
- Mayer, B. & Needham, I. (2011). « Discovering the real story within ». A case study of the diagnostic correction of alleged intellectual disability to Post Traumatic

- Stress Disorder with the aid of Facilitated Communication. In: Proceedings of the 7th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. KAVANAH, Dwingeloo.
- Mevisen-Renckens, E.H.M. (2018). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in individuals with intellectual disabilities. <https://dare.uva.nl/search?identifier=990a7ae3-23fe-4510-a5be-73e1249178dc> Zugriff am 04.01.2019.e
- Mevisen, L., Lievegoed, R., Seubert, A., & Jongh, A. (2012). Treatment of PTSD in people with severe intellectual disabilities: A case series. *Developmental neurorehabilitation*, 15, 223-32. 10.3109/17518423.2011.654283.
- Morina, N., Müller, J., Freyberger, H.J., & Glaesmer, H. (2019). Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörungen und weiterer Traumafolgestörungen. In: Seidler, G.H., Freyberger, H.J., Glaesmer, H., & Gahleitner, S.B. *Handbuch der Psychotraumatologie* (Hrsg.).
- Morris, S. B. (2008). Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organizational Research Methods*, 11, 364-386. <https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>. Abgerufen am 09.03.2020
- Netzwerk People First, 2019. Leichte Sprache. <http://www.menschzuerst.de/pages/startseite/leichte-sprache.php> Zugriff am 04.03.2019
- Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2009). Narrative Exposition. In: Maercker, A., *Posttraumatische Belastungsstörungen* (Hrsg.). Heidelberg, Springer, S. 301-318. *iatry*, 153, 543-553.
- Oliver, J.E. (1988). Successive generations of child maltreatment. The children. *British Journal of Psychiatry*, 153:543-553.
- Patientengesetz in Kraft seit 05.04.2004. [http://www2.zhlex.zh.ch/appl/zhlex_r.nsf/0/A136AAC3F431E50CC12577E3003759D3/\\$file/813.13_5.4.04_71.pdf](http://www2.zhlex.zh.ch/appl/zhlex_r.nsf/0/A136AAC3F431E50CC12577E3003759D3/$file/813.13_5.4.04_71.pdf) Zugriff am 03.03.2019
- Peckham, N.G. (2007). The vulnerability and sexual abuse of people with learning. *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 131-137.
- Perry, B.D. (2007). Stress, Trauma and Post-traumatic Stress Disorders in Children. An introduction. The Child Trauma Academy. <https://www.mnadopt.org/wp-content/uploads/2017/12/B-Perry-Stress-Trauma-and-PTSD-in-Children.pdf> Zugriff am 04.02.2019
- Plassmann, R. & Schickedanz, H. (2017). Dissoziative Identitätsstörungen. *Psychotherapie im Dialog*, 3, 36-40.

- Pörtner, M. (1996). *Ernstnehmen, Zutrauen, Verstehen – Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Prouty, G. (1976). Pre-therapy, a method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients. In: *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 290-294.
- Prouty, G. (2007). Pre-Therapy: The Applications of Contact Reflections. *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 61, No. 3, 285-295.
- Putnam, F.W. (2013). *Handbuch dissoziative Störungen. Diagnose und psychotherapeutische Behandlung*. Probst.
- Read, J., Harper, D., Tucker, I., & Kennedy, A. (2018). Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 7-19. doi:10.1111/inm.12369
- Reiter, S., Bryen, D.N., & Shachar, I. (2007). Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *Journal of Intellectual Disability*, 11, 371-387.
- Riedl, T., Beck, T., Exenberger, S., Daniels, J., Dejaco, D., Unterberger, I., & Lampe, (2019). Violence from childhood to adulthood: The influence of child victimization and domestic violence on physical health in later life. *Journal of Psychosomatic Research* 116 (2019) 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.019>
- Riedl, D., Lampe, A., Exenberger, S. et al. (2020). Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) and associated physical and mental health problems amongst hospital patients: Results from a cross-sectional study, *General Hospital Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.03.005>
- Rieske, R.D. & Matson, J.L. (2014). Behavior Problems and Psychopathology. In: Tsakanikos, E., McCarthy, J. *Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability. Research, Practice, and Policy*. Springer.
- Riessbeck, H. (2013). Patienten mit Behinderungen. In: Sack, M., Sachsse, U., Schellong, J. (Hrsg.): *Komplexe Traumafolgestörungen*, Schattauer, Stuttgart.
- Rittmannsberger, D., Kocman, A., Weber, & G. Lueger-Schuster, B. (a). (2018). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: A Delphi expert rating. *Journal of Applied Research of Intellectual Disability*, 2018; 1-10.

- Rittmannsberger, D., Lueger-Schuster, B., & Weber, G. (2018). Traumafolgestörungen. In: Sappok, T. (Hrsg.), Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung: Ein Lehrbuch für die Praxis. Kohlhammer.
- Rittmannsberger, D., Lueger-Schuster, B., & Weber, G. (2018). Traumadiagnostik. In: Sappok, T. (Hrsg.), Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung: Ein Lehrbuch für die Praxis. Kohlhammer.
- Rittmannsberger, D., Yanagida, T., Weber, G., & Lueger-Schuster, B. (2020). The association between challenging behaviour and symptoms of post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: a Bayesian mediation analysis approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, May 2020. Doi: 10.1111/jir.12733
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., & Elbert, T. (2007). KIDNET-Narrative Expositionstherapie für Kinder. Ersch. in: Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen / Hrsg. von Markus Landolt. Göttingen, Hogrefe, 2008, S. 84-109.
- Ryan, R. (2000). Post-traumatic stress disorder in persons with developmental disabilities. In: Pointdexter, A. (Ed.), *Assessment and treatment of anxiety disorders in persons with mental retardation: Revised and updated for 2000*. Kingston, New York.
- Sansour, T. & Reuner, G. (2018). Psychische Störungen im Kontext genetischer Syndrome mit geistiger Behinderung. In: *Psychische Störungen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Grundlagen und Handlungsoptionen in Schule und Unterricht*. Hrsg. Von Mohr, L. & Schäfer, H., Beltz.
- Sappok, T. & Feuerherd, C. (2018). Red Flags für die psychiatrische Vorstellung. In: *Psychische Störungen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Grundlagen und Handlungsoptionen in Schule und Unterricht*. Hrsg. Von Mohr, L. & Schäfer, H., Beltz.
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., Wöller, W. (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59783-5_1
- Schäfer, I. & Lotzin, A. (2019). Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. In: Seidler, G.H., Freyberger, H.J., Glaesmer, H., Gahleitner, S.B. *Handbuch der Psychotraumatologie* (Hrsg.).
- Schauer, M., Elbert, T., Gotthardt, S., Rockstroh, B. Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Wiedererfahrung durch Psychotherapie modifiziert Geist und Gehirn,

- Verhaltenstherapie, 2006, 16, 96-103. <https://pdfs.semanticscholar.org/b6e1/25d461f9f911f87463f2cc8068948ec962db.pdf> Zugriff am 11.02.2019.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). Narrative Exposure Therapy. A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorder. Hogrefe.
- Schauer, M. (2013). Gefangen im Damals: Trauma und Traumafolgestörungen. Präsentation anlässlich der 1. Impulstagung „Trauma und Behinderung“ in CH-Ilhau, 11.2013.
- Schauer, M. & Ruf-Leuschner, M. (2014). Lifeline in der Narrativen Expositionstherapie. Psychotherapeut, 2014. 59:226-238. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00278-014-1041-9> Online publiziert: 22. Mai 2014. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014. Zugriff am 21.02.2019.
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2017). Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET). In book: Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents. 228-250. https://www.researchgate.net/publication/313692769_Narrative_Exposure_Therapy_for_Children_and_Adolescents_KIDNET . DOI: 10.1007/978-3-319-46138-0_11 Zugriff am 18.02.2019.
- Schrötte, M. (Ed.). (2012). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland: Kurzfassung (Stand: März 2012). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Department des Inneren (2014). Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html> Zugriff am 12.05.19
- Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Department des Inneren (2019). Behindertenorganisationen Schweiz. <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/links/behindertenorganisationen-schweiz.html> Zugriff am 03.08.19.
- Schweizerische Eidgenossenschaft, Bundesamt für Statistik (2019). Menschen mit Behinderung. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/behinderungen.html> Zugriff am 03.08.19.

- Senn, C.Y. (1988). Chapter 1: Prevalence of child sexual abuse. In: *Vulnerable: Sexual abuse and people with in intellectual handicap*. G. Allan Roeher institute, Ontario, Canada pp. 1-8.
- Senckel, B. (1998). *Du bist ein weiterer Baum – Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung*. München, Beck.
- Senckel, B. (2007). Wunden, die die Zeit nicht heilt. *Trauma und geistige Behinderung*. *Geistige Behinderung* 47, 3/08, 246, 256.
- Senckel, B. & Luxen, U. (2015). Grundsätze der „Entwicklungsfreundlichen Beziehung“, Juli 2015. Internes Weiterbildungsmaterial Wohnheim Tilia
- Senckel, B. & Luxen, U. (2017). *Der Entwicklungsfreundliche Blick. Entwicklungsdiagnostik bei normal begabten Kinder und Menschen mit Intelligenzminde- rung*.
- Sinason, V. (2000) *Geistige Behinderung und die Grundlagen des menschlichen Seins*. Berlin. Luchterhand.
- Sobsey, D. & Doe, T. (1991). Patterns of sexual abuse and assault. *Sexuality and Disability*, 9 (3): 243-259.
- Sobsey, D. & Varnhagen, C. (1989). Sexual abuse and exploitation of disabled individuals. In C.R. Bagley & R.J. Thomlison (Eds), *Child Sexual Abuse: Critical Perspectives on Prevention, Intervention and Treatment* (pp.203-216). Toronto, Canada: Wall & Emerson, Inc.
- Spinazzola, J, Cook, A., Cloitre, M., Kagan, R. et al. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents, *Psychiatry Annals*, May 2005. DOI: 10.3928/00485713:20050501-05
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H.J., & Grabe, H.J. (2007). «Pathologische Dissoziation» - ein sinnvolles Konzept? *Trauma und Gewalt*, 1, 34-44
- Spitzer, C., & Freyberger, H.J., (2019). Theorien zum Verständnis der Dissoziation. In: Seidler, H.S., Freyberger, H.J., Glaesmer, H., & Gahleitner, S.B. (Hrsg.). *Handbuch der Psychotraumatologie*, Klett-Cotta
- Statistisches Bundesamt (2019). *Kindeswohlgefährdungen 2018: Jugendämter melden 10% mehr Fälle*. Pressemitteilung Nr. 337 vom 06. September 2019. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/09/PD19_337_225.html, Zugriff am 11.09.19
- Steele, K., Boon, S., & Van der Hart, O. (2017). *Die Behandlung traumabasierter Dissoziation. Eine praxisorientierte, integrative Vorgehensweise*. Probst.

- Stiftung Linda. <https://www.stiftung-linda.ch/unsere-aktivitaeten/praevention.html> Zugriff am 11.11.2018
- Stimmungsflip der Pro Juventute, Schweiz: <https://shop.projuventute.ch/de/A~UBRV-6101/0~0~1/Stimmungsflip?hl=2&hi=220>. Zugriff am 01.08.2018.
- Streeck-Fischer, A. (2019). Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Seidler, H.S., Freyberger, H.J., Glaesmer, H., & Gahleitner, S.B. (Hrsg.). Handbuch der Psychotraumatologie, Klett-Cotta
- Sullivan, P.M. & Knutson, J.F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24 (10): 1257-1273.
- Summit, R.C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect*. 7, 177-193.
- Teicher, M.H., & Parigger, A. (2011). Modified Adverse Childhood Experience Scale, version 0.9; inspired by the ACE Scale. In: Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, Th. (Eds.), *Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders (2nd ed.)*. Cambridge, MA/Göttingen: Hogrefe Publishing.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 27,96-104.
- Tomasulo, D. J. & Razza, N. J. (2007). Posttraumatic stress disorders. In R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki, & M. First (Eds.), *Diagnostic manual--intellectual disability: A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability (pp. 365-378)*. Kingston, NY: National Association for the Dually Diagnosed.
- Tschan, W. (2012). *Sexualisierte Gewalt: Praxishandbuch zur Prävention von sexuellen Grenzverletzungen bei Menschen mit Behinderungen (1. Aufl.)*. Bern: Huber.
- Tschan, W. (2013). „Institutionen sind Hochrisikobereiche“. *Infos INSOS*, April 2013, S. 6.
- Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (2018, S. 7-8). *Sexueller Kindesmissbrauch an Menschen mit Behinderung: Die sechsten Werkstattgespräche*. <https://www.aufarbeitungskommission.de/meldung-22-11-2018-sexueller-kindesmissbrauch-an-menschen-mit-behinderung/> Zugriff am 09.10.19

- Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs. Geschichten die zählen. Ein Flyer in Leichter Sprache (2019). https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/2019/08/Aufarbeitungskommission_Geschichten_Flyer_leichte_Sprache.pdf Zugriff am 24.09.19
- UN-Behindertenrechtskonvention <https://www.behindertenrechtskonvention.info/> Zugriff am 12.05.2019
- Unfried, N. (2017). Frühe komplexe Traumata im Kindesalter. Präsentation an der 3. Impulstagung Tilia, 02.11.2017. https://sozialamt.zh.ch/internet/sicherheitsdirektion/sozialamt/de/aktuell/mitteilungen/2017/referate-3--impulstagung--traumapaedagogik--vom-2-11-2017/_jcr_content/contentPar/download-list/downloaditems/609_1510038765788.spooler.download.1510038686747.pdf/N.+Unfried_pv2_szenisches_handeln_verstehen_therap._Begegnung_mit_komplex_Traumatisierten.pdf Zugriff am 04.03.19
- Urwyler, C. (2014). Bestandesaufnahme der Anlauf- und Fachstellen sexuelle Gewalt. Bericht zuhanden des Auftraggebers (Auftrag der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe Charta Prävention) (p. 69). Bern: Berner Fachhochschule Wirtschaft, Gesundheit, Soziale Arbeit. Retrieved from http://www.charta-praevention.ch/cms161/userfiles/downloads/Bericht_Anlauf-%20und%20Fachstelle%20sexuelle%20Gewalt.pdf
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2008). Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung. Junfermann.
- Van der Kolk, B.A. (2009). Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 8, S. 572-586
- Van der Kolk, B. (2015). Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen.
- Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Mink, E., van der Helm, P., Lindauer, R., & Moonen, X. (2018). Adverse Childhood Experiences in Children with Intellectual Disabilities: An Exploratory Case-File Study in Dutch Residential Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2018, 15, 2136; doi:10.3390/ijerph15102136

- Voß, T. (2010). Besonderheiten in der Diagnostik von Traumafolgestörungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*. Edition Bentheim. Heft 2, Dez. 2010.
- Weisaeth, L. (1989). Torture of a Norwegian ship's crew. The torture, stress reactions and psychiatric after-effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.* 355, 63-72.
- Westat, Inc. (1991). *A Report on the Maltreatment of Children with Disabilities*, U.S. Department of Health and Human services. Washington, D.C.
- Westat, Inc. (1993). *A Report on the Maltreatment of Children with Disabilities*, U.S. Department of Health and Human services. Washington, D.C.
- Whitaker, S., & Read, S. (2006). The prevalence of psychiatric disorders among people with intellectual disabilities: An analysis of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19: 330-345.
- White, M., Nichols, C.N., Cook, R.S., Spengler, P.M., Walker, B.S., & Look, K.K. (1995). Diagnostic Overshadowing and Mental retardation: A Meta-Analysis. *American Journal of Mental Retardation*, Vol. 100, No. 3, 293-298.
- Wigham, S., Hatton, C., & Taylor, J.L. (2011). The Lancaster and Northgate Trauma Scales (LANTS): The development and psychometric properties of a measure of trauma for people with mild to moderate intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 32(6):2651-9.
- WHO (2018): "WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11)" [https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)) Zugriff am 13.01.2019
- Zemp, A. & Pircher, E. (1996). *Weil das alles weh tut mit Gewalt: sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung; eine Studie*. Wien: Bundeskanzleramt, Abr. 1,10, Grundsatzabt., für Frauenangelegenheiten.
- Zemp, A., Pircher, E., & Schoibl, H. (Eds.). (1997). *Sexualisierte Gewalt im behinderten Alltag: Jungen und Männer mit Behinderung als Opfer und Täter; Projektbericht*. [Wien]: Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz.

7. Anhang:

7.1. Anhang I: Verzeichnis der Akronyme

ACE	Adverse Childhood Experiences
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit/-Hyperaktivitätsstörung
AG	Arbeitsgruppe
APA	American Psychological Association
BEP-KI	Befindlichkeitsorientiertes Entwicklungs-Profil für normal begabte Kinder und Menschen mit Intelligenzminderung
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CPS	Child Protective Service
CTTF	Complex Trauma Task Force
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
DESNOS	Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGSGB	Deutsche Gesellschaft für Seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung
DIFGB	Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIS	Dissoziative Identitätsstörung
DM-ID	Diagnostic Manual-Intellectual Disability
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
IAP	Internationales Adoptionsprojekt-Team
ID	Intellectual Disability
ICD	International Classification of Diseases
IES-IDs	Impact of Event Scale–Intellectual Disabilities
ISSD	International Society for the Study of Dissociation
KERF	belastende Kindheitserfahrungen
KESR	Kindes- und Erwachsenenschutzrecht
kPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
LANTS	Lancaster and Northgate Trauma Scale
MACE	Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure
NCTSN	National Child Traumatic Stress Network
NET	Narrative Expositionstherapie
ODD	Oppositional-Defiant Disorder

PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
PTSS-10	Posttraumatische Stress Skala
SVV	Selbstverletzende Verhaltensweisen
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
VIMH	Violence-Induced Mental-Handicap
WHO	World Health Organization

7.2. Anhang II: Intelligenzstörungen nach ICD 10 (DIMDI, ICD-10-GM Version 2018).

Intelligenzstörungen werden mit den Ziffern F70-F79 kodiert.

Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fertigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten.

Der Schweregrad einer Intelligenzstörung wird übereinstimmungsgemäß anhand standardisierter Intelligenztests festgestellt. Diese können durch Skalen zur Einschätzung der sozialen Anpassung in der jeweiligen Umgebung erweitert werden. Diese Messmethoden erlauben eine ziemlich genaue Beurteilung der Intelligenzstörung. Die Diagnose hängt aber auch von der Beurteilung der allgemeinen intellektuellen Funktionsfähigkeit durch einen erfahrenen Diagnostiker ab.

Intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung können sich verändern. Sie können sich, wenn auch nur in geringem Masse, durch Übung und Rehabilitation verbessern. Die Diagnose sollte sich immer auf das gegenwärtige Funktionsniveau beziehen.

Sollten begleitende Zustandsbilder, wie Autismus, andere Entwicklungsstörungen, Epilepsie, Störungen des Sozialverhaltens oder schwere körperliche Behinderung angegeben werden, sind zusätzliche Schlüsselnummern zu benutzen.

Die folgenden vierten Stellen sind bei den Kategorien F70-F79 zu benutzen, wenn das Ausmaß der Verhaltensstörung beschrieben werden soll:

- .0 Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
- .1 Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
- .8 Sonstige Verhaltensstörung
- .9 Ohne Angabe einer Verhaltensstörung

F70.- Leichte Intelligenzminderung

IQ- Bereich von 50-69 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren). Lernschwierigkeiten in der Schule. Viele Erwachsene können arbeiten, gute Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.

Inkl.: Debilität, Leichte geistige Behinderung

F71.- Mittelgradige Intelligenzminderung

IQ-Bereich von 35-49 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren). Deutliche Entwicklungsverzögerung in der Kindheit. Die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsmöglichkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.

Inkl.: Mittelgradige Intelligenzminderung

F72.- Schwere Intelligenzminderung

IQ-Bereich von 20-34 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren). Andauernde Unterstützung ist notwendig.

Inkl.: Schwere geistige Behinderung

F73.- Schwerste Intelligenzminderung

IQ unter 20 (bei Erwachsenen Intelligenzalter unter 3 Jahren). Die eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt

Inkl.: Schwerste geistige Behinderung

F74.- Dissoziierte Intelligenz

Es besteht eine deutliche Diskrepanz (mindestens 15 IQ-Punkte) z.B. zwischen Sprach-IQ und Handlungs-IQ.

F78.- Andere Intelligenzminderung

Diese Kategorie soll nur verwendet werden, wenn die Beurteilung der Intelligenzminderung mit Hilfe der üblichen Verfahren wegen begleitender sensorischer oder körperlicher Beeinträchtigungen besonders schwierig, oder unmöglich ist, wie bei Blinden, Taubstummen, schwer verhaltensgestörten oder körperlich behinderten Personen.

F79.- Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

Die Informationen sind nicht ausreichend, die Intelligenzminderung in eine der oben genannten Kategorien einzuordnen.

Inkl.: Geistig: Behinderung o.n.A., Defizite o.n.A.“

7.3. Anhang III: Traumadiagnosen

Quelle: S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F 43.1 (Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, Ch., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W., 2011, S. 202-210).

Synonyme: PTBS- Posttraumatische Belastungsstörung oder PTSD- Post Traumatic Stress Disorder

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine spezifische Form einer Traumafolgestörung. Verwandte Störungsbilder sind:

Akute Belastungsreaktion ICD 10: F 43.0

Anpassungsstörung ICD 10: F 43.2

Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung ICD 10: F 62.0...“

„Die umfangreichen Folgen, einer durch Traumatisierung gestörten Persönlichkeitsentwicklung, werden unter den Begriffen „Komplexe Traumafolgestörung“, „Developmental Trauma Disorder“ oder „Komplexe Präsentation einer Posttraumatischen Belastungsstörung“ diskutiert.

Weitere Traumafolgestörungen sind:

Dissoziative Störungsbilder F 44

Somatoforme Schmerzstörung F 45.4

Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline)
F 60.3...“

Der ICD-10 differenziert Traumadiagnosen wie folgt (DIMDI, ICD-10-GM Version 2018):

F43.0: Akute Belastungsreaktion

F43.1: Posttraumatische Belastungsreaktion

F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

F43.0: Akute Belastungsreaktion

Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen

bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von "Betäubung", mit einer gewissen Bewusstseinsengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor, siehe F44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F44.0) bezüglich dieser Episode kann vorkommen. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden.

Inkl.:

Akut:

- Belastungsreaktion
- Krisenreaktion
- Kriegsneurose
- Krisenzustand
- Psychischer Schock“

F43.1: Posttraumatische Belastungsreaktion

„Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren wie bestimmte, z.B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.

Inkl.:

Traumatische Neurose“

F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (DIMDI, ICD-10-GM Version 2018)

In der ICD-10 kann eine komplexe Traumafolgestörung (DESNOS) unter F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung diagnostiziert werden:

„Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmaßes folgen. Die Belastung muss extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tief greifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden muss. Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl, gekennzeichnet. Eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) kann dieser Form der Persönlichkeitsänderung vorausgegangen sein.

Inkl.:

Persönlichkeitsänderungen nach:

- andauerndem Ausgesetztsein lebensbedrohlicher Situationen, etwa als Opfer von Terrorismus
- andauernder Gefangenschaft mit unmittelbarer Todesgefahr
- Folter
- Katastrophen
- Konzentrationslagererfahrungen

Exkl.:

Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)“

Die Dissoziative Identitätsstörung, die komplexeste Traumafolgestörung, wird im ICD-10 unter F44.81 Multiple Persönlichkeitsstörung kodiert.

F44.81 multiple Persönlichkeitsstörung (ISSD):**«Klinisch-diagnostische Leitlinien:**

Diese Störung ist selten, und es wird kontrovers diskutiert, in welchem Ausmaß sie iatrogen oder kulturspezifisch ist. Das grundlegende Merkmal ist das offensichtliche Vorhandensein von zwei oder mehr verschiedenen Persönlichkeiten bei einem Individuum. Dabei ist zu einem Zeitpunkt jeweils nur eine sichtbar. Jede Persönlichkeit ist vollständig, mit ihren eigenen Erinnerungen, Verhaltensweisen und Vorlieben. Diese können in deutlichem Kontrast zu der prämorbidem Persönlichkeit stehen. Bei der häufigsten Form mit zwei Persönlichkeiten ist meist eine von beiden dominant, keine hat Zugang zu den Erinnerungen der anderen, und die eine ist sich der Existenz der anderen fast niemals bewusst. Der Wechsel von der einen Persönlichkeit zur anderen vollzieht sich beim ersten Mal gewöhnlich plötzlich und ist eng mit traumatischen Erlebnissen verbunden. Spätere Wechsel sind oft begrenzt auf dramatische oder belastende Ereignisse oder treten in Therapiesitzungen auf, in denen der Therapeut Hypnose oder Techniken zur Entspannung oder zum Abreagieren anwendet.

Forschungskriterien:

- A. Zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums, von denen zu einem bestimmten Zeitpunkt jeweils nur eine nachweisbar ist.
- B. Jede Persönlichkeit hat ihr eigenes Gedächtnis, ihre eigenen Vorlieben und Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen.
- C. Unfähigkeit, wichtige persönliche Informationen zu erinnern, was für eine einfache Vergesslichkeit zu ausgeprägt ist.

Nicht bedingt durch eine organische psychische Störung (F00-F09) (z.B. eine Epilepsie) oder durch psychotrope Substanzen (F10-F19) (z.B. Intoxikation oder Entzugssyndrom)“.

DESNOS (Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified), APA (American Psychiatric Association), 1996 (Kühler, Stachetzki, 2005; Hermann, 2014)

- A Störungen der Regulation des affektiven Erregungsniveaus
 - a. Chronische Affektdysregulation
 - b. Schwierigkeiten, Ärger zu modulieren
 - c. Selbstdestruktives und suizidales Verhalten
 - d. Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit
 - e. Impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen
- B Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewusstsein
 - a. Amnesie
 - b. Dissoziation
- C Somatisierung
- D Chronische Persönlichkeitsveränderungen
 - a. Änderungen in der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle

- b. Selbstvorwürfe; Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden
 - c. Änderungen in der Wahrnehmung des Schädigers: verzerrte Sichtweisen und Idealisierungen des Schädigers
 - d. Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen
 - i. Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen zu anderen aufrechtzuerhalten
 - ii. Tendenz, erneut Opfer zu werden
 - iii. Tendenz, andere zum Opfer zu machen
- E Veränderungen in den Bedeutungssystemen
- a. Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
 - b. Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen

Diagnosevorschlag: «Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung» (Developmental Trauma Disorder), Van der Kolk (2009, 2014, S. 428 ff)

„A: *Exposition*. Das Kind oder der Jugendliche hat mehrfach oder über längere Zeit selbst oder als Zeuge schädliche Ereignisse erlebt, und zwar mindestens über ein Jahr, beginnend in der Kindheit oder zu Anfang der Adoleszenz. Dazu können zählen:

- A.1. Das direkte eigene Erleben oder Miterleben (als Zeuge) wiederholter und schwerwiegender Episoden interpersoneller Gewalt; und
- A.2. Signifikante Beeinträchtigungen beschützender Betreuung infolge wiederholter Wechsel der primären Betreuer; wiederholte Trennung vom primären Betreuer; oder Erleben schwerwiegender und anhaltender emotionaler Misshandlung.

B: *Affektive und physiologische Dysregulation*. Beim Kind sind Beeinträchtigungen wichtiger grundlegender Kompetenzen, beispielsweise hinsichtlich der Erregungssteuerung. Dabei müssen mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- B.1. Unfähigkeit extreme affektive Zustände (z.B. Furcht, Wut, Scham) zu modulieren, zu tolerieren und aufzulösen, einschließlich langwieriger und extremer Wutanfälle oder Erstarrungszustände.
- B.2. Störungen der Fähigkeit, Körperfunktionen zu regulieren (z.B. anhaltende Störungen des Schlafes, der Nahrungsaufnahme und der Ausscheidung; übermäßig starke und ungewöhnlich schwache Reaktion auf Berührungen und Geräusche; Desorganisation bei regelmäßig vorkommenden

Situationswechseln.

B.3. Verringertes Gewahrsein oder Dissoziation von Empfindungen, Emotionen und Körperzuständen.

B.4. Beeinträchtigungen der Fähigkeit, Emotionen oder Körperzustände zu beschreiben.

C: Aufmerksamkeits- und Verhaltensdysregulation. Beim Kind ist eine Beeinträchtigung der normalen Entwicklung bestimmter Grundkompetenzen zu erkennen, die längere Aufmerksamkeit, die Lernfähigkeit sowie die Fähigkeit der Stressbewältigung betreffen, wobei mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen:

C.1. Ständige Beschäftigung mit Bedrohungen oder Beeinträchtigung der Fähigkeit, Gefahren zu erkennen, was die Unfähigkeit, Anzeichen für Sicherheit und Gefahr richtig zu deuten, einschließt.

C.2. Beeinträchtigung der Fähigkeiten, sich selbst zu schützen, was die Neigung, sich selbst in gefährliche Situationen zu begeben, einschließt.

C.3. Dysfunktionale Versuche der Selbstberuhigung (z.B. Schaukelbewegungen oder andere rhythmische Bewegungen, zwanghaftes Masturbieren).

C.4. Gewohnheitsmäßige (absichtliche oder automatische) Selbstschädigung.

C.5. Unfähigkeit, zielgerichtetes Verhalten zu initiieren oder aufrechtzuhalten.

D: Dysregulation bezüglich der eigenen Person oder in Beziehungen. Beim Kind ist eine Störung der normalen Entwicklung bestimmter Grundkompetenzen zu erkennen, welche die persönliche Identität und das Sich-Einlassen auf Beziehungen betreffen, wobei mindestens drei der folgenden Faktoren gegeben sein müssen:

D.1. Starke Fixierung auf die Sicherheit der primären Bezugsperson oder anderer geliebter Menschen (einschließlich frühreifer Fürsorge) oder Schwierigkeiten, nach einer Trennung das Wiederzusammensein mit ihnen zu ertragen.

D.2. Anhaltende negative Selbstsicht, einschließlich Selbstekel, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit, Ineffektivität oder Unzulänglichkeit.

D.3. Extremes und anhaltendes Misstrauen, Trotz oder Mangel an Gegenseitigkeit (reziprokem Verhalten) in engen Beziehungen zu Erwachsenen oder Gleichaltrigen.

D.4. Aggressive körperliche oder verbale Reaktionen gegenüber Gleichaltrigen, Bezugspersonen oder anderen Erwachsenen.

D.5. Inadäquate (exzessive oder promiskuitive) Versuche, intime Kontakte herzustellen (was sexuelle oder körperliche Intimität einschließen kann aber nicht muss) oder exzessives Zufluchtnehmen bei Gleichaltrigen oder Erwachsenen, mit dem Ziel, von ihnen geschützt und bestätigt zu werden.

D.6. Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Regulierung mitfühlenden Arousal, als Ausdruck eines Mangels an Empathie oder einer Form von Intoleranz oder übertrieben starker Reaktionen gegenüber dem Ausdruck von Leiden anderer.

E. *Symptome des posttraumatischen Spektrums*. Das Kind lässt mindestens ein Symptom in mindestens zwei der drei PTBS-Symptomcluster B, C & D erkennen.

F. *Dauer der Störung*. (Symptome siehe Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung (ETS), Kriterien B,C,D und E. Mindestens 6 Monate.

G. *Funktionelle Beeinträchtigung*. Die Störung verursacht klinisch signifikantes Leiden oder entsprechende Beeinträchtigungen in mindestens zwei der folgenden Funktionsbereiche:

> Schule

> Familie

> Peer-Gruppe

> Gesetz und Recht

> Beruf (für den betroffenen Jugendlichen, der eine Arbeit sucht oder angeboten bekommt oder der Freiwilligenarbeit macht oder eine Berufsausbildung absolviert).

7.4. Anhang IV: KERF- Ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen

Einführende Fragen zur Skala *Belastende Kindheitserfahrungen (KERF)*¹

Zunächst möchten wir Ihnen einige Fragen zu **Ihnen, Ihrer Familie** und den **Menschen mit denen Sie in Ihrer Kindheit und Jugend zusammenleben** stellen.

E1: Wie alt sind Sie? _____ Jahre

Welches Geschlecht haben Sie?

männlich₀ weiblich₁

E2: Welche Personen gehören in Ihrer Kindheit und Jugend (1. bis einschließlich 18. Lebensjahr) zu Ihrer Familie?

- Mutter
- Stiefmutter
- Vater
- Stiefvater
- Geschwister
- Stiefgeschwister
- Oma/Großmutter
- Opa/Großvater
- Pflegeeltern/ Adoptiveltern
- Pflegegeschwister/ Adoptivgeschwister
- sonstige Verwandte: _____
- sonstige Personen (z.B. Betreuer in Einrichtung): _____

E3: Wer war in Ihrer Kindheit und Jugend (1. bis einschließlich 18. Lebensjahr) Ihre Hauptbezugsperson?

- Mutter
- Stiefmutter
- Vater
- Stiefvater
- Geschwister
- Stiefgeschwister
- Oma/Großmutter
- Opa/Großvater
- Pflegeeltern/ Adoptiveltern
- Pflegegeschwister/Adoptivgeschwister
- sonstige Verwandte: _____
- sonstige Personen (z.B. Betreuer in Einrichtung oder Nachbarn): _____

¹(engl. MACE, composed by Teicher, McLean Hospital/Harvard Medical School)
Deutsche Version von: Isele, Parigger, Ruf, Elbert & Schauer (Universität Konstanz)

E4: Mit wem haben Sie in Ihrer Kindheit und Jugend (1. bis einschließlich 18. Lebensjahr) alles zusammengewohnt? Bitte nennen Sie hier nur Personen, mit denen Sie mindestens einige Jahre zusammenlebten. Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter.

Mutter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

Vater

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

Geschwister

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

neuer Partner der Mutter /Stiefvater

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

wechselnde Partner der Mutter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

neue Partnerin des Vaters/Stiefmutter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

wechselnde Partnerinnen des Vaters

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

Stiefgeschwister (Kinder der/des neuen Partnerin/s von Mutter oder Vater)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

Pflegegeschwister/ Adoptivgeschwister

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

Großmutter

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

Großvater

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

sonstige Verwandte: _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

Pflegeeltern/ Adoptiveltern

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

sonstige Personen (z.B. Betreuer in Einrichtung): _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

E5: Außer Ihnen persönlich lebten keine weiteren Kinder (keine Geschwister, Stief-/Pflegegeschwister, etc.) **im Haushalt.** Ja₁ Nein₀

E6: Hatten Sie in Ihren ersten 18 Lebensjahren eine(n) Partner(in)? Ja₁ Nein₀

Bitte kennzeichnen Sie jedes für Sie zutreffende Alter.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

¹ (engl. MACE, composed by Teicher, McLean Hospital/Harvard Medical School)
Deutsche Version von: Isele, Parigger, Ruf, Elbert & Schauer (Universität Konstanz)

1A & B. Selbst erlebte emotionale, körperliche und sexuelle Gewalt durch Eltern oder Geschwister

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **emotionale, körperliche und sexuelle Gewalt**, die der Interviewee **jedemal** im Verlauf seiner Kindheit und Jugend (den ersten 18 Lebensjahren) **durch mit im Haushalt lebende Erwachsene und Kinder** erfahren hat. Bitte schließen Sie hier die Informationen aus den einführenden Fragen mit ein.

Die folgenden Fragen umfassen belastende Erfahrungen, die Sie jemals in Ihren ersten 18 Lebensjahren mit im Haushalt lebenden Erwachsenen oder Kindern gemacht haben.

	Emotionale Gewalt durch	
	(A) Eltern	(B) Geschwister
1. Beschimpfte(n) sie Sie oder sagte(n) sie verletzende Dinge zu Ihnen, wie Sie seien "dick", "hässlich", "dumm", usw., und zwar mehr als nur wenige Male im Jahr ?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
2. Schrie(n) oder brüllte(n) sie Sie mehr als nur wenige Male im Jahr an?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
3. Schloss(en) sie Sie in einem Schrank, einem Speicher, einem Keller, einer Garage oder einem anderen, womöglich auch sehr engen, dunklen Ort ein ?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
4. Drohte(n) sie fortzugehen oder Sie zu verlassen?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
5. Konnte(n) sie nur sehr schwer zufriedengestellt werden?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
	Körperliche Gewalt durch	
	(A) Eltern	(B) Geschwister
6. Schubste(n), packte(n), stieß(en), ohrfeigte(n), kniff(en) sie Sie absichtlich, schlug(en) sie Sie mit der Faust oder trat(en) sie nach Ihnen?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
7. Schlug(en) sie Sie mit der offenen Hand auf Gesäß, Arme oder Beine?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
8. Schlug(en) sie Sie mit einem Gegenstand, wie z.B. einem Riemen, einem Gürtel, einer Bürste, einem Stock, einem Rohr, einem Besen, einem Kochlöffel, usw.?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
9. Schlug(en) oder misshandelte(n) sie Sie in anderer Form so stark, dass Sie dadurch körperlich verletzt wurden? <i>Item soll Verletzungen in Form von mehr als ein paar Minuten überdauernden Spuren auf dem Körper, bis hin zu Verletzungen, die ärztlicher Versorgung bedurften oder bedurft hätten, umfassen.</i>	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
	Sexuelle Gewalt durch	
	(A) Eltern	(B) Geschwister
10. Berührte(n) oder begrabschte(n) sie Ihren Körper auf eine sexuelle Art und Weise?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
11. Brachte(n) sie Sie dazu, deren Körper (den Körper des Erwachsenen/des Kindes) auf eine sexuelle Art und Weise zu berühren?	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀
12. Hatte(n) sie in irgendeiner Form (oral, anal oder vaginal) Geschlechtsverkehr mit Ihnen? <i>Item umfasst: Einführen von Penis oder Gegenständen in die Scheide, den After oder den Mund.</i>	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀	<input type="radio"/> Ja ₁ <input type="radio"/> Nein ₀

Um die Lesbarkeit und Verständlichkeit der Items zu gewährleisten wurde bei der Ausformulierung teilweise auf eine erschöpfende Berücksichtigung der jeweiligen männlichen und weiblichen Singular- und Pluralformen verzichtet.

2. Selbst erlebte sexuelle Gewalt durch nicht im Haushalt lebende Erwachsene

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **sexuelle Gewalt**, die der Interviewte **jemals** im Verlauf seiner Kindheit und Jugend (den ersten 18 Lebensjahren) **durch sämtliche nicht mit im Haushalt lebende erwachsene Personen** erfahren hat.

Manchmal tun andere Erwachsene oder ältere **NICHT** mit im Haushalt lebende Personen verletzende Dinge. Die folgenden Fragen umfassen belastende Erfahrungen, die Sie jemals in Ihren ersten 18 Lebensjahren mit **NICHT** mit im Haushalt lebenden Erwachsenen gemacht haben.

*Sexuelle Gewalt durch
nicht mit im Haushalt lebende
Erwachsene*

13. Berührte(n) oder begrabschte(n) sie Ihren Körper auf eine sexuelle Art und Weise? Ja₁ Nein₀
14. Brachte(n) sie Sie dazu, deren Körper (den Körper des Erwachsenen) auf eine sexuelle Art und Weise zu berühren? Ja₁ Nein₀
15. Hatte(n) sie in irgendeiner Form (oral, anal oder vaginal) Geschlechtsverkehr mit Ihnen? *Item umfasst: Einführen von Penis oder Gegenständen in die Scheide, den After oder den Mund* Ja₁ Nein₀

3. Bezeugte Gewalt der Eltern gegenüber den Geschwistern

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **emotionale, körperliche und sexuelle Gewalt an mit im Haushalt lebenden Kindern durch mit im Haushalt lebende Erwachsene, die der Interviewte** im Verlauf seiner Kindheit und Jugend (seinen ersten 18 Lebensjahren) **jemals bezeugt** hat. Bitte schließen Sie hier die Informationen aus den einführenden Fragen mit ein.

Manchmal tun mit im Haushalt lebende Erwachsene Dinge, die andere mit im Haushalt lebenden Kinder verletzen. Diese Fragen umfassen Erfahrungen in Ihren ersten 18 Lebensjahren, bei denen Sie gesehen oder gehört haben, dass mit im Haushalt lebende Kinder durch mit im Haushalt lebende Erwachsene folgendes erlebten.

*Bezeugte Gewalt an
Geschwistern*

- Haben Sie miterlebt, ..
16. ... wie Ihren/m Geschwister(n)/mit im Haushalt lebendem/n Kind(ern) **angedroht wurde(n), sie/ihn zu verletzen?** Ja₁ Nein₀
17. ... wie Ihr(e) Geschwister /mit im Haushalt lebende(s) Kind(er) **absichtlich geschubst, gepackt, gestoßen, geohrfeigt, gekniffen, mit der Faust geschlagen oder mit dem Fuß getreten wurde(n)?** Ja₁ Nein₀

Um die Lesbarkeit und Verständlichkeit der Items zu gewährleisten wurde bei der Ausformulierung teilweise auf eine erschöpfende Berücksichtigung der jeweiligen männlichen und weiblichen Singular- und Pluralformen verzichtet.

18. ... **wie Ihr(e) Geschwister** /mit im Haushalt lebende(s) Kind(er) **mit der offenen Hand auf Gesäß, Arme oder Beine geschlagen wurde(n)?** Ja₁ Nein₀
19. ... **wie Ihr(e) Geschwister** /mit im Haushalt lebende(s) Kind(er) **mit einem Gegenstand**, wie z.B. einem Riemen, einem Gürtel, einer Bürste, einem Stock, einem Rohr, einem Besen, einem Kochlöffel, usw. **geschlagen wurde(n)?** Ja₁ Nein₀
20. ... **wie Ihr(e) Geschwister** /mit im Haushalt lebende(s) Kind(er) **so stark geschlagen** oder in anderer Form misshandelt **wurde(n), dass er/sie dadurch körperlich verletzt wurde(n)?** *Item soll Verletzungen in Form von mehr als ein paar Minuten überdauernden Spuren auf dem Körper, bis hin zu Verletzungen, die ärztlicher Versorgung bedurften oder bedurft hätten, umfassen.* Ja₁ Nein₀
- 21a. ... **wie Ihr(e) Geschwister** /mit im Haushalt lebende(s) Kind(er) **durch ein Elternteil** /mit im Haushalt lebenden Erwachsenen **auf eine sexuelle Art und Weise berührt oder begrabscht wurde(n)?** Ja₁ Nein₀
- b. ... **wie Ihr(e) Geschwister** /mit im Haushalt lebende(s) Kind(er) **durch ein Elternteil** /mit im Haushalt lebenden Erwachsenen **dazu gebracht wurde(n) dessen Körper** (den Körper des Erwachsenen) **auf eine sexuelle Art und Weise zu berühren?** Ja₁ Nein₀
- c. **wie ein Elternteil** /mit im Haushalt lebender Erwachsener in irgendeiner Form (oral, anal oder vaginal) **Geschlechtsverkehr mit Ihren/m Geschwister(n)** /mit im Haushalt lebendem/n Kind(ern) **hatte(n)?** *Item umfasst Einführen von Penis oder Gegenständen in die Scheide, den After oder den Mund.* Ja₁ Nein₀

Mindestens ein Item zutreffend aus 21 a-c:
 Ja₁ Nein₀

4. Bezeugte körperliche Gewalt zwischen den Eltern

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **körperliche Gewalt zwischen mit im Haushalt lebenden Erwachsenen, die der Interviewte im Verlauf seiner Kindheit und Jugend (den ersten 18 Lebensjahren) jemals bezeugt hat.** Bitte schließen Sie hier die Informationen aus den einführenden Fragen mit ein.

Manchmal kommt es zu heftigem Streit oder körperlichen Auseinandersetzungen zwischen mit im Haushalt lebenden Erwachsenen. Diese Fragen umfassen Erfahrungen in Ihren ersten 18 Lebensjahren, bei denen Sie gesehen oder gehört haben, dass mit im Haushalt lebende Erwachsene folgendes erlebten.

Haben Sie miterlebt, ..

Bezeugte körperliche interparentale Gewalt

- ... **wie Ihre Eltern** /mit im Haushalt lebende Erwachsene **heftig stritten?** Ja₁ Nein₀
22. ... **wie mit im Haushalt lebende Erwachsene Ihre Mutter** /andere mit im Haushalt lebende Frau(en) **schubsten, packten, ohrfeigten, traten oder Dinge nach ihr/ihnen warfen?** Ja₁ Nein₀
23. ... **wie mit im Haushalt lebende Erwachsene Ihre Mutter** /andere mit im Haushalt lebende Frau(en) **so stark schlugen** oder in anderer Form misshandelte(n), **dass sie dadurch körperlich verletzt wurde(n)?** *Item soll Verletzungen in Form von mehr als ein paar Minuten überdauernden Spuren auf dem Körper, bis hin zu Verletzungen die ärztlicher Versorgung bedurften oder bedurft hätten umfassen.* Ja₁ Nein₀

Um die Lesbarkeit und Verständlichkeit der Items zu gewährleisten wurde bei der Ausformulierung teilweise auf eine erschöpfende Berücksichtigung der jeweiligen männlichen und weiblichen Singular- und Pluralformen verzichtet.

24.... **wie mit im Haushalt lebende Erwachsene Ihren Vater /anderen mit im Haushalt lebende(n) Mann (Männer) schubsten, packten, ohrfeigten, traten oder Dinge nach ihm/ihnen warfen?** Ja₁ Nein₀

25. ... **wie mit im Haushalt lebende Erwachsene Ihren Vater /anderen mit im Haushalt lebende(n) Mann (Männer) so stark schlugen oder in anderer Form misshandelte(n), dass er/sie** Ja₁ Nein₀

dadurch körperlich verletzt wurde(n)? *Item soll Verletzungen in Form von mehr als ein paar Minuten überdauernden Spuren auf dem Körper, bis hin zu Verletzungen, die ärztlicher Versorgung bedurften oder bedurft hätten umfassen.*

5A & B. Selbst erlebte emotionale, körperliche oder sexuelle Gewalt durch Gleichaltrige oder Partner

Die folgenden Fragen beziehen sich auf in den ersten 18 Lebensjahren **jedem selbst erlebte emotionale, körperliche und sexuelle Gewalt durch Gleichaltrige oder Partner**. Bitte schließen Sie hier die Informationen aus den einführenden Fragen mit ein. Sektion B entfällt, wenn der Interviewte in den ersten 18 Lebensjahren keinen Partner hatte.

Manchmal tun gleichaltrige oder ältere Kinder/Jugendliche verletzende Dinge, wie beispielsweise mobben oder schikanieren, manchmal sind es sogar die Menschen, mit denen wir in einer Partnerschaft sind, deren Verhalten sehr weh tut. Die folgenden Fragen umfassen belastende Erfahrungen, die Sie jemals in Ihren ersten 18 Lebensjahren mit Gleichaltrigen bzw. Partnern gemacht haben.

Gewalt durch Gleichaltrig
(A) Peers (B) Partner

26. **Beschimpfte(n) sie Sie oder sagte(n) sie verletzende Dinge zu Ihnen, wie Sie seien "dick", "hässlich", "dumm", usw., und zwar mehr als nur wenige Male im Jahr?** Ja₁ Nein₀ Ja₁ Nein₀

27. **Sprach(en) sie hinter Ihrem Rücken über Sie, erniedrigten Sie öffentlich, setzten Gerüchte über Sie in die Welt?** Ja₁ Nein₀ Ja₁ Nein₀

28. **Schluss(en) sie Sie aus Aktivitäten, Gruppen oder der Gemeinschaft aus?** Ja₁ Nein₀ Ja₁ Nein₀

29. **Schubste(n), packte(n), stieß(en), ohrfeigte(n), kniff(en) sie Sie absichtlich, schlug(en) sie Sie mit der Faust oder trat(en) sie nach Ihnen?** Ja₁ Nein₀ Ja₁ Nein₀

30. **Schlug(en) oder misshandelte(n) sie Sie in anderer Form so stark, dass Sie dadurch körperlich verletzt wurden?** *Item soll Verletzungen in Form von mehr als ein paar Minuten überdauernden Spuren auf dem Körper, bis hin zu Verletzungen, die ärztlicher Versorgung bedurften oder bedurft hätten umfassen.* Ja₁ Nein₀ Ja₁ Nein₀

Sexuelle Gewalt durch
(A) Peers (B) Partner

31. **Zwang(en) sie Sie zu sexuellen Aktivitäten gegen Ihren Willen?** *Gemeint ist ein Zwang zu sexueller Aktivität im Allgemeinen.* Ja₁ Nein₀ Ja₁ Nein₀

32. **Zwang(en) sie Sie dazu, sexuelle Dinge zu tun, die Sie nicht tun wollten?** *Gemeint ist ein Zwang zu bestimmter sexueller Praktik bei zunächst einvernehmlicher sexueller Aktivität.* Ja₁ Nein₀ Ja₁ Nein₀

6. Körperliche und emotionale Vernachlässigung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf in den ersten 18 Lebensjahren **jemals** erlebte **emotionale und körperliche Vernachlässigung**. Bitte schließen Sie hier die Informationen aus den einführenden Fragen mit ein.

Nun möchten wir Ihnen gerne noch einige Fragen zu Ihnen und Ihrer Familie (den Menschen, mit denen Sie in Kindheit und Jugend zusammenlebten) stellen. Bitte geben Sie an, ob die folgenden Aussagen auf Sie und Ihre Familie in Ihren ersten 18 Lebensjahren zutrafen.

33. Gab es eine Zeit, in der weder Ihre Mutter noch Ihr Vater (oder andere

Hauptbezugspersonen/elternähnliche Personen) **versuchte Ihre Gefühle zu verstehen und für Sie da zu sein?** Gemeint ist eine emotionale Nichtverfügbarkeit, trotz körperlicher Anwesenheit.

Nur dann mit "Ja" kreuzen, wenn **keine elterliche** (oder elternähnliche) Person emotional verfügbar war.

34. Gab es eine Zeit, in der weder Ihre Mutter noch Ihr Vater (oder andere Hauptbezugspersonen/ eltenähnliche Personen) **Zeit oder Lust hatte mit Ihnen zu sprechen?**

Nur dann mit "Ja" kreuzen, wenn **keine elterliche** (oder elternähnliche) Person mit dem Interviewten sprach.

Emotionale
Vernachlässigung

Ja₁ Nein₀

Ja₁ Nein₀

Körperliche
Vernachlässigung

35. Brachte Sie ein Elternteil oder eine elternähnliche Bezugsperson stets zum Arzt, falls es nötig war? Nur dann mit "Ja" kreuzen, wenn wenigstens **eine elterliche** (oder elternähnliche) Person dies stets tat.

r

Ja₁ Nein₀

36. Gab es eine Zeit, in der Sie nicht genug zu essen hatten?

Ja₁ Nein₀

37. Gab es eine Zeit, in der Sie ungewaschene Kleidung tragen mussten?

Ja₁ Nein₀

38. Gab ein Elternteil oder eine elternähnliche Bezugsperson stets auf Sie acht und beschützte Sie? Nur dann mit "Ja" kreuzen, wenn wenigstens **eine elterliche** (oder elternähnliche) Person dies stets tat.

r

Ja₁ Nein₀

Emotionale
Vernachlässigung

39. Gab ein Elternteil oder eine elternähnliche Bezugsperson Ihnen stets das Gefühl, geliebt zu werden? Nur dann mit "Ja" kreuzen, wenn wenigstens **eine elterliche** (oder elternähnliche) Person dies stets tat.

r

Ja₁ Nein₀

40. Gab ein Elternteil oder eine elternähnliche Bezugsperson Ihnen stets das Gefühl, wichtig und etwas Besonderes zu sein? Nur dann mit "Ja" kreuzen, wenn wenigstens **eine elterliche** (oder elternähnliche) Person dies stets tat.

r

Ja₁ Nein₀

7.5. Anhang V: PTSS-10

Die folgende Skala bezieht sich auf Ihr momentanes Befinden und fragt nach typischen Reaktionen, die bei vielen Menschen nach Belastungen auftreten können.

Markieren Sie bitte die Zahl, die das ausdrückt, was für Sie am ehesten zutrifft. Markieren Sie bitte die 0, wenn der Zustand nicht aufgetreten ist, die 1, wenn andeutungsweise, bis hin zur 6, wenn Sie immer mit dem Problem zu tun haben, und dies für Sie sehr belastend ist.

Ich habe in den letzten Tagen bzw. ich leide an ...

Schlafproblemen

0 nie	1	2	3	4	5	6 immer
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

Alpträume von einem belastenden Ereignis.

0 nie	1	2	3	4	5	6 immer
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

Depressionen, fühle mich bedrückt.

0 nie	1	2	3	4	5	6 immer
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

Schreckhaftigkeit, d.h. ich erschrecke leicht, wenn ich plötzlich Geräusche höre oder plötzliche Bewegungen wahrnehme.

0 nie	1	2	3	4	5	6 immer
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

das Bedürfnis, mich von anderen zurückzuziehen.

0 nie	1	2	3	4	5	6 immer
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

Gereiztheit, d.h. ich werde schnell gereizt oder ärgere mich.

0 nie	1	2	3	4	5	6 immer
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

Stimmungsschwankungen.

0 nie	1	2	3	4	5	6 immer
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

Ein schlechtes Gewissen, mache mir Selbstvorwürfe, habe Schuldgefühle.

0 nie	1	2	3	4	5	6 immer
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

Angst vor Stellen oder Situationen, die mich an das belastende Ereignis erinnern könnten.

0 nie	1	2	3	4	5	6 immer
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

Muskelverspannungen.

0 nie	1	2	3	4	5	6 immer
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

PTSS 10 Scoring

0 – 6 Pkte. Pro Item = Itemscore

Summe Item 1-10 = Summenscore

PTSS 10 Auswertung

Summenscore 0 – 23 = kein PTBS

24 – 35 = Verdacht auf PTBS

36 und mehr dringender Verdacht auf PTBS