

Trauma und Traumafolgestörung bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Verstehen, erkennen und behandeln

Walter J. Dahlhaus

Zusammenfassung

In den letzten Jahren ist das Wissen über psychische Traumatisierungen (sog. Psychotrauma) stetig gewachsen. Dies betrifft die Ursachen von Traumatisierungen, das Erkennen von Symptomen sowie therapeutische Möglichkeiten. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind diesbezüglich besonders vulnerabel, weil sie häufig eine Reizverarbeitungsschwäche haben, über mangelnde Coping-Strategien verfügen sowie Selbstwert und Selbstwirksamkeit oft nur eingeschränkt erleben. Zudem fällt es ihnen teilweise schwer, das Geschehene zu verstehen und zu verarbeiten. Es ist wesentlich, die häufig «versteckten» Symptome früh zu erkennen, um Betroffene adäquat therapeutisch unterstützen zu können.

Résumé

Ces dernières années, les connaissances sur les traumatismes psychiques (ou psychotraumatismes) n'ont cessé de progresser. Cela concerne les causes des traumatismes, la reconnaissance des symptômes et les possibilités thérapeutiques. Les personnes ayant une déficience intellectuelle sont particulièrement vulnérables à cet égard, car elles rencontrent souvent des difficultés à traiter les stimulus, manquent de stratégies d'adaptation et ont souvent une estime de soi et un sentiment d'auto-efficacité limités. De plus, elles ont parfois du mal à comprendre et à assimiler ce qui leur est arrivé. Il est essentiel de détecter de manière précoce les symptômes souvent « cachés », afin de pouvoir apporter un soutien thérapeutique adéquat aux personnes concernées.

Keywords: kognitive Beeinträchtigung, psychische Krankheit, Trauma, Therapie / déficience intellectuelle, maladie mentale, traumatisme, thérapie

DOI: <https://doi.org/10.57161/z2026-03-03>

Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, Jg. 32, 03/2026



Einführung

Psychische Erkrankungen wurden bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen lange Zeit zumindest teilweise übersehen. Der im Jahr 2023 verstorbene holländische Psychiater Anton Dosen leistete einen wesentlichen Beitrag dazu, dass sich dies änderte: «Im letzten Jahrzehnt wurde der große Rückstand der psychiatrischen Diagnostik und Behandlung von Menschen mit intellektueller Behinderung zum Teil aufgeholt» (Dosen, 2010, S. 1). Doch noch heute werden die Symptome einer spezifischen psychiatrischen Erkrankung oft als «Verhaltensstörungen» benannt und damit eine adäquate Therapie verhindert oder beeinträchtigt.

Das gilt für das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen, seien es Formen einer depressiven Störung, psychotische Erkrankungen, Angststörungen oder Zwangsstörungen, um nur einige zu nennen.¹ «Nach Angaben der WHO erkranken Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung drei- bis viermal so häufig an psychischen Störungen als die sogenannte Allgemeinbevölkerung» (Sappok, 2019, S. 23). So ist auch das Risiko einer Traumatisierung – und damit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) – bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen stark erhöht

¹ Die folgende Publikation behandelt die Thematik ausführlich: Dahlhaus, W. J. (2020). *Seelische Erkrankungen bei Menschen mit Behinderung. Ein Handbuch für Heilpädagogen und Angehörige*. Urachhaus.

(Gyseler & Aelig, 2017). Es ist deshalb wichtig, die Symptomatik bei Betroffenen früh zu erkennen, um so früh wie möglich therapeutische Massnahmen einzuleiten.

Diagnosestellung: Was ist ein Trauma?

Ursprünglich wurde der Begriff *Trauma* für eine körperliche Verletzung verwendet. Seit dem Ende der 1960er-Jahre – der erstmaligen Beschreibung einer Psychotraumatologie – hat sich das Wissen über Traumata erheblich differenziert. Amerikanische Soldaten kamen tief verstört aus dem Vietnamkrieg zurück, unfähig, sich wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Ihr Verhalten war geprägt von Aggressivität, Kontaktstörungen, Drogenmissbrauch und einer erhöhten Suizidalität. Zunehmend wurden eine erhebliche Angstsymptomatik und dissoziative Zustände hinter dem Verhalten deutlich. Letztlich entwickelten viele der ehemaligen Soldaten das Vollbild einer PTBS, die auch als Traumafolgestörung bezeichnet wird. PTBS ist eine Reaktion auf ein Übermass nicht zu bewältigender Eindrücke. Seit den 1960er-Jahren wurde zunehmend deutlich, dass diese Symptomatik auch auf viele andere Bereiche überwältigender Eindrücke angewendet werden kann (siehe hierzu auch Becker, 2006).

Fischer & Riedesser (2020, S. 88) definieren den Begriff *Trauma* folgendermassen: «Ein Trauma ist 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». Ausgehend von dieser Definition werden heute traumatische Ereignisse folgendermassen differenziert: Unterschieden wird zwischen menschlich hervorgerufenen Traumatisierungen (interpersonelles Trauma, *man-made disaster*) und Traumata, die auf äussere, nicht-menschliche Ursachen zurückzuführen sind (akzidentielles Trauma, *nature-made disaster*). Ein interpersonelles Trauma umfasst insbesondere alle Formen von körperlicher und sexueller Gewalt. Ein akzidentielles Trauma beschreibt vor allem überwältigende Naturereignisse, Brände oder schwere Unfälle. Zusätzlich differenziert man zwischen Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata. Ersteres bezeichnet einmalige und kurzfristige Ereignisse. Typ-II-Traumata sind sich wiederholende, langfristige Traumata (Maercker, 2017). Ein weiterer Bereich ist das institutionelle Trauma – ein Trauma, das in einem geschützten Raum geschieht. Es betrifft Personen in Abhängigkeitssituationen. Im Kontext dieses Artikels sind dies Menschen in stationären Betreuungssituationen.

Ein institutionelles Trauma geschieht in einem geschützten Raum und betrifft beispielsweise Menschen in stationären Betreuungssituationen.

Bei Traumatisierungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist die emotionale Traumatisierung von Bedeutung. Eine emotionale Traumatisierung umfasst ein grosses und überwältigendes Gefühl, allein und verlassen zu sein – eine seelische Verwahrlosung.

Für Betreuende beziehungsweise Bezugspersonen besteht die Gefahr einer sekundären Traumatisierung (*compassion fatigue*) (Gebrande, 2021). Sie können durch die empathische Zuwendung zu traumatisierten Menschen und deren Erlebnissen ein Trauma erfahren.

Symptomatik und Erscheinungsbild: Was können wir sehen?

Was steht hinter einer Traumatisierung? Ein Mensch, der bedroht wird, wehrt sich – er kämpft. Scheint das nicht möglich, versucht er, sich in Sicherheit zu bringen – er flieht. Das sind aktive Schritte, die Menschen als Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis zeigen. Kinder und Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind hierzu nicht oder nur sehr bedingt in der Lage. Deshalb reagieren sie häufig mit Erstarrung und Dissoziation. Als Folge der verborgenen Symptome können Betroffene auch eine Unterwürfigkeit entwickeln oder ihre Lebensenergie verlieren.

Diese Reaktionen stehen hinter den «6 F», an denen wir uns als Folgen einer Traumatisierung orientieren können:

- *fight*: kämpfen bzw. sich wehren
- *flight*: fliehen bzw. sich in Sicherheit bringen
- *freeze*: erstarren
- *fragmentation*: Dissoziation
- *fawn*: Unterwürfigkeit
- *faint flop*: ein seelisches «Verglimmen» als Folge des überwältigenden Geschehens

Die sechs Reaktionen auf ein Trauma sind nicht als Reihenfolge zu verstehen. Betroffene reagieren unterschiedlich und zeigen möglicherweise eine oder mehrere dieser Verhaltensweisen. Nicht das erlittene Trauma ist die Erkrankung, sondern der Symptomkomplex, den ein Mensch nach einer Traumatisierung entwickelt. Die Erkrankung, die aus einem Trauma resultiert, ist eine Traumafolgestörung (Levine, 1998).

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Schwere der Auswirkungen sowie ausgehend von der höchst differenzierten Resilienz Betroffener ist es berechtigt, von einem Symptom-Spektrum zu sprechen. Im Vordergrund steht dabei das Erleben von Angst. Diese Angst ist zutiefst verständlich: Betroffene Personen haben etwas erlebt, das ihre individuellen Bewältigungsmöglichkeiten überstiegen hat. Sie können sich nicht sicher sein, ob sich dieses Geschehen wiederholt: «It happend, therefore it can happen again» – so lauten die Worte des Auschwitz-Überlebenden Primo Levi am Eingang des Holocaust-Museums in Berlin.

Je früher ein Kind ein Trauma erfährt und je ausgeprägter die traumatischen Auswirkungen sind, desto stärker kann sich das Geschehen neurobiologisch abbilden: Das Angstzentrum (Amygdala) zeigt eine erhöhte Aktivität. Sowohl das Frontalhirn (präfrontaler Cortex) als neurologische Grundlage des gerichteten Handelns als auch der Hippocampus, ein Bereich im Zentralnervensystem, können verkleinert sein. Diese drei Veränderungen bedingen zum einen eine grundlegende Ängstlichkeit und ständige Befürchtungen. Zum anderen schränken sie die Möglichkeit einer Person ein, Neues zu lernen (z. B. aus positiven Erfahrungen). Hinsichtlich Exekutivhandlungen kann eine Person weiterhin tief verunsichert sein.

Ein weiteres zentrales Symptom der PTBS ist der Flashback. Oft ausgelöst durch einen an das Trauma erinnernden Sinneseindruck (Intrusion), eine Begegnung, eine Erinnerung oder Ähnliches, erleben Betroffene das traumatische Ereignis praktisch unverändert, in gleicher Intensität und Hilflosigkeit. Weitere wesentliche Symptome einer PTBS sind:

- Dissoziation, also eine Abspaltung von Wahrnehmung und Affekt, mangelnde Verbindung mit dem eigenen Körper, auch ein Gefühl von tiefer Fremdheit
- Alpträume
- Vermeidungsverhalten
- Gefühle von Hilflosigkeit
- Gedächtnisstörungen

Manche dieser Symptome kann man auch als einen – oft unbewussten – Selbstschutz verstehen, um das eigene Erleben vor einer erneuten Überwältigung zu schützen. Folgen einer schweren Traumatisierung können andere psychische Erkrankungen sein, wie zum Beispiel Depressionen, eine Borderline-Symptomatik oder psychotische Dekompensationen.

Was erleben Betroffene?

Nur ein Teil der Symptomatik ist für Aussenstehende sichtbar. Um psychische Phänomene zu artikulieren und mitzuteilen, bedarf es ein gewisses Mass an Introspektionsfähigkeit und reflexiver Distanz. Dazu sind nicht alle Betroffenen in der Lage. Dennoch erleben sie Ängste, Verunsicherungen, Orientierungslosigkeit, Auswirkungen von Dissoziationen

und anderes. Um diese Symptome zu erfassen, benötigen Begleitende ein starkes Einfühlungsvermögen. Hier setzt ein möglicher therapeutischer Erfolg an, der vielleicht mitgetragen wird durch eine Haltung der Begleitenden, die so lauten kann: «Nicht du und dein Verhalten sind gestört, sondern was man dir angetan hat, ist gestört – deshalb ist dein Verhalten normal» (Kobi, 1994, S. 9). Begleitpersonen nehmen Betroffene und ihr zum Teil zunächst schwer einzuordnendes Verhalten ernst.

Besonderheiten bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zeigen sämtliche geschilderte Symptome einer PTBS. Begleitpersonen sind aufgefordert, diese manchmal bizarren, zum Teil auch schwer einzuordnenden Verhaltensweisen nicht als «Verhaltensstörungen» abzutun, sondern durch das äussere Verhalten die Not der Betroffenen zu sehen. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind, wie in der Einleitung erläutert, einem überdurchschnittlichen Risiko einer Traumatisierung ausgesetzt. Das liegt vermutlich daran, dass sie tendenziell rascher überfordert sind, unter anderem begrenzte Coping-Strategien und Ressourcen aufweisen sowie oft in Abhängigkeitsstrukturen leben. Zusätzlich kann ihre Sprachkompetenz eingeschränkt sein, was bedeutet, dass sie belastende Ereignisse beziehungsweise Empfindungen nur sehr bedingt verbalisieren können.

Begleitpersonen sind aufgefordert, durch das äussere Verhalten die Not der Betroffenen zu sehen und sie ernst zu nehmen.

Ein weiterer Faktor, der berücksichtigt werden muss, ist das emotionale Alter einer Person. Dieses kann mithilfe der *Skala der Emotionalen Entwicklung* (SEED) erfasst werden (Sappok & Zipperitz, 2018). Das von Dosen (2010) entwickelte Konzept geht davon aus, dass Menschen mit Entwicklungsbeeinträchtigungen überwiegend Beziehungsmuster und vor allem Beziehungsbedürfnisse zeigen, die dem eines Kindes in einer frühen Entwicklungsstufe entsprechen. Das bedeutet, dass Betroffene unabhängig von ihrem biologischen Alter Schwierigkeiten haben, das traumatische Erleben aufgrund des niedrigeren sozio-emotionalen Entwicklungsstands in das eigene Selbst- und Weltverständnis zu integrieren.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen fällt es oft schwer, Reize zu integrieren, die aus der Umwelt oder aus dem eigenen Körper stammen, und auf sie zu reagieren. Überfordernde Eindrücke führen zu Ohnmacht, Hilflosigkeit und Angst und wirken lähmend. So können Betroffene von aussen betrachtete «harmlose» Anforderungen, z. B. medizinisch erforderliche Untersuchungen, als traumatisierende Überforderungen erfahren.

Neben den generell als Ursache einer Traumatisierung anerkannten Faktoren beschreibt Senckel (2002, S. 37) noch weitere spezifische Symptome: ein «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».

Therapie: Welche Ansätze helfen?

Bestimmte therapeutische Ansätze haben sich bewährt, um Betroffene mit traumatischen Belastungen zu unterstützen. Im Folgenden betrachten wir Ansätze, die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen helfen können. Dazu zählt eine traumaspezifische Psychotherapie. Allerdings mangelt es in diesem Bereich an verfügbaren Therapieplätzen. Eine Therapie muss die kognitiven und emotionalen Voraussetzungen der Betroffenen erfüllen. Das therapeutische Setting muss seitens der Therapeut:innen jeweils individuell angepasst werden. Beispiele hierfür sind die Therapiemethoden der Desensibilisierung und Aufarbeitung durch Augenbewegungen (EMDR) und die *Brennan Healing Science* (BHS) (Schrader, 2012).

Viele Therapieansätze beziehen den Körper einer Person ein. Bei dem *Somatic-Experiencing-Konzept* zum Beispiel wird vorsichtig an einem erhöhten Körpertonus gearbeitet und die Körperwahrnehmung insgesamt gefördert. Erfahrene

Physiotherapeut:innen arbeiten sehr behutsam daran, dass eine betroffene Person einen vertieften Kontakt zu ihrem Körper herstellen kann. Wenn der Körper einer Person durch körperliche oder sexuelle Gewalt verletzt oder geschädigt wurde, braucht es für die Umsetzung des *Somatic-Experiencing-Konzepts* viel Zeit und Geduld.

Der Begriff *Embodiment* (Storch & Hüther, 2010) bezeichnet den therapeutischen Ansatz, der die Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche berücksichtigt. Ebenso wie dieser körperbezogene Therapieansatz umfasst auch der Bereich der künstlerischen Therapien vielfältige Ansätze, die die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung berücksichtigen und auch nonverbal eingesetzt werden können. Sowohl therapeutisches Malen als auch künstlerisches Gestalten und Musiktherapie ragen hier heraus. Solche Therapien beinhalten auch immer eine Stärkung der Beziehungsfähigkeit, die vor allem in einem 1:1-Setting realisiert wird, durchaus aber auch in einer therapeutischen Gruppe gestärkt werden kann. Kreativität, schöpferisches Tun und die Förderung der Fantasie können ermutigend wirken (Reddemann, 2003).

Wir müssen Betroffenen eine sinnvolle, angemessene und erreichbare Therapie zugänglich machen – sei es eine Psychotherapie, die die kognitiven Möglichkeiten einer Person berücksichtigt, eine körperbezogene Therapie oder eine Kunsttherapie, die die Kreativität unterstützen.

Eine Woche umfasst 168 Stunden. Zieht man davon eine Stunde Therapie ab, bleiben 167 Stunden, eine Zeit, die therapeutisch gestaltet werden kann. Ich meine damit eine *Therapie des Alltags* – eine Haltung und daraus hervorgehend eine spezifische Beziehungs- und Milieugestaltung, die das existentielle Bedürfnis nach Sicherheit berücksichtigt. Begleitpersonen können eine solche Haltung einnehmen, indem sie sich bewusst sind, dass prinzipiell jede Situation des Alltags immer auch eine Möglichkeit ist, die Beziehung der Betroffenen zu stärken, zum Beispiel bei der Begrüssung, beim gemeinsamen Kochen oder beim Wäsche machen.

Es bleibt der zentrale Ansatz jeder Therapie, einen sicheren Ort zu schaffen und damit eine Person zu stabilisieren. Der Ansatz des «sicheren Ortes» umfasst zunächst den äusseren Ort: eine Täterexposition vermeiden und das Sicherheitsbedürfnis einer Person bei der räumlichen Gestaltung berücksichtigen, unter anderem im Schlaf-, Werkstatt- und Wohnbereich. Der «sichere Ort» realisiert sich in der Beziehungsgestaltung, die gänzlich auf Willkür verzichtet, die Betroffenen einbezieht und vorhersehbar ist. Auch Spiritualität erleben viele Menschen als wichtige Unterstützung (Mardert, 2007). Spiritualität ist das Gefühl einer Beheimatung und Geborgenheit in einem überkonfessionellen Sinn, vielleicht in der Natur oder Ähnlichem und das Spüren einer Ordnung, die der Welt zugrunde liegt. Gerade dieser Ansatz des «sicheren Ortes», der kontinuierlich Sicherheit vermittelt, ist in der Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und gegebenenfalls eingeschränkter emotionaler Entwicklung (SEED) unverzichtbar.

Es bleibt der zentrale Ansatz jeder Therapie, einen sicheren Ort zu schaffen und damit betroffene Personen zu stabilisieren.

Ausblick

In der Betreuung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und einer PTBS sollen zwei Bedürfnisse berücksichtigt werden: Erstens das Bedürfnis, wieder eine persönliche Integrität aufzubauen. Dies gelingt ausgehend von einem Milieu, in dem sich die Betroffenen sicher fühlen. Dadurch kann «traumatisches Wachstum», eine tiefe persönliche Reifung, trotz grosser herausfordernder Belastung ermöglicht werden (Reddemann, 2006). Zweitens muss das Bedürfnis von Begleitenden berücksichtigt werden. Dies gelingt durch eine umfassende Selbstfürsorge, salutogenetisch sich selbst gegenüber zu handeln.



Walter J. Dahlhaus
Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie
Schwerpunkt in der Begleitung von Men-
schen mit kognitiven Beeinträchtigungen
Beratung von Institutionen, Dozent
wjdahlhaus@posteo.de

Literatur

- Becker, D. (2006). *Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten*. Psychosozial-Verlag.
- Dosen, A. (2010). *Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene* (K. Hennicke & M. Seidel, Hrsg.). Hogrefe.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2020). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (5. aktual. u. erw. Aufl.). Reinhardt.
- Gebrande, J. (2021). *Soziale Arbeit nach traumatischen Erfahrungen. Grundkenntnisse für den Umgang mit traumatisierten Menschen*. Nomos.
- Gyseler, D. & Aelig, S. (2017). *Kurzbericht zur Tagung «Geistige Behinderung und psychische Störung»*. HfH Zürich.
[tagung_geistig_psychisch_kurzbericht_web.pdf](#)
- Kobi, E. (1994). *Zur heimlichen Unheimlichkeit von Heimen. Heilpädagogische Reflexionen zum System subsidiärer Residenzen*. Edition SZH.
- Levine, P. A. (1998). *Trauma-Heilung. Die Energie des Lebens wiedererwecken*. Synthesis.
- Madert, K. (2007). *Trauma und Spiritualität: Wie Heilung gelingt. Neuropsychotherapie und die transpersonale Dimension*. Kösel.
- Maercker, A. (2017). *Trauma und Traumafolgestörungen*. C.H.Beck.
- Reddemann, L. (2003). *Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*. Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2006). *Überlebenskunst*. Klett-Cotta.
- Sappok, T. (2019). *Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung. Ein Lehrbuch für die Praxis*. Kohlhammer.
- Sappok, T. & Zipperitz, S. (2018). *Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung*. Hogrefe.
- Schrader, C. (2012). *Mit den Augen die Seele bewegen. Wege aus dem Trauma für Menschen mit geistiger Behinderung durch EMDR und BHS*. Lebenshilfe-Verlag.
- Senckel, B. (2002). *Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung*. C.H.Beck.
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G. & Tschacher, W. (2010). *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Huber.